

Proposé par l'AFA, MASF et APPO



# Adopter un enfant en Asie

Cahier de réflexion pour se préparer à l'accueil d'un enfant d'ASIE



# La démarche que nous vous proposons

Après un premier entretien avec votre correspondant départemental, celui-ci vous a remis ce cahier afin de vous aider dans votre réflexion préparatoire.

Il est recommandé, à l'issue de ce travail de lecture et de réflexion personnelle, de revoir votre correspondant afin de faire un point avec lui et compléter éventuellement les réponses aux interrogations qui pourraient persister.

N'hésitez pas à le contacter en cours de route.

Bonne réflexion...

**Votre correspondant départemental de l'Agence Française de l'Adoption**

**M, M<sup>Me</sup>, M<sup>lle</sup> :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

## **Un enfant m'attend peut-être quelque part en Asie**

Qu'a-t-il vécu cet enfant avant d'être confié à l'adoption internationale ? Quels ont été son parcours, son histoire, ses conditions de vie ? Quelles épreuves a-t-il traversées, quelle trajectoire a pu conduire à rechercher pour lui une famille dans un autre pays ?

Et quelles sont ses attentes, à lui si fragile, dont les besoins fondamentaux n'ont pas reçu de réponses alors qu'il était encore si petit ?

La démarche d'adoption, en ce début des années 2010, doit plus que jamais être réfléchie et tournée vers les besoins de l'enfant. C'est ce que vous propose ce cahier, écrit à plusieurs mains, en collaboration avec des associations de parents adoptifs en Asie et des personnalités du monde de l'adoption que je tiens à remercier.

Il vous propose différentes pistes de réflexion, complémentaires les unes des autres : des témoignages illustrant les problématiques rencontrées étape après étape et des éléments plus théoriques d'information et de progression vers l'enfant.

Cette maturation par étape, guidée par des professionnels de l'adoption et les familles qui vous ont précédés, est destinée à permettre à chacun un travail sur soi-même : c'est votre propre histoire qui part à la rencontre de la sienne dans le pays dans lequel il vit.

L'évolution actuelle de l'adoption internationale doit aujourd'hui conduire les futurs parents à solliciter, tout au long de leur parcours, l'appui de leur conseil général et celui de l'organisme qui les accompagne (entretiens personnalisés, séances de préparation, sensibilisation au pays choisi).

Mais aussi l'appui des associations de familles adoptives qui ont effectué des parcours similaires. Leurs témoignages et leur expérience sont irremplaçables : allez les rencontrer, assister à leurs journées, leurs colloques, leurs groupes de parole...

Car tous les enfants en besoin d'adoption dans le monde sont des enfants à besoins spécifiques. L'ouverture des adoptants à leurs vulnérabilités et aux possibilités de soins appropriés leur permettra de « faire famille ». Elle facilitera l'épanouissement de chacun dès lors que les attentes réciproques auront été réunies.

Je souhaite à chacun d'entre vous de trouver le chemin de cette compréhension mutuelle et de connaître ainsi la joie de vivre en famille !

**Béatrice BIONDI**

*Directrice générale de l'AFA*



# Sommaire

	Pages
<b>EDITORIAL</b>	<b>3</b>
<b>LA PARENTALITÉ ADOPTIVE</b>	<b>6</b>
<b>MON ADOPTION AUX PHILIPPINES</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>14</b>
<b>CHAPITRE 1 : LES ENFANTS D'ASIE</b>	<b>18</b>
• Conditions de vie dans les orphelinats : Témoignages	18
• Présentation de quatre pays d'origine d'enfants venus d'Asie	21
<i>Chine</i>	21
<i>Philippines</i>	26
<i>Thaïlande</i>	31
<i>Vietnam</i>	36
<b>CHAPITRE 2 : LA SANTÉ DES ENFANTS EN ASIE</b>	<b>39</b>
• Témoignages	39
• Les pathologies rencontrées en Asie	53
• Quelques conseils	67
<b>CHAPITRE 3 : LA GESTION DE L'ATTENTE</b>	<b>68</b>
• La préparation des familles	69
• Evolution du projet	70
• Comment je me représente mon enfant ?	71
• Préparer sa venue : Le prénom de l'enfant	72

<b>CHAPITRE 4 : LA PROPOSITION D'ENFANT</b>	<b>77</b>
• Aide à la décision	77
• Dans l'attente du départ	79
<b>CHAPITRE 5 : PRÉPARATION À LA RENCONTRE ET SÉJOUR SUR PLACE</b>	<b>82</b>
• Comment appréhender cette première rencontre	83
• Les premiers jours	85
• Le point de vue de l'enfant	85
• Témoignages	94
• L'accompagnement sur place	103
<b>CHAPITRE 6 : L'ARRIVÉE EN FRANCE</b>	<b>106</b>
• Démarches et suivi de l'enfant	106
• Les prises en charge éventuelles	107
• Une disponibilité indispensable : exemple de l'accueil d'une fratrie en solo	112
<b>CHAPITRE 7 : L'ADAPTATION DE L'ENFANT</b>	<b>113</b>
• Accueillir son enfant	113
• La scolarité	121
• A propos des troubles du langage et de la parole	124
<b>CHAPITRE 8 : REGARDS CROISÉS, avec Racines Coréennes</b>	<b>126</b>
<b>ET POUR CONCLURE</b>	
• « Les dix commandements de l'enfant adopté »	128
• Quelques réflexions	129
<b>POUR ALLER PLUS LOIN</b>	
• Bibliographie	130
• Sites	132
• Ce cahier vous est proposé par	133



# La parentalité adoptive

Être parent, **c'est un savoir-faire, un savoir-être** qui ne s'apprend pas dans les livres, mais qui se décline au jour le jour. On dit que c'est l'enfant qui « *fait parent* ».

L'exercice de la fonction parentale s'articule autour des trois directions suivantes :

1/ Les parents ont un rôle de **contenance**, de portage.

C'est une fonction de réassurance, mais aussi de cadrage, de repérage pour aider l'enfant à se structurer et qui se met en place autour de la façon dont l'enfant est porté, bercé, enveloppé, nourri, à travers l'échange autour du langage et du « *bain de paroles* » adressé à l'enfant.

2/ Ils ont une mission qui devra guider l'enfant au sujet de son **identification** qui se fera en premier lieu en référence à eux.

C'est un travail à double sens où les parents se reconnaîtront en leur enfant et où lui-même pourra prendre modèle sur eux par l'effet d'une reconnaissance mutuelle.

3/ Les parents, enfin, assurent le travail de **l'ouverture aux autres**. Ce faisant, ils intègrent leur enfant à un environnement familial et social.

La parentalité adoptive est concernée par ces fonctions vis-à-vis de l'enfant, mais avec ceci de particulier qu'elle s'exerce au regard d'enfants qui disposent d' « *une option supplémentaire* ».

Les parents adoptifs ne peuvent pas faire l'économie de l'histoire pré-adoptive de leur enfant qui impacte le psychisme des uns et des autres (abandon, ruptures, pertes et deuils).

L'adoption dite « *tardive* » donne à l'exercice des fonctions parentales décrites ci-dessus des caractéristiques spécifiques qui demandent à tous, enfant et parents, de faire preuve d'une particulière souplesse psychique.

Lorsque l'adoptant(e) est célibataire, l'exercice de la parentalité est plus subtil encore.



# Mon adoption aux Philippines

## Témoignage de la mère d'un petit garçon adopté à 5 ans aux Philippines

Parce que tout a un commencement, je dirais que le mien s'est passé un 19 juin, jour où j'ai donné la vie à une petite fille ; ce jour-là, je ne savais pas que ce serait l'unique fois. Quelques années plus tard, la brutalité de quelques mots prononcés sans ménagement « *J'espère que vous avez des gosses parce que vous n'en aurez plus !* ». Tout de suite des cicatrices à l'âme, au corps et au cœur mais également le besoin farouche de ne pas accepter ça, de se battre, de se reconstruire et de faire un pied de nez au destin.

Un matin, un courrier part au conseil général : l'agrément au bout de neuf mois pour un enfant entre zéro et trois ans.

Mais voilà, nous ne collons pas à la réalité, et nous nous heurtons rapidement aux exigences des pays partenaires de l'adoption internationale. L'agrément ne colle pas, on est trop vieux, on ne peut pas rester trois mois dans un pays, on est trop gros, nous n'avons pas fait assez d'études... Les portes claquent violemment devant nous, on se cogne aux murs, on se prend déjà des coups ; nous ne sommes pas préparés à ça, mais nous n'avons pas l'habitude de baisser les bras... on lit, on écoute, on parle, on questionne, on entend tout et n'importe quoi, on fait le tri et on recommence. On reprend rendez-vous avec le conseil général et on fait modifier l'agrément de zéro à sept ans. Il faut le dire, à quarante ans, il ne faut pas rêver : les couches et les biberons, on les laisse aux plus jeunes...

Nous voilà repartis avec notre nouvel agrément. Pendant ce temps nous avons enfin réussi à réunir toutes les informations sur l'adoption aux Philippines, le pays auquel nous avons immédiatement pensé, celui qui correspond à notre passé familial.

Quelques mois plus tard et après deux ou trois documents complémentaires, les Philippines acceptent notre dossier. C'était un 13 août : un jour, nous deviendrons parents d'un enfant entre zéro et sept ans, garçon ou fille. Une chose était certaine : une fois acceptés, il n'y avait plus qu'à attendre car, avec ce pays, 100 % des dossiers acceptés sont apparentés.



L'attente commence donc. Je consulte les statistiques : entre sept et vingt-quatre mois ; avec un peu de chance on n'ira pas jusqu'au bout, mais oui bien sûr on a le droit de rêver, d'espérer, d'être optimiste. La longue attente, c'est comme les accidents de voiture, ça n'arrive qu'aux autres. Que faire pendant l'attente ? Pas d'échographie, pas de date de fin, rien... Alors on continue de vivre sa vie, on gère comme on peut. Pour moi, cela a été l'écriture et la prière ; je ne pouvais pas tricoter, peindre un meuble, alors je lui ai écrit à ce petit être, je lui ai raconté notre famille, notre vie, nos joies, nos peines, j'ai redécouvert le bonheur des mots, j'ai touché le cœur des gens avec mes textes, j'ai fait rire et pleurer, j'ai patienté. J'ai redécouvert ma foi, j'ai allumé des cierges dans les églises de France.

Et puis un jour ordinaire, le jour que l'on a imaginé des centaines de fois dans sa tête, le téléphone sonne, et l'on voit ce fameux numéro parisien qui nous a fait tressaillir à chaque fois qu'on l'a vu s'afficher sur le cadran numérique. A l'autre bout, notre correspondante habituelle ; on n'ose espérer, on écoute à peine et on ne comprend pas où elle veut en venir. Et puis les mots : « *J'ai le bonheur de vous annoncer que vous êtes maman d'un petit garçon : il a quatre ans et est né le 19 juin* ». Le cœur s'emballa, tape dans la poitrine, les larmes montent et ma fille qui est présente tombe à genoux devant moi, me prend la main et pleure en disant « *enfin, j'ai un petit frère* ». Et moi j'ai un deuxième enfant né le jour où je donnais naissance pour la première fois.

Les quelques mois d'attente supplémentaires seront très actifs : les derniers documents administratifs, les billets d'avion, mais surtout la décoration de la chambre mille fois imaginée, les boutiques de vêtements pour enfants et puis toutes les questions qui arrivent... son prénom, on le garde on le change ? Cela nous a pris des mois de réflexion. Il faut dire que notre fils n'avait alors que deux consonnes comme prénom, pas très simple. Nous avons choisi nos prénoms et avons décidé de laisser notre fils choisir ; nous avons également envisagé de ne rien changer mais de le modifier, la prononciation de ses deux consonnes pouvaient, une fois francisée, donner avec quelques voyelles un beau prénom. Finalement notre fils a fait ce choix, un petit changement dans l'écriture mais pas réellement dans la prononciation.

Le choix de partir avec notre fille ne s'est pas posé, c'était une évidence. Comment ne pas y aller avec elle, alors qu'elle a été notre énergie pendant tous ces longs mois d'attente, qu'elle nous répétait sans cesse « *ne baissez pas les bras, c'est long mais on va y arriver* » ? Et puis, nous pensions que si une adoption devait être vraiment très rapide ce serait bien celle-là, les enfants ont la faculté de ne voir que le bon chez les autres.

Après avoir réglé tous ces détails, un jour vous vous retrouvez billets en poche, valises enregistrées devant cet avion qui va vous conduire dans un pays inconnu, à la rencontre d'un enfant inconnu, et vous n'avez qu'une envie, prendre vos jambes à votre cou et vous sauver.



## Voici maintenant un extrait de mon journal de bord que j'ai écrit dans l'émotion

### La rencontre

Nous avons rendez-vous le lundi 15 au matin à 11 h avec Amy, notre accompagnatrice pour la durée du séjour, pour aller réserver ton billet d'avion. Nous avons déjeuné dans la voiture, je me suis arrosée au coca et nous avons pris la direction de l'ICAB (Autorité Centrale philippine en charge des adoptions internationales), où nous attendait Miss Camélia, ensuite la Norfill, pour finalement partir sur Quezon, la ville de ta famille d'accueil.

Nous avons roulé longtemps, il faisait très chaud et nous ne pouvions pas trop brancher la climatisation sinon la camionnette donnait des signes de faiblesse.

Nous avons quitté Manille et traversé des villages très pauvres ; plus nous avançons, plus nous trouvons qu'il y avait de plus en plus de misère, nous ne sommes pas habitués à ça et ton papa disait tout le temps « *on a de la chance quand même en France, on a de la chance* ». Il l'a dit des dizaines de fois.

Nous nous sommes arrêtés et nous avons compris que nous étions arrivés ; mon cœur battait tellement fort... Je n'ai pas eu le temps d'embrasser mon mari et ma fille que je voyais une petite forme blanche au bout d'une allée. Tu avais cinq ans. Je ne t'ai pas reconnu mais ton papa si.

Tu as eu peur et tu es vite rentré dans ta maison. Nous avons descendu l'allée, mon cerveau n'arrivait pas à capter les informations, j'étais tellement angoissée !

Nous sommes entrés dans une petite maison, il y avait du monde et je serrais des mains sans savoir à qui je m'adressais. Tu étais assis, tout timide sur la banquette, nous sommes allés tout doucement vers toi et tu as dit en français « *bonjour Maman, Papa et Até* ». Tu connaissais bien ta leçon. Ensuite nous nous sommes présentés à ta famille d'accueil, Nanay, Tatay, Até Maria qui était enceinte et Até Lisa.

J'ai senti que je te faisais peur, que je ne te plaisais pas. Beaucoup de monde parlait en tagalog et en anglais, il fallait se concentrer. Nous avons sorti petit à petit des cadeaux et une petite fille est arrivée pour te les prendre ; instinctivement je les ai récupérés et te les ai redonnés. C'est à ce moment-là que tu as pris la décision de partir immédiatement avec nous : tu avais enfin des parents pour te protéger.

Le temps de partir est venu, j'ai tout de suite vu les larmes dans les yeux de ta Nanay et mes yeux se sont remplis également. Tu t'es levé, très courageux, et tu es allé embrasser ta famille pour leur dire adieu. Tes sœurs avaient aussi les larmes aux yeux et ton Tatay t'a pris dans les bras et, je pense, t'a demandé d'être un bon garçon avec ta famille. On sentait à sa voix qu'il te donnait les dernières consignes.



Cela a été un moment très émouvant ; cette famille t'aimait beaucoup et ils ont été très dignes dans ton accompagnement. J'ai fait la promesse à Nanay d'être une bonne mère pour toi et j'ai vu dans ses yeux qu'elle me faisait confiance.

Nous sommes remontés dans notre camionnette, tu ne pleurais pas, tu les as embrassés une dernière fois et la porte s'est refermée.

Le voyage était long et tu as joué tout le temps. Nous n'en revenions pas de ta capacité à quitter définitivement des gens que tu aimais et à pouvoir être si bien avec nous.

Arrivé à l'hôtel, tu t'es très vite approprié les lieux. Tu as fait le tour de la chambre, demandé dans quels lits nous dormions, découvert ta valise de jouets. Tu as voulu tout de suite prendre une douche et mettre tes nouveaux habits. Nous n'en revenions pas, on nous avait tellement dit que beaucoup d'enfants refusaient de se débarrasser de leur odeur et des habits de leur famille...

Au moment d'aller dîner, tu as pris ton sac à dos : il était temps selon toi de rentrer dans ta famille d'accueil. Nous t'avons dit que non, qu'il fallait le laisser dans la chambre et, comme nous t'avions promis d'aller dîner dans un fastfood, tu étais content.

De retour à l'hôtel, nous avons senti que la situation allait changer. Nous avons mis nos pyjamas et t'avons mis le tien. Ton petit visage s'est fermé tout de suite, tu voulais partir et, à ce moment-là, tu as compris que tu ne rentrerais plus jamais chez toi. Tu as voulu terminer ton dessin, mais je sentais bien que tu pleurais.

Je suis allée te chercher et ton chagrin est devenu immense.

Tu as beaucoup pleuré dans mes bras, ta sœur a beaucoup pleuré et moi aussi. Nous t'avons accompagné dans ton chagrin. Ta sœur était si triste pour toi, nous te comprenions tellement sans pouvoir réellement nous mettre à ta place -comment le faire d'ailleurs ? Nous ne pourrions jamais y arriver, nous qui avons toujours vécu dans un cocon familial si protecteur.

Tu t'es endormi dans mes bras de fatigue, je me disais que tu ne me repoussais pas dans ton chagrin, que c'était positif. A minuit tu t'es réveillé et ta douleur avec, tu as beaucoup pleuré à nouveau, pendant presque deux heures et là, personne ne pouvait t'approcher ni te toucher, ton chagrin était infini. Tu t'es rendormi d'épuisement jusqu'au lendemain matin.

Ton réveil a été douloureux et j'ai fini par appeler Amy. Elle t'a parlé au téléphone pendant que je te commandais ton petit déjeuner. Amy a réussi à te calmer, vous avez parlé tous les deux, beaucoup, et tu as pu lui livrer tes sentiments. Tu lui as expliqué que tu pleurais parce que tu étais triste d'avoir quitté des gens que tu aimais. Qu'il est normal de pleurer quand on est triste et surtout pour un petit enfant, mais que cela ne voulait pas dire que tu ne nous voulais pas. Ensuite tu lui as dit que la vie était difficile pour toi et que tu étais encore trop petit pour vivre des situations comme ça. Mon Dieu, ces paroles, je ne les oublierai jamais.

Ensuite, tu t'es habillé parce que tu étais heureux d'aller visiter l'aquarium avec nous.

La suite du séjour a été facile, tu étais préparé à avoir une nouvelle famille et l'adaptation s'est faite tranquillement.

Nous avons quitté la ville pour nous installer dans un hôtel en pension complète au bord de la mer, comme cela nous avons tout notre temps pour faire connaissance et jouer tranquillement ; le seul petit hic, c'est que tu me testais tout le temps et que tu ne voulais pas de contact avec moi. C'était assez difficile à vivre, mais en même temps, les relations avec ton papa et ta sœur étaient devenues très belles et ça m'aidait à tenir.

Nous sommes retournés sur Manille trois jours avant notre retour en France pour la remise des documents officiels. Ce jour-là, on m'a donné des documents (ton passeport, ton visa), posé à nouveau beaucoup de questions, mais surtout les dernières, celles qui disaient que, oui, le *matching* correspondait à notre famille, oui tu étais un petit garçon plein de vie et oui tu étais notre fils.

Nous sommes retournés à l'hôtel et quelques instants après tu m'ouvrais ton cœur, je devenais ta maman. Tu avais attendu que je signe les derniers documents et réponde aux dernières questions pour m'accorder ta confiance. J'étais la seule à parler anglais, donc la seule par qui tout passait. Le soir, au moment du coucher, tu as voulu nous embrasser tous les trois en même temps en passant tes bras autour de notre cou et tu nous as dit « *I'm happy* ».

Le jour du retour en France est arrivé ; nous étions si heureux et impatients de te ramener dans notre nid... Un comité d'accueil uniquement composé de la famille proche (nos parents, sœurs, parrains et marraines) nous était indispensable à l'arrivée, le besoin de verser quelques larmes dans les bras de nos parents, de sentir l'amour d'une sœur qui n'a pas dormi pendant deux semaines, d'avoir un ami qui félicite vigoureusement le nouveau papa avec des larmes au bord des yeux, les neveux et nièces qui attendent ce nouveau cousin avec des pancartes et des mots d'amour et la dernière toupie à la mode... ces mêmes personnes qui ont passé deux semaines les yeux rivés sur un écran de téléphone ou d'ordinateur afin d'avoir des nouvelles de cette nouvelle famille.

Et puis, découvrir une maison si longuement regardée dans un album-photo, en inspecter les moindres détails (pourquoi ce n'est pas exactement pareil que dans l'album ?) ; des choses ont bougé et l'on se rend compte que notre enfant a enregistré les éléments de sa nouvelle vie. La découverte de la chambre, si longtemps imaginée, quelques nouveaux jouets, mais pas trop quand même. Un climat complètement différent et la neige qui arrive le lendemain ; quel bonheur de se rouler et de se coucher sur ce matelas tout blanc bien emmitouflé dans une grosse combinaison toute chaude...



L'envie de retourner rapidement à l'école est arrivée très vite, et la rentrée des classes s'est faite un peu plus d'un mois après ton arrivée. Tout s'est bien passé, le fait d'avoir été scolarisé t'a beaucoup aidé dans tes apprentissages.

Une chose est certaine, l'attente a été longue, mais nous avons fait les bons choix du pays et également de l'âge de notre enfant.

## **Un an après, voici un nouvel extrait de mon journal**

Le 26 mai 2010, il y a un an déjà, le téléphone sonnait pour nous annoncer que nous serions les parents d'un petit garçon. Il y a un an, je découvrais que mon cœur pouvait battre aussi fort et qu'il suffisait d'un coup de fil pour faire basculer une vie. Il aura fallu attendre 6 mois de plus pour enfin le rencontrer, beaucoup de monde a suivi mon aventure que j'ai souhaité partager.

J'ai réussi à gérer cette attente et surtout j'ai réussi à me protéger. Je me suis tellement protégée qu'il a fallu du temps pour faire tomber mon blindage, mais un petit garçon a réussi à le faire à ma place : petit à petit, il a enlevé les couches épaisses que je m'étais construites en l'attendant, et mon cœur s'est finalement totalement ouvert.

L'adoption n'est pas une chose simple, nous devons tous nous adopter les uns après les autres et je pense que je suis celle qui a finalement mis le plus de temps ; la vie a pour habitude de venir parfois me prendre des choses, alors il m'a fallu du temps pour me sentir en sécurité avec mon petit garçon.

Aujourd'hui, nous sommes une vraie famille de quatre, comme il me le rappelle souvent. C'est un petit garçon si gentil, et franchement, il correspond complètement à tous les mots qui étaient notés dans son dossier.

A ses côtés, un papa a appris à jouer aux toupies, construire des tours avec des petites planchettes, jouer à la bagarre, faire de l'escrime avec des vieux bouts de bois, construire des cabanes.

A ses côtés, une grande sœur s'est découverte taquine, à aimer faire tourner sa robe devant lui, n'ayant plus peur de dormir dans le noir depuis qu'il dort dans la chambre d'à côté, à danser le tango tous les soirs avec son nouveau partenaire, à se dire que la vie sans lui ne serait pas la même.

A ses côtés, un grand-père a oublié ses peurs, a fait fondre son cœur, et pleure de joie à chaque fois qu'il l'appelle papy et fonce se jeter dans ses bras.

A ses côtés, des mamies se disent fièrement que si leurs enfants avaient voulu le faire eux-mêmes, il n'aurait pas été si parfait, qu'il est aussi difficile que son papa pour la nourriture et aime les grattages de dos comme sa maman.

A ses côtés, je suis devenue, petit à petit, la maman d'un petit garçon. J'ai tellement appris en un an ; tous les jours il me donne de l'amour par ses câlins XXL, par ses petites attentions au quotidien, toujours une petite fleur à la main ou un dessin qui représente si bien le bonheur que nous vivons. Il est galant, aime complimenter ma cuisine lorsqu'il l'apprécie, me dit tous les jours qu'il m'aime, m'envoie des « *s'il te plaît maman d'amour* » et surtout me fait comprendre qu'il est heureux avec nous.

A nos côtés, il s'épanouit chaque jour, a pris confiance en lui et s'autorise maintenant à aimer à nouveau. Il aime recevoir ce qu'on lui donne, prépare son anniversaire, s'autorise à nous dire ce qu'il aimerait recevoir en cadeau, n'a jamais oublié sa Nanay et en parle quotidiennement. Il aime follement sa grande sœur, a des copains d'école adorables, aime avoir une famille, aime lorsque les gens viennent dormir à la maison... Je crois qu'il aime tout simplement la vie.

Lorsque je le regarde, je me dis que cet enfant a dû avoir une jolie maman avec un cœur immense. Comment ne pas penser à elle ? C'est impossible, elle lui a donné la vie et, j'en suis certaine, l'a aimé énormément pour qu'à nouveau ce petit garçon soit aussi épanoui aujourd'hui. Dimanche, le jour de la fête des mères, une partie de mon cœur sera aux Philippines.

Je voudrais dire à tous que l'attente, aussi longue soit-elle, a un sens ; je voudrais offrir cet anniversaire à tous les cœurs d'enfants et de parents en attente d'amour.

Merci à toi mon fils d'offrir à mon cœur tant d'amour et d'aimer la vie que l'on te donne.

## C. FLANDRINCK





# Introduction

## Le contexte et l'évolution de l'adoption internationale en Asie

**Remarque liminaire :** Le contenu de ce livret concerne l'adoption en Asie en général dans la décennie 2010, que les candidats à l'adoption soient accompagnés par l'AFA, par un OAA (organisme autorisé pour l'adoption) ou en démarche individuelle.

Le petit enfant venu d'Asie constitue souvent un désir très fortement ancré dans l'imaginaire des candidats à l'adoption, et le nombre de candidats désireux d'orienter leur dossier vers l'Asie du Sud-est ne cesse d'augmenter. En parallèle, les acteurs de l'adoption internationale ne peuvent que constater une baisse du nombre d'adoptions réalisées dans ces pays, créant un déséquilibre qui engendre frustrations et difficultés pour les familles adoptantes françaises.

Le nombre d'adoptions dans les pays d'Asie a fortement diminué durant la dernière décennie. Le Vietnam a, ainsi, enregistré une baisse de 61 % entre 2005 et 2009. En Chine, cette baisse est de 77 %, 46 % pour la Thaïlande, ou encore 32 % pour le Cambodge entre 2006 et 2009<sup>1</sup>. Cette tendance profonde et transfrontalière dépasse les particularités de chacun des pays. Du Népal aux Philippines, du Sri Lanka à la Chine, la réalité est la même : il y a aujourd'hui de moins en moins d'enfants proposés à l'adoption internationale.

Les raisons de ce phénomène sont doubles :

- D'une part, le développement de ces pays permet à de nombreuses familles de ne plus être contraintes d'abandonner leur enfant pour motifs économiques (une des raisons les plus invoquées par les mères abandonnant leur enfant). Ainsi, l'amélioration des conditions de vie des familles modestes leur permet d'élever elles-mêmes leurs enfants qui, auparavant, auraient été abandonnés du fait de circonstances matérielles.

---

<sup>1</sup> - Chiffres du Service de l'Adoption Internationale, Ministère des Affaires Etrangères, France, 2011.

- D'autre part, nous assistons depuis plusieurs années à une forte augmentation des adoptions nationales dans les pays d'Asie. Longtemps taboue du point de vue culturel, l'adoption bénéficie aujourd'hui du changement progressif des mœurs au sein des sociétés asiatiques. Un des pays phares dans ce domaine est la Chine, qui a mis en place d'importants moyens de promotion de l'adoption auprès de ses concitoyens, notamment après le tremblement de terre du Sichuan en mai 2008, engendrant une forte augmentation de l'adoption nationale.

En conséquence, lorsque l'on couple les phénomènes de diminution du nombre d'abandons et l'augmentation des chiffres de l'adoption nationale, il apparaît que la baisse du nombre d'enfants proposés à l'adoption internationale est inéluctable. On ne peut que se réjouir du fait que ces enfants aient la possibilité de grandir au sein de leur famille et qu'ils restent dans leur propre pays mais cette tendance rend l'adoption plus difficile pour les étrangers, avec un allongement significatif des délais et une limitation du nombre de dossiers déposés par les opérateurs.

**Ainsi, nous pouvons constater que le nombre d'enfants adoptables baisse, mais nous observons également un changement des caractéristiques des enfants proposés à l'adoption internationale.**

Les caractéristiques des enfants proposés à l'adoption internationale sont différentes en fonction du pays vers lequel on oriente son dossier, mais quelques tendances communes émergent.

Tout d'abord, **le nombre d'enfants adoptables de moins de trois ans, en bonne santé, est en forte baisse, et ce dans tous les pays.** Les acteurs s'accordent même à dire que, à l'instar de nombreux pays d'Europe de l'Est, les petits enfants en bonne santé ne seront plus proposés à l'adoption internationale à moyen terme, mais adoptés au niveau national.

Il faut également garder en mémoire que les enfants en bas âge qui ont été adoptés en 2010 et 2011 par des familles françaises l'ont été dans le cadre de démarches d'adoptions initiées en 2006 ou 2007, lorsque la réalité de l'adoption était encore tout autre. Les dossiers déposés aujourd'hui pour ce type d'enfants pourront avoir plus de difficultés à aboutir à l'horizon 2015-2016, car la tendance à la baisse du nombre d'enfants adoptables de moins de trois ans se sera encore accentuée.

La deuxième tendance relative aux caractéristiques des enfants proposés à l'adoption internationale est **l'augmentation de la proportion d'enfants à besoins spécifiques, dits « *special needs* ».** La définition des particularités varie d'un pays à l'autre, mais le tronc commun est identique : ce sont des enfants grands de plus de 6 ans, des fratries de trois enfants et plus, des enfants ayant une histoire lourde ou stigmatisante, ou atteints de pathologies médicales.



Même si les contours de la gravité des pathologies médicales rencontrées chez les enfants *special needs* sont flous et variables, il est indéniable que tous ces enfants nécessitent souvent un suivi médical dès leur arrivée en France. Que l'enfant souffre de cardiopathie, d'hépatite B, d'un bec de lièvre ou de pieds bots, les autorités du pays concerné ont souvent des difficultés à trouver des familles au sein de leur pays et ces enfants sont systématiquement proposés à l'adoption internationale.

Les pays d'origine sont tout à fait conscients de cet état de fait et ne peuvent que constater la baisse du nombre d'enfants adoptables. Afin de ne pas se trouver submergées de demandes auxquelles elles ne pourraient répondre, les autorités des pays d'Asie limitent le nombre de dossiers qui leur sont envoyés par les opérateurs. La plupart généralise les politiques de quotas, afin de limiter le nombre de dépôts de dossiers pour les enfants petits et en bonne santé. La Chine fait exception et accepte encore les dossiers des candidats sans restriction quantitative. Les Philippines utilisent des moratoires pour réguler le dépôt de nouveaux dossiers, afin que les nouvelles candidatures soient en adéquation avec les enfants proposés.

Il est à noter toutefois que les dossiers pour l'adoption d'enfants *special needs* ne sont pas, en général, soumis à restrictions. Cette exemption constitue la parfaite illustration de l'importance grandissante accordée par ces pays à l'adoption de leurs enfants *special needs*.

En conclusion, l'adoption dans les pays d'Asie devient de plus en plus difficile pour les candidats, même si elle n'est pour l'instant pas remise en cause. Aussi, les familles doivent-elles s'armer de patience et d'ouverture dans leurs démarches d'adoption dans ces pays.

## **Procédure d'apparementement « en flux inversé »**

Certains pays d'Asie (Philippines, Vietnam, Chine...) ont recours, pour l'adoption de leurs enfants à besoins spécifiques (EBS), à une procédure en « flux inversé » ou « *recherche de famille* ».

Dans cet objectif, et en concertation avec les interlocuteurs de ces pays, l'AFA et certains opérateurs ont mis en place une procédure dédiée pour les apparementements qui interviennent dans ce cadre, pour un enfant déterminé.

À la réception d'un dossier d'enfant à besoins spécifiques transmis par les pays d'origine, l'AFA effectue une recherche de famille, en respectant la chronologie suivante :

- Présentation au pays concerné de la (des) candidature(s) potentielle(s) de familles, pour avis.
- Information de la (des) famille(s) sur la possibilité d'adoption de l'enfant (descriptif oral de son profil, sans envoi de photo).



- Si les candidats le décident, signature d'un projet de mise en relation (PMR) avec l'AFA.
- Communication aux candidats du dossier de l'enfant (au siège de l'AFA en concertation avec le rédacteur en charge du dossier, le référent EBS du dossier ainsi que le médecin et/ou le psychologue de l'AFA).
- Délai de réflexion/demande de compléments au pays d'origine de l'enfant.
- Si les candidats confirment leur souhait d'adopter l'enfant : information écrite au pays concerné et constitution du dossier complet de candidature.
- Séjour sur place, finalisation de l'adoption et suivi post-adoption.

## Séjours d'été d'enfants grands

Certains pays souhaitent promouvoir et faciliter l'adoption d'enfants grands (voire très grands) en mettant en place des programmes très spécifiques.

La Colombie, par exemple, en accord avec le Service de l'Adoption Internationale, a mis en place un programme « *Vacaciones de Verano* » (vacances d'été), consistant en un séjour d'enfants colombiens adoptables, âgés de 8 à 12 ans, durant l'été et pour une période de 3 semaines. Ce programme, auquel a participé l'AFA, donne l'opportunité à quelques enfants colombiens de connaître une expérience de vacances à l'étranger avec, comme issue possible, une adoption (après bien évidemment un délai de réflexion et le recueil des avis de chacun).

Des programmes similaires pourraient, de la même manière, se développer à l'initiative de certains pays d'Asie.





# Les enfants d'Asie

## CHAPITRE 1 : Les enfants d'Asie

### **Conditions de vie des enfants d'Asie : les exemples de trois orphelinats thaïlandais**

#### ***Mon expérience en tant que bénévole***

Depuis deux ans, je vis en Thaïlande à Pattaya.

J'ai voulu me sentir utile et j'ai décidé de devenir bénévole dans un orphelinat.

Devant le peu de moyens, j'ai décidé d'aider de mon mieux les enfants présents dans cet établissement. Je suis donc bénévole depuis un an et demi et je vais chaque jour (excepté le dimanche) m'occuper de mes « *petits* ».

Cet orphelinat gouvernemental accueille une soixantaine d'enfants de un à dix-huit ans. Seule une petite dizaine d'enfants sont orphelins (les deux parents étant décédés des suites du sida). La majorité des enfants ont encore leur famille et ne sont pas adoptables : pour la plupart, les parents sont en prison et les grands-parents sont trop pauvres pour subvenir à leurs besoins et/ou trop loin (nord de la Thaïlande, ou même Laos ou Cambodge). Parfois, la famille ne sait pas que les enfants sont accueillis dans cet établissement. Beaucoup de ces enfants sont malades (hépatites, HIV...).

L'orphelinat emploie cinq personnes dont deux vivent à l'orphelinat. Il y a très peu de bénévoles.

#### **Une journée type**

Les enfants se levant tôt, j'arrive de très bonne heure afin d'aider à la préparation du petit déjeuner qui, la plupart du temps, se compose de riz ; seuls les plus jeunes ont une briquette de lait.

Certains jeunes enfants ont du mal à se réveiller, je les aide à sortir du lit.

J'ai toujours un pincement au cœur quand j'entre dans les chambres. Vingt-cinq à trente enfants dorment dans la même chambre, certains dans le même lit, d'autres à même le sol sur des tapis. Les filles et les garçons dorment dans des chambres séparées.

Les enfants n'ont pas le temps de traîner, il faut se préparer rapidement. Direction la douche, ou ce qui sert de salle de bains, avec un simple tuyau d'arrosage. Certains enfants rechignent à se doucher car cela se fait en collectivité, aucune intimité n'est possible.

Une fois lavés, le repas est pris, puis la plupart des enfants montent dans le bus direction l'école. Et, à chaque fois, le même rituel : les enfants me font un bisou en montant dans le bus. Les plus grands étant à l'école, je peux alors m'occuper des plus petits. C'est à nouveau le repas, puis la douche, mais là sous forme de jeux : on s'amuse à se mouiller, on rit beaucoup, ensuite vient le moment des jeux. Souvent j'allume la radio, on chante et on danse.

Pendant ce temps, les employées ne chôment pas car elles préparent le repas du midi, font le repassage et nettoient les locaux.

A midi, nous déjeunons tous ensemble, souvent de soupes avec beaucoup de légumes et peu de protéines.

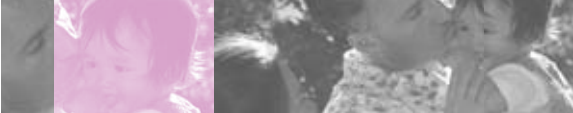
Vers 14 h, les petits regardent la télévision et font la sieste. J'en profite pour donner un coup de main aux employées. Au réveil des petits loulous, on fait souvent des dessins ou des peintures mais certains préfèrent jouer seuls.

A 16 h, les plus grands arrivent les uns après les autres car l'école est terminée et là, fini le calme, ça court dans tous les sens ! Certains sortent leurs devoirs et essaient de trouver un coin un peu calme pour étudier, mais ce n'est pas facile... La plupart semble préférer jouer, discuter ou s'occuper des plus jeunes, c'est beau de voir cette entraide.

Vers la fin de l'après midi, c'est la préparation puis la distribution du repas ; enfin, douche et mise en pyjama, des petits câlins, et ma journée est finie... Chaque jour est au final assez répétitif, mais comment se lasser des sourires, des bisous de ces petits ?

## **Mon expérience dans un orphelinat de Bangkok**

Grâce à « *Orchidée Familles* », j'ai eu l'occasion, durant l'été 2006, de travailler pendant trois mois en Thaïlande en tant que volontaire. C'est dans les orphelinats et dans différents centres spécialisés, en périphérie de Bangkok, que j'ai enseigné l'anglais et pris soin de bébés. J'ai exercé mon activité dans six centres situés dans la capitale : deux *Home For Boys*, deux *Babies Home* et deux centres pour jeunes femmes. Dans la province de Nackon-Si-Tamarat, au sud de la Thaïlande où j'ai séjourné pendant une semaine, j'ai pris soin de bébés au centre du *Babies Home*.



Mes cours d'anglais s'adressaient à quelques membres du personnel et à des groupes d'enfants de trois à dix-huit ans. Mon rôle auprès des bébés consistait à les changer, les nourrir, à faire leur toilette et, bien sûr, à jouer avec eux et les câliner. Même si mon cursus scolaire ne m'a pas préparé à ce genre de travail, ce séjour a été pour moi très enrichissant. Il m'aura sensibilisé à des problèmes dont je n'évaluais pas toute la gravité, fait découvrir une nouvelle culture, une nouvelle langue, et de nouvelles connaissances. Cette expérience m'aura permis de me sentir utile, de repositionner quelques-unes de mes valeurs. J'ai également eu des échanges très intéressants avec le personnel des différents centres.

J'ai eu l'occasion de « vivre » plusieurs adoptions, situations qui m'intéressent directement, étant moi-même d'origine coréenne et adopté par une famille française.

Personnellement, le fait d'être adopté ne m'a jamais réellement affecté. Je parle parfaitement le français, j'ai reçu une éducation française ; la plupart de mes amis sont français, et je n'ai jamais eu de problèmes d'intégration. Je me considère Français à part entière. Cependant, je dois avouer que ce voyage en Thaïlande ne m'a pas laissé indifférent : il m'a rapproché d'une Asie pour laquelle je n'avais pas, jusqu'ici, d'affinité sentimentale particulière.

### Une journée à Rangsit

**7 h** - Petit déjeuner. Si le temps ne permet pas de sortir, activités dans les dortoirs jusqu'à 9 h (dessin, poupées, chant ou le plus souvent assis à attendre) ; sinon rendez-vous vers **8 h 15 / 8 h 20** devant le réfectoire avec les autres enfants : chant officiel et sport.

**9 h** - Collation au réfectoire

Après, activités : soit une promenade en petit train (activité préférée de tous les enfants), soit jeux divers sous le préau ou devant les dortoirs (vélo, balançoire).

**11 h** - Déjeuner au réfectoire.

Retour dans les dortoirs et repos.

**14 h** - Goûter, puis activités diverses à l'extérieur (vélo, balançoire...).

**16 h 30** - Repas du soir, puis promenade ou jeux devant les dortoirs avec distribution de fruits ou gâteaux.

**17 h / 17 h 30** - Les enfants rentrent dans les dortoirs. Je n'ai jamais pu être avec eux après 17 h.

Les journées sont rythmées par les repas. Parfois, des activités particulières ou de la nourriture type *fastfood*, etc. (très festive, les enfants adorent) sont offertes par des donateurs.

Les enfants ne sont pas très éveillés par les nounous. Ils passent beaucoup de temps à attendre ou à jouer, mais sans réellement savoir utiliser telle ou telle chose.

Chaque enfant a une journée de « *socialisation* ». Il passe la journée en dehors du groupe. Seul, avec un membre de l'équipe dirigeante de l'orphelinat, il vit une journée différente avec le tuteur. D'autres passent également du temps avec leurs parents, tous ne sont pas orphelins.

## Présentation de quatre pays d'origine (en date de septembre 2011)

En raison du caractère très évolutif des critères imposés par les pays d'origine d'enfants confiés à l'adoption internationale en Asie, nous vous recommandons de manière générale de vous reporter également aux fiches-pays disponibles sur le site de l'AFA ([www.agence-adoption.fr](http://www.agence-adoption.fr)), afin d'accéder aux informations mises à jour.

### Chine

#### 1. Type d'adoption

- **Convention de La Haye** : La Chine a signé et ratifié la Convention de La Haye. Celle-ci est entrée en vigueur en janvier 2006.
- **Forme de l'adoption** : L'adoption est une **décision administrative** qui fait l'objet d'un enregistrement suivi d'un acte notarié.
- **Effets de l'adoption en France** : une adoption internationale en Chine est assimilée à une **adoption plénière** en droit français. Il n'y a pas de jugement en France, les adoptants doivent simplement faire une demande de transcription au Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance à Nantes. Cette transcription tient lieu d'acte de naissance et accorde automatiquement la nationalité française à l'enfant.

#### 2. Gestion des dossiers et délais d'attente

- **Acceptation** : L'acceptation d'un dossier par le *China Center for Children's Welfare and Adoption (CCCWA)*, qui est l'Autorité Centrale pour l'adoption en Chine, est **implicite** : ceux qui ne sont pas refusés sont acceptés.
- **Chances d'aboutissement & gestion de l'afflux des dossiers** : les autorités chinoises apparentent tous les dossiers acceptés selon leur date d'enregistrement (*LID = Log In Date*) au CCCWA.
- **Délais** :
  - pour un **petit enfant en bonne santé**, le délai actuel entre l'enregistrement du dossier au CCCWA et l'attribution de l'enfant est de plus de **5 ans** mais se rallonge encore ;
  - pour un **enfant à besoins spécifiques**, appelé « *special needs* » en Chine, le délai peut être beaucoup plus court en fonction de la pathologie acceptée et de l'âge de l'enfant.



### 3. Conditions relatives aux candidats à l'adoption

Les candidats à l'adoption doivent :

- Être en bonne santé.
- Avoir le niveau BAC ou équivalent (diplôme de Niveau IV).
- Être en couple et mariés depuis deux ans pour une première union, ou depuis cinq ans pour une deuxième union.
- Avoir entre 30 et 50 ans pour adopter un enfant en bonne santé, ou entre 30 et 55 ans pour un enfant à besoins spécifiques.
- Justifier d'un revenu familial de 30.000\$ annuels pour un couple sans enfant (pour chaque enfant présent au foyer, la famille doit justifier de 10.000\$ supplémentaires) et de biens mobiliers ou immobiliers d'une valeur de 80.000\$.
- Les femmes célibataires sont acceptées pour certaines catégories d'enfants à besoins spécifiques.

### 4. Enfants proposés à l'adoption internationale

- **Statut juridique** : les enfants chinois sont en majorité abandonnés anonymement et sans filiation connue.
- **Enfants en bonne santé** : ces enfants ont, en général, **entre six mois et trois ans**. Il y a aussi la possibilité d'adopter un **enfant grand** en bonne santé. Dans ce cas, il s'agit souvent d'un garçon.
- **Enfants à besoins spécifiques** : il y a de plus en plus d'enfants à particularités médicales proposés à l'adoption internationale en Chine. En 2010, plus de la moitié des enfants adoptés à l'international étaient « *special needs* ». Ils peuvent être de tout âge et avoir des pathologies diverses comme : cardiopathie, fente labio-palatine, hépatite B, manque d'un ou plusieurs membres, déformation d'une oreille et/ou surdité. Cette liste est loin d'être exhaustive.

### 5. Séjour sur place

- Le départ dans le pays est programmé environ deux mois après la proposition d'apparentement de l'enfant.
- Un seul séjour de deux semaines : une semaine dans la capitale de la province de résidence de l'enfant, et une semaine dans une des villes où se trouve un Consulat de France pour délivrer le visa de l'enfant (Pékin, Shanghai, Canton, Chengdu ou Wuhan).

## 6. Dossier de l'enfant

- **Dossier médical** : Le dossier médical est transmis aux familles en même temps que la proposition d'apparement et comporte les éléments suivants :
  - Examen clinique complet.
  - Examens de laboratoire (analyse sanguine classique, sérologies : hépatites B & C, VIH, Syphilis).
  - Examen psychomoteur.
  - Habitudes nutritionnelles.

Ce dossier date en principe de moins de six mois. Le carnet de vaccination sera remis aux parents lors de la remise de l'enfant.

- **Dossier de vie** : Il y a peu d'informations dans le dossier de vie des enfants chinois. L'histoire de l'enfant commence en général le jour où il a été trouvé. Le lieu de sa découverte est bien précisé, et souvent accompagné du nom de la personne qui l'a trouvé. La police confie l'enfant à l'orphelinat le plus proche, puis mène des recherches afin de retrouver les parents biologiques. Cependant, ces investigations donnent rarement des résultats car les abandons sont un délit en Chine. De ce fait, rien n'est connu sur la famille d'origine.

Le dossier de vie reprend les résultats de l'examen de l'enfant fait à son arrivée dans l'institution par le médecin de l'orphelinat : son état général, ses mensurations, son périmètre crânien ainsi que la date présumée de sa naissance. Il est en effet rare qu'un papier avec sa vraie date de naissance soit trouvé sur l'enfant.

Les nom et prénom de l'enfant sont donnés par la direction de l'orphelinat et comportent généralement trois syllabes correspondant à trois caractères chinois. Le nom, la première syllabe, est le même pour tous les enfants arrivés à l'institution pendant une certaine période et correspond souvent au nom d'un homme illustre de la région ou à la première syllabe du nom de la ville où se situe l'institution. Les prénoms sont toujours individualisés et présentent souvent une signification très poétique.

Pour finir, le dossier de vie mentionne une petite description du caractère de l'enfant, et éventuellement ses préférences vis-à-vis de certaines personnes ou jouets.



## • Profils des enfants

- **La politique de l'enfant unique** instaurée par les autorités chinoises à la fin des années 1970 pour maîtriser l'explosion démographique a, entre autres, eu comme conséquence l'abandon important de petites filles à la naissance. Il existe en effet une tradition ancestrale en Chine selon laquelle un descendant mâle est nécessaire dans chaque famille pour perpétuer la lignée familiale, pour se charger du culte des ancêtres et pour prendre soin des parents lorsqu'ils seront âgés (les filles s'installant dans la famille du mari). Lorsque le premier enfant se révélait être une fille, celle-ci était en général abandonnée pour donner une chance à la famille d'avoir un garçon et ainsi de suivre la tradition. Pour cette raison, **les filles représentaient 95 % des enfants adoptés à l'international** en Chine.

Depuis quelques années, cette prédominance des filles a tendance à diminuer pour plusieurs raisons. La première est le changement de mentalité, surtout dans les villes, concernant les filles qui sont moins souvent abandonnées aujourd'hui. D'autre part, l'évolution des mœurs en Chine a pour effet de nombreuses naissances hors mariage. Ces enfants « *illégitimes* », qu'il s'agisse de filles ou de garçons, sont également abandonnés, d'où **l'augmentation du nombre de petits garçons** dans l'adoption internationale.

- **Une autre raison importante d'abandon d'enfants en Chine** est la malédiction qui pèse, dans la pensée chinoise, sur les enfants nés avec une malformation physique ou des troubles mentaux. A ceci s'ajoute une dimension économique : faire soigner ces enfants est souvent impossible pour les familles qui n'en ont, pour la plupart, pas les moyens. Ces enfants se retrouvent donc également placés dans les orphelinats chinois.

Beaucoup de ces enfants appelés en Chine « *special needs* » sont aussi proposés à l'adoption internationale. Il faut cependant noter que le CCCWA ne propose pas l'apparement de ces enfants à particularités médicales aux adoptants qui ont demandé un enfant en bonne santé. **Ils seront uniquement proposés, par l'intermédiaire des opérateurs dans les pays d'accueil, aux candidats qui ont clairement exprimé le souhait d'adopter un enfant à besoins spécifiques et ont fait inscrire ce projet dans la notice de leur agrément.**

En Chine les enfants sont généralement abandonnés à la naissance, ils sont donc proposés **assez jeunes** à l'adoption internationale et rarement en fratrie, sauf pour les jumeaux.



## • Les conditions de vie des enfants

- Conditions de recueil : quand un enfant arrive à l'orphelinat, il est d'abord examiné par un médecin de l'institution et ensuite placé pendant une courte période dans une salle d'observation avant de rejoindre les autres enfants du même âge.
- Structures d'accueil : En Chine, les orphelinats sont des **institutions d'Etat** et font traditionnellement partie d'une structure qui rassemble, sur le même terrain, une maison de retraite, un bâtiment pour personnes handicapées et l'orphelinat qui accueille les enfants abandonnés et les orphelins.

Cependant, depuis quelques années, avec le développement de l'adoption internationale, les institutions dédiées uniquement aux enfants abandonnés se multiplient.

Il est difficile de parler des orphelinats chinois en général car, étant donné le très grand nombre d'institutions, les situations peuvent être très différentes. Plusieurs orphelinats sont, par exemple, aidés par des organismes privés, souvent américains, qui améliorent les conditions de vie matérielles des enfants et organisent des formations complémentaires pour le personnel. Néanmoins, on peut dire qu'habituellement les enfants y sont **bien soignés** et surtout sont **aimés par les nourrices** qui les connaissent et avec lesquels de vrais liens peuvent se tisser.

Depuis quelques années, les autorités chinoises ont fortement développé la politique des **familles d'accueil**. Ces familles sont très soigneusement sélectionnées et reçoivent une formation spécifique pour les soins et l'éducation des enfants qui leur sont confiés. Des visites hebdomadaires, non annoncées à l'avance, sont effectuées par une responsable de l'orphelinat qui contrôle et conseille la famille. Par ailleurs, les enfants reviennent régulièrement à l'orphelinat pour un contrôle médical.

Les enfants d'âge scolaire fréquentent les écoles publiques de la ville. L'orphelinat prévoit des classes spécialisées pour les enfants qui n'ont pas la capacité de suivre l'enseignement général.

- Journée-type : une journée d'orphelinat commence à 7 h du matin avec le lever des enfants et le premier biberon. Selon leur âge, il y aura cinq biberons par jour pour les nourrissons (7 h - 11 h 30 - 15 h 30 - 20 h et 2 h du matin) ou quatre pour les enfants un peu plus grands, toujours à heure régulière.

Après le premier repas, on donne le bain, en principe tous les jours en été, et deux fois par semaine seulement en hiver car les locaux sont difficiles à chauffer à la saison froide. C'est pour cette raison que les petits ont toujours plusieurs couches de vêtements sur eux pour les tenir au chaud, ce qui étonne souvent les adoptants...



Après le bain, c'est la première sieste de la journée qui en compte souvent trois.

Le médecin de l'institution passe en principe tous les jours dans les chambres ou dortoirs pour vérifier que tous les enfants vont bien et, le cas échéant, pour prescrire les soins nécessaires.

Si le temps le permet, à la belle saison, les enfants ont droit à un « **bain de soleil** » journalier qui se passe, selon l'âge, sur un matelas pour les bébés, et dans le terrain de jeux pour ceux qui marchent déjà.

## 7. Rapports de suivi

Au cours des cinq premières années, six rapports de suivi doivent être adressés au CCCWA par l'AFA ou les OAA.

# Philippines

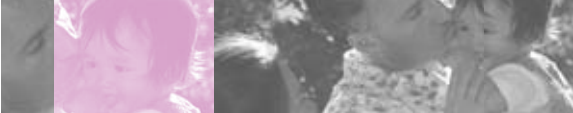
## 1. Type d'adoption

- **Convention de La Haye** : Les Philippines ont signé et ratifié cette convention qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> Novembre 1996.
- **Forme de l'adoption** : Les enfants entrent en France « avec une autorisation de placement délivrée par les autorités philippines, avec un visa de 1 an. Ils ont le même statut que les pupilles de l'Etat et sont « confiés en vue d'adoption ».  
Après réception des 3 rapports de suivi à 2, 4 et 6 mois de l'arrivée de l'enfant, l'Intercountry Adoption Board (ICAB), autorité centrale philippine, adresse aux parents le *consentement définitif à l'adoption*.
- **Transcription en France ou autre forme de reconnaissance** : Les parents déposent alors une demande en adoption plénière auprès du Tribunal de Grande Instance de leur domicile. Le jugement est transmis à l'Etat Civil à Nantes qui établit l'acte de naissance de l'enfant et procède à l'inscription sur le livret de famille. L'enfant acquiert automatiquement la nationalité française. Il conserve la nationalité philippine.

## 2. Gestion des dossiers et délais d'attente

- **Acceptation** : L'acceptation par l'ICAB est explicite et fait l'objet d'un courrier d'acceptation daté.
- **Chances d'aboutissement** : jusqu'à présent, les autorités philippines apparentent tous les dossiers acceptés.
- **Délais** :
  - Pour les apparentements, l'ICAB part des dossiers des enfants pour lesquels ils cherchent une famille, compte tenu de son histoire, de ses besoins évalués par le travailleur social qui le suit. L'ICAB apparente en moyenne, en adoption internationale, 500 enfants par an.
  - De ce fait, les dossiers peuvent ne pas être apparentés dans l'ordre d'acceptation. L'ICAB cherche toujours une famille dans les dossiers les plus anciens puis dans des dossiers plus récents.
  - Les délais d'apparement en 2011 sont de 3 ans en moyenne pour un enfant en bonne santé. Les délais peuvent être plus courts pour un enfant à besoins spécifiques ou « *special needs* ». Mais on constate une ouverture des parents à des enfants grands, des fratries, des pathologies réversibles : de ce fait, les délais ne sont plus systématiquement raccourcis. Toutefois, les délais sont beaucoup plus courts pour les enfants dits « *special child* » : les enfants de plus de 9 ans, les fratries de 3 enfants et plus, les enfants ayant une histoire personnelle lourde ou stigmatisante, les enfants avec handicaps physiques ou mentaux.
  - L'ICAB régule le nombre de dossiers reçus par la mise en place de moratoires en fonction du nombre d'enfants, de leur profil et du profil des candidats à l'adoption. En septembre 2011, 3 moratoires sont en vigueur : restriction pour les célibataires, enfants de moins de 24 mois, restriction des agences autorisées à envoyer des dossiers. Il est nécessaire de se renseigner sur l'actualité des moratoires au moment du dépôt du dossier de candidature.





### 3. Conditions relatives aux candidats à l'adoption

- L'adoptant doit être âgé d'au moins 27 ans.
- La différence d'âge entre l'adoptant et l'adopté doit être de plus de 16 ans et ne doit pas excéder 45 ans. Dans la pratique, les autorités philippines prennent plus en considération l'âge de l'adoptante.
- Dans la pratique, peuvent adopter les couples mariés, chrétiens pratiquants, formulant une demande conjointe. Les couples n'ayant pas 3 ans de mariage peuvent déposer leur candidature aux Philippines s'ils sont mariés depuis au moins 1 an et que leur mariage a été précédé de plus de 2 ans avérés de vie commune.
- Les femmes célibataires ne peuvent plus déposer de dossier aux Philippines que pour des enfants âgés de plus de 6 ans avec des problèmes médicaux mineurs ou ayant vécu dans un environnement difficile.
- Les familles avec enfants peuvent déposer un dossier aux Philippines, quel que soit le nombre d'enfants. L'ICAB rappelle que les dossiers d'enfants jeunes en bonne santé sont prioritairement confiés aux couples jeunes sans enfant.
- Les autorités philippines souhaitent que les candidats à l'adoption ne soient ni malades, ni victimes de handicaps sérieux. (Voir la liste des maladies et handicaps refusés par l'ICAB : les candidats ayant souffert d'une des affections mentionnées dans la liste ne pourront adopter aux Philippines même s'ils sont guéris).
- L'ICAB est très strict avec la pratique religieuse et la foi chrétienne des candidats, ces dernières constituant un élément décisif pour l'acceptation du dossier et un critère important pour les structures d'accueil dans le choix des familles. Les candidats doivent obtenir une lettre de motivation d'une autorité religieuse mentionnant leur implication dans leur paroisse.
- Les candidats ne sont plus autorisés à émettre une préférence quant au sexe de l'enfant.
- L'ICAB exige une exclusivité envers les Philippines : de ce fait, les candidats à l'adoption ne sont pas autorisés à déposer des dossiers d'adoption dans d'autres pays.
- Les enfants déjà présents dans la famille devront donner leur consentement à l'adoption, s'ils ont plus de 10 ans.

## 4. Profils des enfants proposés à l'adoption internationale

### • Statut juridique :

- Seuls les enfants de moins de 15 ans, sans filiation connue, déclarés abandonnés ou dont les parents/le représentant légal ont consenti à l'adoption, confiés aux services du Department of Social Welfare and Development (DSWD), sont adoptables. Si l'enfant a plus de 10 ans, il doit consentir par écrit à son adoption.
  - En 2009-2011, 62 % des enfants ont été confiés par un membre de leur famille, le plus souvent par leur maman, à des structures d'accueil pour un accueil temporaire initialement ou d'emblée définitif et sont devenus adoptables par consentement parental. Les parents sont d'abord accompagnés par des travailleurs sociaux pour trouver une solution dans la famille. Lorsqu'un projet d'adoption est défini pour l'enfant, les parents signent un consentement parental.
  - En 2009-2011, 38 % des enfants sans filiation connue ont été recueillis par les services sociaux (DSWD). Ces enfants font l'objet d'une recherche active de parenté par la police et par voie de presse. En cas d'échec de ces recherches, ils sont déclarés adoptables par procédure administrative.
  - Les enfants adoptables sont d'abord proposés à l'adoption nationale. Ils sont ensuite proposés à l'adoption internationale lorsqu'aucune solution n'a été trouvée aux Philippines.
- **Enfants en bonne santé** : ils peuvent être de tous âges, à partir de 6 mois.
  - **Enfants à besoins spécifiques dits « *special needs* »** : Les pathologies ou situations des enfants à besoins spécifiques ne font pas l'objet d'une liste stricte, comme pour les autres pays. Il s'agit de fentes labio palatines, de pathologies cardiaques, de problèmes visuels ou auditifs...
  - **Enfants en recherche de famille dits « *special child* »** : Les enfants pour lesquels l'ICAB ne trouve pas de famille sont inscrits dans une procédure dite inversée, et leur dossier est proposé aux agences qui recherchent une famille correspondant à leurs besoins. Il s'agit d'enfants de plus de 9 ans, de fratries de plus de 3 enfants, d'enfants avec handicaps ou prise en charge lourde et sur le long terme.
  - Sur la période 2009-2011, 36 % des dossiers confiés à l'ICAB pour une adoption internationale concernaient des enfants de moins de 2 ans, 33 % des enfants de 2 à 5 ans, 18 % des enfants de 6 à 10 ans et 18 % des enfants de plus de 10 ans.



## 5. Séjour sur place

- Les parents sont autorisés à se déplacer aux Philippines après l'obtention du visa pour leur enfant. L'ICAB conseille une durée de séjour d'une dizaine de jours, mais le séjour peut être réduit à une semaine si cela est impossible pour la famille. La présence des deux parents est vivement recommandée et souhaitée par l'ICAB, la présence d'un seul parent doit être justifiée. Il est possible de partir avec les frères/sœurs déjà présents au foyer.
- Quelle que soit l'agence qui a envoyé leur dossier (AFA, AEM, MDM), les familles sont accompagnées dès leur arrivée à l'aéroport par un correspondant local.
- Les familles rencontrent leur enfant dans sa structure d'accueil.

## 6. Dossier de l'enfant

Le travailleur social en charge de l'enfant rédige un dossier qui comprend :

- L'histoire personnelle et familiale connue de l'enfant : membres de la famille connus, parents, frères et sœurs, oncles et tantes, grands-parents, leurs noms et prénoms, la date de naissance pour les enfants sont le plus souvent mentionnés.
- Le développement psychomoteur : le dossier comporte les résultats de tests psychomoteurs faits systématiquement pour les enfants de plus de 5 ans et qui tendent à se généraliser pour les enfants de moins de 5 ans. En absence de test, le dossier indique souvent où en est l'enfant par rapport au langage et aux apprentissages fondamentaux.
- Le dossier médical de l'enfant : le dossier comprend en général l'évolution de ses poids et taille, ses vaccinations, maladies, interventions chirurgicales et hospitalisations pendant la période d'accueil dans la structure et avant si elles sont connues.
- Le caractère de l'enfant : les dossiers donnent souvent des informations sur le caractère de l'enfant, son comportement vis-à-vis des adultes, des autres enfants.
- Le travailleur social en charge de l'enfant termine le dossier en donnant des préconisations à l'ICAB en vue du choix de la famille pour cet enfant.
- Conditions de vie des enfants :  
Les enfants vivent dans des structures d'accueil, publiques ou privées (lesquelles dépendent, le plus souvent, des ONG non philippines).  
Les Philippines développent de façon importante le séjour des enfants en familles d'accueil. Dans les structures d'accueil collectives, les conditions de vie et les moyens selon qu'elles sont ou non soutenues par des dons, sont très variables : par exemple,

certains enfants sont scolarisés à l'intérieur de la structure, d'autres dans les écoles publiques du quartier ; certaines structures disposent de chambres pour plusieurs enfants, d'autres de très grands dortoirs ; certaines structures sont ouvertes sur leur quartier tandis que, dans d'autres, les enfants restent le plus souvent à l'intérieur de la structure. De ce fait, les capacités d'autonomie, les apprentissages peuvent être sensiblement différents d'un enfant à l'autre en fonction de la structure dans laquelle il a vécu. Les enfants vivent dans leur quartier au rythme de leur famille d'accueil. Les enfants sont bien entourés par des « *nounous* » qu'ils appellent souvent « *até* », surnom que l'on pourrait traduire par « *grande sœur* ».

## 7. Rapports de suivi

Lorsque l'enfant arrive en France, les familles sollicitent un suivi auprès de leur OAA ou de leur Conseil Général. Trois rapports de suivi doivent être rédigés à 2 mois, 4 mois et 6 mois après l'arrivée de l'enfant. Ces rapports font état de l'évolution de l'enfant, de son attachement, de l'ajustement à la famille, de la capacité de la famille à l'accompagner dans ses difficultés, en particulier celles décrites dans son dossier le cas échéant. A la réception du troisième rapport, l'ICAB adresse le consentement définitif à l'adoption qui permettra de déposer le dossier de demande en adoption plénière auprès du Tribunal de Grande Instance.

Au-delà de ces trois rapports, l'ICAB et les structures d'accueil des enfants apprécient de recevoir une fois par an des nouvelles de l'enfant.

# Thaïlande

## 1. Type d'adoption

- **Convention de La Haye** : la Thaïlande a signé et ratifié la Convention de La Haye. Celle-ci est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> Janvier 2004.
- **Forme de l'adoption** : l'adoption en Thaïlande est une décision administrative de placement provisoire pour les six premiers mois, puis une adoption plénière thaïlandaise prononcée par le DSDW (*Department of Social Development and Welfare*, l'autorité centrale thaïlandaise) dans les douze à vingt-quatre mois après l'arrivée de l'enfant, et française après environ deux ans de présence de l'enfant sur le territoire français.
- **Transcription en France** : Après la période probatoire, l'adoption sera enregistrée à l'Ambassade de Thaïlande à Paris et le DSDW délivrera un consentement définitif permettant le dépôt d'une requête auprès du Tribunal de Grande Instance compétent.



## 2. Gestion des dossiers et délais d'attente

- **Acceptation** : implicite. Les dossiers qui ne sont pas refusés sont acceptés. Si les documents présentés sont imprécis, il peut y avoir une demande du DSDW afin de compléter le dossier.
- **Chances d'aboutir** : les autorités thaïlandaises apparentent tous les dossiers acceptés sauf grave problème indiqué dans le dossier (cas de schizophrénie, troubles mentaux des candidats...)
- **Délais** :
  - Pour un petit enfant en bonne santé, le délai actuel entre l'envoi du dossier en Thaïlande et l'attribution de l'enfant est de **trois ans et six mois** mais se rallonge encore.
  - Pour un enfant à besoins spécifiques, le délai peut être beaucoup plus court en fonction de la pathologie acceptée et de l'âge de l'enfant.

## 3. Conditions relatives aux candidats à l'adoption

- **Seul un couple marié** peut adopter.
- Les textes thaïlandais ne comportent aucune disposition relative à l'existence d'enfants dans le foyer des candidats à l'adoption. Toutefois, dans la pratique, les candidatures des couples ayant déjà deux enfants ou plus (biologiques ou adoptés) ont de très faibles chances d'être retenues, sauf éventuellement pour des enfants dits « à particularités ». Les couples ayant déjà deux enfants (biologiques ou adoptés) peuvent, en revanche, être acceptés s'ils ont des enfants de même sexe. Leur candidature reste néanmoins soumise à l'approbation du bureau du DSDW.
  - L'adoptant et l'adoptante doivent tous deux être âgés de plus de vingt-cinq ans. Dans la pratique, seuls les couples âgés de moins de cinquante ans peuvent adopter, étant précisé que les couples de plus de quarante-cinq ans ne peuvent pas adopter de jeunes enfants.
  - Les parents adoptifs doivent avoir au minimum quinze ans de différence avec l'enfant. L'écart d'âge maximal entre adopté et adoptant se situe entre quarante et quarante-huit ans.
  - Les candidats à l'adoption internationale doivent justifier d'une résidence en France.



**NB** : Le DSDW prend en charge les dossiers préalablement retenus et envoyés par l'AFA, mais peut émettre un refus si un point leur paraît très compromettant à la lecture du dossier (maladie mentale, problèmes psychologiques des futurs parents, désir d'un enfant nouveau-né ou exigence de couleur de peau, fratrie de trois ou quatre enfants pour des parents n'ayant eu aucun enfant auparavant, désir excessif, exagération des exigences, réserves émises par le psychologue dans l'enquête, etc.).

Le dossier est alors placé en liste d'attente, et une assistante sociale lui est attitrée, entre quatre à six mois après l'arrivée du dossier au DSDW. Elle se charge de l'étudier, et si quelques documents sont incomplets ou non-conformes, elle informe l'AFA qui contacte le couple pour répondre à cette demande. Seul un problème très grave et flagrant entraînera un refus du DSDW. L'assistante sociale du Child Adoption Center informera alors l'AFA du rejet du dossier et la raison invoquée (maladie psychiatrique, schizophrénie, mauvais rapports psychologiques ou réserves émises dans l'agrément, etc.).

Il faut aussi signaler que le DSDW envoie rarement un document attestant de l'acceptation du dossier (5 % seulement) : non-réponse veut dire acceptation sous quatre à dix mois après envoi du dossier en Thaïlande.

La politique actuelle des services sociaux thaïlandais semble être de favoriser le choix d'un enfant à particularités dit « *special needs* ». Une demande d'adoption de fille est possible si le couple n'a pas de fille, mais elle implique environ trois à cinq ans d'attente ; le délai est réduit pour un garçon. Le DSDW reste maître dans la décision d'attribution d'un enfant et, si le dossier ne se voit pas attribuer un enfant en cinq ans, il n'a quasiment aucune chance d'aboutir par la suite.

#### **4. Enfants proposés à l'adoption internationale**

- **Statut juridique** : les enfants sont sans filiation connue, déclarés judiciairement abandonnés ou orphelins.
- **Enfants en bonne santé** : enfants âgés de un à six ans.
- **Enfants à besoins spécifiques** : enfants de plus de six ans, fratrie, hépatites B ou C, thalassémie mineure ou majeure.



## 5. Séjour sur place

- **Départ dans le pays environ un à quatre mois après l'attribution de l'enfant.**
- Un seul séjour de trois semaines : arrivée souhaitée dix jours avant le passage devant le *Board*, puis compter dix jours pour récupérer le visa de l'enfant auprès du Consulat de France à Bangkok.

## 6. Dossier de l'enfant

- **Dossier médical** : le plus souvent complet (en principe daté de moins de six mois) et assez fiable, avec un rappel des antécédents médicaux de l'enfant, ses poids et taille récents, ainsi qu'une synthèse de son développement physique, moteur et psychoaffectif (photo fréquente), une numération formule sanguine et les résultats des tests de dépistage de la syphilis, de l'hépatite B et du VIH. A noter cependant quelques cas de dossiers médicaux erronés (vaccinations mentionnées mais non effectuées, maladie non détectée).
- **Dossier de vie** : très limité pour les enfants très jeunes ; plus complet pour les enfants grands.
- **Profil des enfants** : enfants confiés à la naissance ou plus tard, fratries, enfants trouvés dans la rue.
- **Les conditions de vie des enfants** :

- **Conditions de recueil** : plusieurs possibilités de recueil. Les enfants sont parfois amenés directement par leurs familles dans les orphelinats.

Si l'enfant est abandonné après sa naissance à l'hôpital, celui-ci se charge de prévenir les services sociaux.

Les enfants trouvés dans la rue sont souvent pris en charge par les services de police puis les services sociaux.

Quand un enfant arrive à l'orphelinat, c'est souvent la police qui l'y conduit. Les enfants sont soit trouvés dans la rue, sur un marché, déposés dans un hôpital ou abandonnés à la naissance à l'hôpital.

L'enfant peut être abandonné sans aucune coordonnée, mais il arrive que ce soit le grand-père ou un oncle qui le confie aux services sociaux. Il est alors placé dans un centre d'accueil d'urgence pendant quelques jours, le temps d'ouvrir une enquête de police.

Si cette enquête se révèle négative et que les services sociaux ne récoltent aucune information, ils publient un article dans les journaux les plus lus en demandant aux personnes susceptibles de posséder des informations sur cet enfant de les contacter.

Ensuite, l'enfant est conduit à l'orphelinat ; s'il ne supporte pas la vie en communauté, le DSDW essaie de lui trouver une famille d'accueil, rémunérée vingt euros par mois pour s'occuper de l'enfant, en plus de quelques frais de nourriture.

Si la famille d'origine contacte l'orphelinat, que ce soit de façon anonyme ou en donnant son nom, l'enfant ne sera pas adoptable. La famille d'origine a toujours priorité si elle veut reprendre l'enfant avant adoption, car, selon la Convention de La Haye, l'adoption internationale est la dernière solution envisagée pour l'enfant : le DSDW tente toutes les solutions pour garder l'enfant dans son pays avant de songer à l'adoption internationale.

- **Structures d'accueil** : Les enfants recueillis sont placés en orphelinat d'Etat ou parfois en famille d'accueil.
- **Journée-type** : Un livret sera remis aux familles avec le programme de la journée de l'enfant. On y trouve :
  - . l'heure du lever et du coucher, de la sieste si c'est un enfant en bas âge (réveil entre 6 h et 6 h 30, sieste entre 11 h 30 et 13 h, coucher 18 h 30),
  - . l'heure des repas (petit déjeuner entre 6 h 30 et 7 h 30, goûter 9 h, déjeuner entre 10 h 30 et 11 h, dîner entre 17 h 30 et 18 h 30),
  - . l'heure des activités physiques.

## 7. Rapports de suivi

Durant les six mois de placement provisoire, trois « *rapports d'adaptation* » traduits en thaï par un traducteur assermenté et accompagnés d'au moins quatre photographies sont adressés au DSDW sous couvert de l'A.F.A.

Si le troisième rapport est envoyé avant le terme des six mois, le DSDW peut réclamer un quatrième rapport d'adaptation.





## Vietnam

### 1. Type d'adoption

- **Convention de La Haye** : Le Vietnam a signé la Convention de La Haye le 07/12/2010 et l'a ratifiée le 18/07/2011.
- **Forme de l'adoption** : L'adoption au Vietnam est assimilée à ***l'adoption simple*** en France. Néanmoins, une requête en adoption plénière est le plus souvent formulée auprès du Tribunal de Grande Instance.
- **Transcription en France ou autre forme de reconnaissance** : Requête en adoption plénière auprès du Tribunal de Grande Instance du lieu de domicile des parents.

Par ailleurs, les adoptants doivent adresser à l'A.F.A., dès son prononcé, un exemplaire du jugement d'adoption rendu par la juridiction française qui sera transmis au Ministère de la Justice à Hanoï.

### 2. Gestion des dossiers et délais d'attente

- **Acceptation** : Le Département Adoption (DA) du Ministère de la Justice se réserve le droit de refuser des dossiers en indiquant le motif.
- **Chances d'aboutissement** : L'AFA a procédé à la mise en place d'une liste d'attente. Lorsqu'il est possible d'envoyer des dossiers au Vietnam, à la demande des autorités, l'AFA prélève, par ordre d'arrivée, des pré-dossiers de sa liste d'attente et entame la procédure avec les candidats.
- Tous les dossiers enregistrés et numérotés au DA aboutiront :
  - Pour un petit enfant en bonne santé, le délai actuel entre l'envoi du dossier au Vietnam et l'attribution de l'enfant est de ***un an à dix-huit mois*** mais se rallonge encore ;
  - Pour un enfant à besoins spécifiques, le délai peut être beaucoup plus court en fonction de la pathologie acceptée et de l'âge de l'enfant.

### 3. Conditions relatives aux candidats à l'adoption

L'adoption est ouverte aux couples et aux célibataires.

Les parents adoptifs doivent avoir au moins vingt ans de plus que les adoptés.

## 4. Enfants proposés à l'adoption internationale

- **Statut juridique** : Enfant abandonné, parfois né de mère inconnue.
- **Enfants en bonne santé** : Moyenne d'âge quatorze mois en 2009.
- **Enfants à besoins spécifiques** : Mise en place d'une procédure spéciale pour favoriser leur adoption.
  - hépatite B, hépatite C (coïnfection fréquente des hépatites B et C), syphilis,
  - thalassémie (maladie congénitale de l'hémoglobine),
  - fente labio-palatine,
  - cardiopathies.

## 5. Séjour sur place

Départ dans le pays environ trois mois après l'attribution de l'enfant.

Un seul séjour de vingt-et-un à vingt-cinq jours : délai moyen pour la remise officielle, qui a lieu au comité populaire de la province, et l'obtention du passeport et du visa de retour de l'enfant.

## 6. Dossier de l'enfant

- **Dossier médical** : **Les rapports médicaux** sont dans l'ensemble assez fiables, mais succincts et surtout **ponctuels** : un seul examen clinique (avec photo), une numération formule sanguine et les résultats des tests de dépistage de la syphilis, des hépatites B et C et du VIH. Ils ne reflètent que l'état de santé établi à la date mentionnée. Il est donc recommandé de faire effectuer sur place, dans le pays, un bilan clinique et sanguin.
- **Dossier de vie** : Très limité pour les enfants très jeunes ; plus complet pour les enfants grands.
- **Profil des enfants** : Jusqu'à présent, les enfants étaient jeunes (moins de dix-huit mois) et il y avait très peu de fratries.
- **Conditions de vie des enfants** : Placés en orphelinat privé, souvent peu après la naissance, ou remis directement à l'institution plus tard dans le cas des enfants plus âgés. Il n'y a pas de familles d'accueil au Vietnam.



## 7. Rapports de suivi

La réglementation vietnamienne prévoyant **une obligation de suivi**, les adoptants devront s'engager **par écrit** à informer **tous les six mois** le Comité populaire de la Province dans laquelle l'adoption a été prononcée, ainsi que le Département de l'Adoption (ministère de la Justice) de l'évolution ultérieure de l'enfant **pendant les trois premières années** suivant son arrivée en France.

### *Les conditions de vie des enfants en institution au Vietnam*

Comme beaucoup d'adoptants, avant de partir au Vietnam, nous avons tenté d'avoir un maximum d'informations sur l'orphelinat et les conditions de vie de notre enfant. Nous en avons obtenu, mais les informations recueillies provenaient d'adoptants dans d'autres provinces ou dont la rencontre avec leur enfant datait déjà un peu. Tout cela pour dire que chaque province, voire chaque orphelinat, fonctionne aujourd'hui différemment au Vietnam.

Nous sommes allés chercher notre enfant dans un centre social de la ville de Cao Lan dans la Province de Dong Thap. Ce centre social est verdoyant et composé de quelques bâtiments en rez-de-chaussée. Chaque bâtiment héberge un public différent : les bébés, les enfants scolarisés, les handicapés, les vieillards... et, au milieu, le bâtiment administratif où le directeur fait un discours en présence des nourrices lorsque les enfants partent avec les familles pour la remise officielle.

Le bâtiment des bébés est composé de trois dortoirs avec une petite dizaine de lits (lorsque les bébés n'ont que quelques mois, ils sont couchés dans des hamacs, eux-mêmes suspendus dans les lits), une pièce à langer, une cuisine et une salle de détente avec quelques jouets. Les lieux sont propres mais un peu vétustes.

Au fur et à mesure des adoptions, les conditions de vie des enfants s'améliorent. Des moustiquaires ont été achetées. Au moment de notre venue, l'achat d'une voiture était prévu pour emmener les enfants lorsque ceux-ci étaient malades. En effet, ils ne pouvaient compter jusqu'à présent que sur la venue bimensuelle d'une infirmière qui se déplaçait à vélo.

Lorsque nous y étions, il y avait une vingtaine d'enfants de moins de quatre ans entourés par quatre nourrices, elles-mêmes encadrées par une nourrice responsable. Nous avons pu constater qu'elles étaient attachées aux enfants dont elles s'occupaient car, au moment de la séparation d'avec les enfants, elles étaient très émuees. Les enfants étaient propres, avec de jolies peaux (y compris les fesses) et a priori habillés avec les dons de vêtements.

# La santé des enfants en Asie

## CHAPITRE 2 : La santé des enfants en Asie

Une évolution sensible apparaît en Asie, avec un nombre croissant d'enfants à besoins spécifiques confiés à l'adoption internationale par les différents pays.

La majorité des dossiers des enfants proposés peut être considérée comme fiable, même si ces dossiers sont plus ou moins complets selon les pays. La découverte de pathologies non évoquées dans le dossier est rare mais peut toutefois exister : les témoignages suivants permettront aux familles d'en prendre conscience et de se préparer à cette éventualité.

### Quelques témoignages

#### Découverte d'un problème de santé fortuit

Nous sommes les parents les plus heureux car nous avons eu la chance d'adopter au Vietnam, il y a un an déjà, un beau bébé de treize mois.

Mais nous avons découvert le jour de la remise officielle que notre bébé avait un pied varus, sans y être préparés car personne n'avait rien vu ! Aujourd'hui, notre enfant âgé de deux ans et demi est en bonne santé et a fait d'énormes progrès, il marche et court normalement, fait de la trottinette et du tricycle.

Notre bébé avait vécu un an d'orphelinat, était malnutri, n'était jamais sorti de sa chambre et a découvert d'un seul coup le monde extérieur. Que d'angoisses le même jour pour un bébé !

**Face à cette situation inattendue, nous avons été très contents d'avoir été accompagnés par l'AFA pendant toute la procédure et surtout quand nous étions au Vietnam. Voici les difficultés que nous avons rencontrées.**

Le soir, à notre hôtel avec notre bébé, nous étions quelque peu angoissés car personne n'avait remarqué ce handicap auparavant, pas même la clinique qui avait vu le bébé à plusieurs reprises pour faire les vaccins et le bilan de santé.



Le jour de la remise officielle, j'avais remarqué qu'un des pieds était déformé, mais tout s'est passé tellement vite (moins d'une heure) ! Nous n'avons pu rencontrer la nounou qui s'occupait de notre bébé, ni voir sa chambre afin de connaître son univers, ses petites habitudes, son état de santé, ses peurs... rien de tout cela.

La remise officielle ne correspondait pas du tout à ce que nous aurions souhaité, car nous avons vu notre bébé pour la première fois à peine une demi-heure auparavant ; heureusement, la personne en charge de notre dossier à l'AFA nous avait prévenus que cela pouvait se passer ainsi.

Le médecin de l'AFA nous a téléphoné à plusieurs reprises de France afin de nous donner les coordonnées de spécialistes en orthopédie dans notre région, et nous avons réussi à rencontrer un professeur à peine un mois après notre retour en France, qui l'a opéré par la suite.

**Tous les deux, ainsi que le correspondant local de l'AFA au Vietnam, ont été à notre écoute pendant toute la durée de notre séjour dans ce pays et à notre retour en France !  
Pouvoir échanger avec eux nous a beaucoup aidés et nous a confortés dans notre choix de garder notre bébé et de prendre tout de suite des dispositions pour le soigner dès notre retour en France.**

Au Vietnam, notre bébé avait également une gale de façon assez importante au niveau du cou, des bras et des jambes. Heureusement, nous avons emmené divers médicaments pour bébé et de la lotion contre la gale que nous avons appliquée le soir même avant le coucher à l'enfant, puis à mon mari et moi. Notre bébé pleurait car le produit est assez fort et peut démanger sur les parties sensibles, génitales, et là où l'enfant s'est gratté. Nous lui avons emmitouflé les mains dans une petite socquette en coton pour lui éviter de mettre ses doigts dans la bouche et de se gratter le corps.

A peine étions-nous revenus en France que la gale revenait après trois semaines d'incubation ! C'est un dermatologue de l'hôpital, qui connaissait bien le sujet pour avoir soigné des enfants en Afrique, qui nous a expliqué que nous aurions dû mettre la lotion sur le cuir chevelu du bébé même si la notice du fabricant le déconseille. Le médecin nous a donné également un protocole à respecter contre la gale et nous a prescrit des comprimés à tous les trois (un demi-comprimé pour bébé). Ce fut épique pendant presque un mois, car nous devons tous les jours laver le linge de toilette, nos vêtements, désinfecter la moquette, le canapé... ! C'est rarissime que la gale se propage sur le cuir chevelu mais cela peut arriver.



Autre inquiétude : notre bébé se cognait la tête sur le sol ou contre le mur de la chambre d'hôtel au Vietnam, encore un peu en France contre les barreaux de son lit, et tapait facilement dès la moindre contrariété. Nous avons consulté un pédopsychiatre assez rapidement pour demander conseil, et il nous a rassurés ; il avait raison, au fil des mois la confiance s'installe, l'enfant se sent aimé, dorloté, il trouve un nouvel équilibre et peu à peu oublie ses angoisses et ses craintes.

Autres petits détails, notre bébé avait peur de marcher dans l'herbe, peur des mouches ou d'être dans la poussette sans nous voir, ne voulait pas rester dans le siège auto ! Nous avons dû acheter une deuxième poussette afin qu'il puisse nous voir. Autre raison de notre fatigue, nous avons attrapé des amibes dans les intestins.

Il ne faut pas trop idéaliser l'arrivée de l'enfant, car en fonction de ce qu'il a vécu à l'orphelinat et/ou auprès des personnes qui se sont occupées de lui les premiers mois de sa vie, l'enfant aura besoin de plus ou moins de temps pour s'adapter à son nouvel environnement très différent de ce qu'il a connu auparavant. Les parents doivent également s'adapter à bébé, qui sait être un petit ange mais aussi un petit diabolin. Les congés sont vraiment les bienvenus !

Nous vous souhaitons bon courage à vous tous qui attendez ce grand moment avec impatience. L'attente est parfois longue (pour nous plus de cinq ans). Serrer son enfant dans ses bras est si fort en émotion, et le voir ensuite grandir heureux et épanoui vaut tout l'or du monde ! C'est la plus belle aventure de notre vie. Néanmoins, mieux vaut se préparer psychologiquement à ce que la vie ne soit pas un long fleuve tranquille mais parfois un ruisseau tumultueux... Il ne faut pas trop idéaliser la première rencontre, ni la remise officielle, ni les premières semaines et les premiers mois de cette nouvelle vie en famille.

**Patience, amour, disponibilité sont les maîtres mots pour accompagner nos bébés et les aider à grandir et vaincre leurs peurs !**





## Découverte fortuite d'une thalassémie majeure

Après plusieurs refus, nous avons été acceptés par la Thaïlande.

Notre agrément était à l'origine pour un enfant de zéro à deux ans, mais pour mettre toutes les chances de notre côté, nous avons accepté une extension de zéro à quatre ans et, après conseil auprès d'un pédiatre, nous avons accepté plusieurs particularités.

Notre dossier complet est parti en octobre 2006.

En juin 2007, nous recevions un appel nous annonçant qu'un petit garçon nous attendait en Thaïlande et qu'il était atteint de thalassémie mineure, particularité que nous avons acceptée. Nous avons reçu son dossier sur lequel était mentionnée la thalassémie, sans précision, qu'il était en bonne santé et que « *c'était un enfant fort* ». Avant notre départ, j'ai pensé à prendre un rendez-vous chez le pédiatre pour notre retour afin de faire un contrôle global, comme cela nous est souvent recommandé.

Nous sommes arrivés en Thaïlande le 19 août 2007 et sommes allés chercher notre petit garçon le 21 août à l'orphelinat. Notre loulou était petit et tout frêle. Nous n'étions pas vraiment étonnés car nous savions que les Thaïs n'ont pas une corpulence imposante. Il était assez fatigué car nous nous promenions souvent, aussi essayait-on de le faire dormir dès que l'on pouvait.

Le jour du *board*, on nous a remis un dossier médical en thaï et des analyses en anglais. Nous l'avons pris sans arrière-pensée ; on nous avait signalé qu'il prenait une vitamine mais pour nous toujours pas de suspicion.

Retour en France le 6 septembre. Notre fils dormait beaucoup, de grosses siestes et des nuits plutôt longues. Le 17 septembre, ce fut le rendez-vous chez la pédiatre, et très rapidement, à la lecture du document, celle-ci nous a annoncé que la thalassémie était sûrement majeure. Et là le choc, l'incompréhension totale. J'ai appelé la présidente de l'association qui ne comprenait pas et m'a confirmé qu'elle n'était pas au courant du tout. Les services sociaux thaïlandais ont été contactés, l'assistante sociale thaïe était très mal à l'aise. Nous avons fait traduire son dossier médical en anglais afin qu'il soit plus lisible et nous avons appris qu'il était suivi pour une thalassémie majeure et qu'il avait été transfusé au moins une fois.

Heureusement que notre couple était solide, sinon je ne sais pas ce qu'il serait advenu de notre famille.

Aujourd'hui, notre fils est soigné, mais nous sommes toujours inquiets de ce qui peut lui arriver. Il est régulièrement transfusé et prend d'importants traitements sur lesquels, à ce jour, nous n'avons pas vraiment de recul.

Par ailleurs, il est regrettable de ne pas apporter aux parents en démarche d'adoption toutes les informations nécessaires aux questionnements des enfants plus tard et à la gestion du quotidien : en Thaïlande, on ne nous a jamais indiqué que notre petit garçon venait d'un autre orphelinat. On nous a donné une date erronée concernant son arrivée à l'orphelinat. Grâce à quelques personnes toutefois, nous avons pu récolter beaucoup d'informations sur le passé de notre fils, sur son histoire. Notamment sur le fait qu'il a été refusé à plusieurs reprises par des familles adoptantes. Nous avons des photos de lui à quinze jours et jusqu'à ses seize mois et nous connaissons ses origines.

Malgré nos fréquents allers-retours entre les différents hôpitaux, nous sommes tous les trois très heureux et notre vœu le plus cher c'est qu'un jour notre fils et tous les enfants atteints de cette maladie soient enfin guéris.

### **Autre découverte fortuite d'une thalassémie**

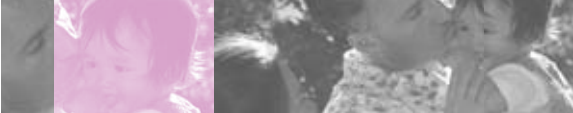
Après presque trois années d'attente, nous avons eu le coup de fil magique nous annonçant qu'un petit garçon en bonne santé nous attendait à Bangkok.

Comme nous avons fait un dossier pour un enfant à besoins spécifiques ou « *special needs* » (SN), nous avons demandé s'il souffrait d'une des particularités que nous avons retenues à savoir la thalassémie mineure, une grande prématurité, une allergie alimentaire, une malnutrition ou un asthme.

Nous avons alors reçu la confirmation qu'il n'avait aucun souci de santé et que le DSDW attribuait de temps en temps des enfants sains à des dossiers « SN ». Lorsque nous avons reçu le rapport sur l'enfant, il n'y avait rien de noté sur le plan médical hormis quelques rhumes.

Lorsque nous avons rencontré notre assistante sociale thaïlandaise, elle nous a dit que nous avions un petit garçon robuste en parfaite santé et l'orphelinat nous a également dit la même chose. Pendant notre séjour de trois semaines, tout s'est bien déroulé avec notre fils : il n'avait pas de problème de sommeil ni de souci d'alimentation. A notre retour en France, notre conseil général nous a conseillé d'aller effectuer son bilan d'arrivée auprès d'une consultation adoption (COCA).

Nous avons suivi son conseil et avons obtenu très vite un rendez-vous. Dès notre entrée dans la salle de consultation, la pédiatre a eu un soupçon à cause de la déformation osseuse située au niveau de la tête de notre fils. Elle nous a prescrit des analyses sanguines et le verdict est tombé : notre fils souffrait de deux maladies sanguines, la thalassémie mineure... mais aussi l'hémoglobinopathie de type E.



De plus, malgré un carnet de vaccinations à jour, les analyses sanguines montraient que notre fils n'avait reçu aucun des vaccins indiqués. Le monde s'est écroulé autour de nous car, en regardant sur différents sites médicaux, nous avons pris conscience de la gravité de son état. Nous nous sommes entendus dire tout et son contraire, et il nous aura fallu plusieurs mois pour trouver le bon spécialiste. Il ne faut pas hésiter, en cas de doute, à contacter les Centres de Compétence et de Référence de la Thalassémie.

Le cumul des maladies sanguines fait que notre fils souffre d'une forme rare de thalassémie, assimilable à la thalassémie majeure et, selon les différents examens sanguins, il est plus que probable que notre fils ait déjà fait l'objet de transfusions sanguines en Thaïlande. Cependant, malgré plusieurs demandes dans le pays, nous n'avons pu obtenir plus d'informations. Pourtant, nous ne voulions que des informations sur le plan médical, savoir par exemple quels traitements il avait pu avoir, nous ne recherchions absolument pas à désigner un responsable.

Aujourd'hui, notre fils va devoir subir des transfusions sanguines régulières, et notre vie tout entière s'en trouve chamboulée. Si nous avons été prévenus lors de la proposition, nous aurions de toute façon accepté notre fils, mais nous aurions eu le temps de nous renseigner pour connaître les tenants et aboutissants de ces maladies, nous n'aurions pas vécu tous ces longs mois de questions et de peur pour notre petit garçon.

Nous avons la chance d'être à proximité de très bons hôpitaux, mais toutes les familles n'ont pas cette chance et nous n'osons imaginer ce qui aurait pu se produire si nous nous étions contentés de ce qui était mentionné dans son dossier médical.

## **Proposition d'un enfant porteur d'un déficit en G6PD**

Après une longue et difficile attente, le téléphone a enfin sonné ; nous étions en juillet 2008. L'AFA nous apprenait que nous étions les parents d'un petit garçon de deux ans et cinq mois, l'euphorie était à son comble.

Pourtant, un petit nuage est venu obscurcir notre joie, car l'AFA nous apprenait en même temps qu'il y avait un « *mais* ». Mon sang n'a fait qu'un tour en apprenant que notre petit garçon était atteint d'un « *déficit en G6PD* », alors que nous avions un « *dossier quota* », donc sans aucune particularité !

Devant le fait accompli, nous avons contacté notre médecin de famille et le médecin de l'AFA qui nous ont rassurés sur la situation. Nous avons cependant poursuivi nos recherches pour accueillir notre enfant de la meilleure façon possible et pour gérer au mieux ce problème de santé.

La question n'était pas d'accepter ou non la proposition, puisque ce petit être faisait déjà partie de nous. Ce qui nous a manqué, c'est une plus grande préparation à un tel dilemme lorsqu'il se pose au moment de l'annonce, et au fait que notre demande d'enfant sans particularités se transformait en accueil d'un enfant « *special needs* ».

Je vais m'entendre répondre qu'il y a un peu plus de deux ans, le déficit génétique en enzyme G6PD ne faisait pas partie de la liste des particularités, mais peu nous importe ; désormais nous devons être tous les jours vigilants pour un bon développement de notre enfant, en lui évitant la consommation de fèves et de certains médicaments.

## **Les enfants à « besoins spécifiques »**

Est considéré comme « *enfant à besoins spécifiques* », un enfant juridiquement et psychologiquement adoptable, mais pour lequel il est particulièrement difficile de trouver une famille correspondant à ses besoins.

L'AFA retient une définition large, incluant les acceptations plus restrictives de certains pays d'origine : enfant de six ans ou plus, fratrie de trois enfants ou plus, enfant ayant une histoire lourde ou stigmatisante, enfant affecté d'un handicap ou d'un problème de santé.

Un tel projet doit impérativement figurer sur la notice de votre agrément et doit être travaillé au préalable avec un professionnel connaissant ces spécificités ou ces pathologies, le médecin et/ou la psychologue de l'AFA.

## **Adoptions successives d'enfants à particularités médicales en Chine**

Nous sommes les parents comblés de trois merveilleuses petites filles que nous avons adoptées en Chine. Nous avons accueilli nos jumelles de bientôt huit ans en 2005, à l'âge de deux ans ; notre dernière, qui aura prochainement quatre ans, a complété notre famille en 2009.

Notre désir de fonder une famille s'est concrétisé l'été 2004 avec l'obtention d'un agrément pour deux enfants, sans préférence d'ethnie ou de sexe, avec le seul désir d'accueillir un ou deux enfants de moins de trois ans.

Lors des différents rendez-vous de la procédure, il nous a été donné rapidement la possibilité de réfléchir à l'adoption d'un enfant à besoins spécifiques. Cette réflexion nous a permis d'envisager cette orientation sereinement et de l'accepter, après avoir exposé la liste des handicaps que nous pouvions assumer ; nous avons refusé le handicap mental, les pathologies chroniques actives. Cette décision a été revue avec les membres de notre OAA et confirmée. Puis ce fut l'attente.



L'appel magique a sonné au printemps 2005 : la responsable des adoptions de l'équipe Chine de notre OAA nous a annoncé que nous avons la possibilité d'adopter nos deux petites jumelles, alors âgées d'un peu plus de dix-sept mois. L'une d'elles, l'aînée, présentait une pathologie cardiaque, une communication inter-auriculaire. Nous avons reçu un dossier médical très documenté provenant de Chine, traduit et revu par les médecins pédiatres bénévoles de notre OAA. Il présentait l'évolution du développement psychomoteur et de l'état de santé de nos futures filles, ainsi que les examens requis pour la surveillance de la pathologie de l'aînée. Nous avons eu le temps de nous renseigner, de communiquer avec l'équipe de notre OAA, et d'évaluer cette particularité avant d'accepter l'adoption. Notre décision étayée fut rapide, et nous avons répondu oui à notre OAA.

Nous sommes partis en Chine à la fin de l'année. Le voyage organisé par notre OAA regroupait neuf couples, dont un en seconde adoption qui a voyagé avec son aînée.

Arrivés à Pékin, nous sommes pris en charge directement à la descente d'avion par Aurore, notre guide-interprète déléguée par notre OAA pour les deux semaines du séjour. Elle nous transfère sur Changsha, capitale du Hunan, par un autre vol. Nous y restons une semaine, logés dans un grand hôtel de standing occidental.

C'est là que le lendemain, en fin d'après-midi, nous accueillons nos deux filles, directement dans le hall de l'hôtel, à la différence des autres parents qui ont vécu le même bonheur le matin au Bureau des Affaires Civiles de la ville. Venant de l'orphelinat de Chenzhou, à deux heures de route de Changsha, nos filles sont venues en voiture, amenées par le directeur et son adjoint. Le changement de bras se fait dans les pleurs et les cris, au milieu des échanges de cadeaux pour le directeur et l'orphelinat, les photos et vidéos prises par le groupe. Puis nous remontons dans notre chambre avec chacun une enfant dans les bras : cette remise déterminera pour quelques semaines le parent référent de chacune des jumelles. Tout de suite, nos filles se calment, sourient, s'amuse et rient même dans le bain : le transfert a été très rapide, peut-être facilité par la gémellité, la présence rassurante et stimulante de l'autre.

La semaine à Changsha se divisera entre plusieurs rendez-vous officiels pour les démarches administratives de l'adoption plénière, des visites touristiques organisées, toujours épaulés par Aurore notre guide ; des visites plus personnelles sont aussi organisées, et tout cela avec les enfants qu'il faut surveiller, rassurer, amuser, faire patienter, nourrir, changer. Avec nos filles, cela se déroule bien : elles mangent bien, sont très actives. Elles connaissent quelques difficultés d'endormissement, nécessitant le bras de maman ou papa, qui se régleront dans le mois, une fois de retour. La semaine écoulée, nous partons pour Wuhan, capitale du Hubei, à une journée de car, où se trouve le consulat français le plus proche pour obtenir le visa d'entrée en France des enfants.

Cette seconde semaine s'étire, très semblable à la première, mais passe, en fait, relativement vite : c'est le moment du retour sur Pékin, d'où nous décollons pour Paris. Un vol de dix heures, avec nos filles qui ne dorment qu'au dernier quart d'heure de la descente. Puis une nouvelle attente et un nouveau vol pour notre région d'origine : nous arrivons tous exténués à domicile.

Commence alors le ballet des présentations à la famille, aux amis, et les visites médicales aussi. Nous apprenons vite, ce qui nous soulage, que la communication inter-auriculaire de notre fille s'est refermée toute seule : il s'agit d'une pathologie banale d'un enfant jumeau de petit poids de naissance qui ne nécessite aucun suivi ou précaution particuliers. Nos filles grandissent rapidement et s'incluent dans les courbes de croissance hautes ; par contre, elles restent très longilignes. Les jumelles sont très vives, s'intéressent à tout, démontent et expérimentent tout ce qu'elles trouvent. Elles adorent les livres et les histoires, ce qui permet à maman de passer de merveilleux moments de lecture, d'échange et d'apprentissage.

Les années passent, les jumelles ont bientôt cinq ans. La création et la vie de notre famille sont tellement heureuses que le désir d'avoir un troisième enfant s'exprime. En 2008, nous demandons un second agrément qui nous est accordé. C'est le même que le précédent, et nous sommes de nouveau disposés à accueillir un enfant à besoins spécifiques. Nous ne faisons part que d'une seule demande précise : nos filles doivent rester les aînées. L'agrément validé, nous nous adressons de nouveau à notre OAA. La démarche ressemble en tout point à la précédente, et nous confirmons notre accord pour l'adoption d'un enfant à besoins spécifiques.

L'attente, assez brève, prend fin début 2009. Nous recevons un appel de notre OAA qui nous présente notre troisième enfant : c'est une petite fille de dix-huit mois, qui présente une malformation de la main. Sur les photos, elle est très belle : son prénom chinois traduit signifie « *beau visage* ». Sa main droite présente des doigts accolés avec des phalanges manquantes, conséquence d'une maladie amniotique. Dans la semaine, nous recevons son dossier médical. Son développement semble normal ; une première opération de séparation des doigts 4 et 5 a été réalisée en Chine. Nous nous renseignons alors auprès d'un chirurgien spécialisé en orthopédie pédiatrique : la malformation n'a pas de cause génétique. Elle est la conséquence d'une contrainte d'ordre mécanique lors du développement intra-utérin. Bien informés, nous acceptons la proposition de notre OAA. Se pose alors la question d'emmener nos deux filles : la réponse évidente pour nous est qu'elles doivent nous accompagner.

Nous décollons pour ce second voyage à la fin de l'été 2009. Cette fois, le groupe est plus restreint : nous ne sommes que deux couples. Pour nos compagnons, il s'agit du troisième voyage : ils ont déjà deux filles et vont adopter un petit garçon, à besoins spécifiques aussi.



De Paris nous volons vers Shanghai. Là, nous sommes accueillis par Raphaëlle, qui nous suivra et nous aidera de nouveau dans toutes les démarches. Elle nous emmène d'abord en car jusqu'à Nanjing, capitale du Jiangsu, distante de 360 km, où nous logerons dans un hôtel très occidental.

C'est le surlendemain que nous rencontrons notre enfant. Cette fois-ci, la rencontre se fait de façon plus classique : nous nous rendons au Bureau des Affaires Civiles. Notre enfant arrive après nous dans les bras d'une nounou : on la voit toute menue, figée. L'échange de présents, la signature de documents officiels durent un peu, sans que l'attitude de notre fille ne change. Seule la présence des jumelles autour de nous semble l'interpeller. De retour dans notre chambre, cela perdure, comme les jours suivants : les petits trucs qui avaient marché avec ses sœurs restent sans effet. Elle est présente, observe, enregistre mais échange peu. Et impossible de compter sur les bienfaits reconnus de la nourriture : elle ne mange que du riz et des œufs, qui ne manquent pas heureusement. Par contre son sommeil est bon.

Le comportement de notre fille va se modifier momentanément lors de la visite de son orphelinat, le même que celui du fils de nos condisciples. Son visage va s'éclairer lorsqu'elle voit sa nounou attirée depuis son arrivée dans l'institution : un immense sourire et l'envie d'être prise dans ses bras vont s'exprimer. Elle est tout à coup joyeuse, elle rit et s'amuse avec sa nounou : nous réalisons alors la difficulté pour elle de quitter la personne à qui elle s'est attachée durant ces deux ans. Une discussion s'engage avec la nounou par l'intermédiaire de Raphaëlle : nous recueillons des informations sur la vie dans l'orphelinat, les goûts, les attitudes et habitudes de notre enfant. Puis sa nounou nous fait alors un grand cadeau. En nous remettant notre enfant dans les bras, elle lui explique que maintenant c'est nous ses parents qui allons nous occuper d'elle, qu'elle va rester avec nous : tout cela dans les larmes partagées.

Une semaine s'est écoulée. Nous retournons à Shanghai pour la fin de la procédure et l'obtention du visa français. Notre fille reste la même : elle n'est pas chagrine, mais reste en retrait, sans beaucoup d'expression, même en réponse à ses sœurs qui apprennent à la connaître et investissent sa présence plus qu'elles ne s'investissent dans la découverte de leurs origines : à six ans, la Chine ne semble être pour elles qu'un autre terrain de jeux.

Durant cette semaine, notre fille tombe malade : elle présente une bronchite asthmatiforme, dont le développement nécessite une prise en charge médicale en urgence. C'est sa maman, plus douée en anglais, qui l'emmène, accompagnée de Raphaëlle, dans une clinique de la ville. Une prise en charge dans le cadre d'un service d'urgence permet sa sortie quelques heures plus tard avec un traitement complémentaire adapté. Cet épisode angoissant mais bien géré a permis de produire un déclic dans la relation avec notre fille : une confiance plus assurée, une preuve d'attention et d'amour plus expressive peut-être l'ont changée.



Le lien, avec sa maman d'abord, a commencé à se nouer là. La dernière semaine écoulée, nous prenons le chemin du retour et atterrissons en France à la fin de l'été.

Le quotidien nous fait découvrir le manque de musculature de notre fille qui, à la différence de ses sœurs, l'handicape dans ses activités. Son envie de les suivre, de faire comme les grandes, la motive et son développement moteur lui permet de rapidement rattraper son retard.

Pour sa main, nous prenons avis auprès d'un spécialiste reconnu qui nous recommande de continuer la séparation des doigts : le gain fonctionnel sera faible, mais notre enfant aura cinq doigts différenciés, ce qui revêt une importance sur plusieurs points tels que l'esthétique, le comptage, le schéma corporel. Elle bénéficie de deux opérations au cours de l'année suivante pour assurer le décollement et singulariser ses cinq doigts ; il ne reste actuellement plus qu'une ou deux opérations pour affiner le caractère esthétique des doigts.

Sur le plan relationnel, notre fille s'est épanouie, est câline, ouverte aux autres, ce que nous avait exprimé sa nounou. C'est, en plus, une charmeuse avec un tempérament de commandante en chef assez déterminé.

Voilà notre histoire résumée de ces sept dernières années. Le bonheur constant et la joie partagés durant ces années nous assurent pleinement du bien-fondé de notre démarche. L'adoption est plus qu'une alternative à la création naturelle d'une famille. C'est un processus réfléchi menant au même terme : une vie qui se remplit de magie, d'espoir, d'avenir. L'acceptation d'un enfant à besoins spécifiques ne change rien. Il faut y réfléchir en restant franc avec soi-même, poser ses limites sans y voir un abandon quelconque.

Pour nous, le résultat, ce sont trois filles heureuses, épanouies, équilibrées de bientôt huit et quatre ans. Les soucis existent comme dans toute famille. Avec certaines particularités dont la gestion demande une réflexion spécifique, mais sans ajouter de difficultés supplémentaires. En fait, le temps passant, il ne reste que le meilleur qui éplit tout.





## Adoption d'un enfant né avec une fente labio-palatine en Chine

Quand la question d'un troisième enfant s'est posée, nous nous sommes dit : « *l'adoption, pourquoi pas ?* » Nous avons déjà deux enfants, Mathias et Sophie (de sept et quatre ans), en pleine forme. Nous avons eu envie de vivre cette « *aventure humaine* », d'ouvrir notre famille à la différence, tout en offrant une famille à un enfant qui avait du mal à en trouver une... Car, pour l'adoption d'un petit enfant en bonne santé, des milliers de parents sont candidats. Ce qui nous a conduits assez rapidement à l'idée d'adopter un enfant à particularités.

Nous avons ensuite consacré le temps de notre demande d'agrément à nous préparer, à préciser notre projet, nos limites, celles de notre couple mais aussi celles de nos deux enfants biologiques et, plus largement, de notre entourage. Dans cette démarche, l'association EFA (Enfance et Familles d'Adoption) ainsi que sa branche dédiée aux enfants à particularités (ERF : Enfants en Recherche de Famille) nous ont apporté des témoignages et des conseils très précieux. Nous nous sommes progressivement orientés vers l'adoption d'un enfant ayant un handicap physique, qui lui laisserait la possibilité de devenir autonome. Autonome d'abord pour lui, pour nous, mais aussi, en se projetant dans un avenir où nous aurons vieilli, pour ses grands frère et sœur, à qui nous ne voulions pas imposer la charge future d'un petit frère devenu grand mais toujours dépendant. Enfin, vis-à-vis de la fratrie, il était important qu'il soit bien le « *petit dernier* », et donc plus jeune que Sophie, qui avait quatre ans à l'époque. L'origine ethnique, le pays et le sexe de l'enfant nous étaient indifférents.

Après l'obtention de notre agrément, notre OAA nous est apparu comme l'un des rares organismes à avoir développé une approche structurée et rigoureuse pour l'adoption des enfants « *special needs* ». Leur analyse nous a, là encore, permis de mûrir notre projet. En particulier, nos deux enfants ont eu des entretiens avec des psychologues qui nous ont beaucoup éclairés sur leur façon de vivre notre projet d'adoption.

Nos interlocuteurs de l'OAA nous ont très vite parlé de la Chine, pays qui semblait pouvoir répondre au mieux et dans les meilleurs délais à nos attentes. La Chine, nous n'y avions pas pensé, mais pourquoi pas ? Ils nous ont également listé les problèmes médicaux les plus fréquents des enfants « *special needs* » ; parmi eux, nous ne nous étions pas encore posé la question d'un enfant ayant une fente labio-palatine, ce qui n'était pas une évidence pour nous au départ. Après recherche d'informations, nous nous sommes rendu compte que ces fentes s'opéraient très bien et qu'après une série d'opérations s'étalant sur plusieurs années, l'enfant pouvait vraiment surmonter ce handicap.

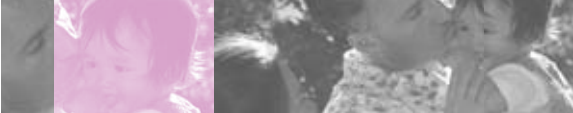
Deux mois seulement après l'acceptation de notre dossier par l'OAA, quelle ne fut pas notre surprise quand on nous proposa, déjà, d'adopter un petit garçon chinois, prénommé Yaming, de presque trois ans ! Il avait une fente labio-palatine et, contrairement à ce qui se pratique habituellement en Chine, n'avait pas encore été opéré. Les photos, transmises avant notre prise de décision, nous ont très vite rassurés : il s'agissait d'abord et avant tout d'un petit garçon très attendrissant. Certes, la fente était bien là, mais n'a pas entraîné autant d'appréhension qu'on le craignait. Notre préparation en amont a sans doute joué dans cette réaction, et les spécialistes français de l'hôpital Trousseau, sollicités par notre OAA, ont confirmé que la fente était tout à fait opérable. Nous avons pris le temps de la réflexion, en avons parlé à nos proches, à notre médecin traitant, à un pédiatre de l'OAA, à notre belle-sœur orthophoniste, et avons assez vite confirmé notre enthousiasme à l'idée d'adopter ce petit garçon. Nous l'appellerions Valentin, tout en gardant Yaming comme deuxième prénom.

La Chine, pays si lointain et inconnu pour nous... Nous avons dès lors commencé à nous intéresser à ce pays, sa culture, son identité. Nous avons découvert à quel point ce pays était riche d'une histoire et d'une diversité incroyables ! Nous avons commencé à nouer des liens avec l'association des amitiés franco-chinoises, et nous sommes toujours en contact avec certains membres de l'association aujourd'hui.

Après une période assez usante de constitution du dossier administratif pour la Chine, de travaux dans l'appartement pour créer une chambre supplémentaire puis de préparation du voyage, l'heure du grand départ a sonné. Après quelques hésitations, nous avons fait le choix d'emmener avec nous nos deux enfants biologiques. L'organisation des séjours est bien huilée et les risques sanitaires sont très faibles. Cela a entraîné un surcoût important pour nous mais nous ne regrettons pas une seconde ce choix : Valentin a été d'emblée adopté par toute la famille. Nos aînés ont pu vivre cette expérience avec nous, s'en sont sentis « acteurs », et nous nous sommes retrouvés d'emblée à 5. Ce fut une belle aventure humaine pour eux aussi, sans compter leur émerveillement à la découverte de ce beau pays.

Sur place, la première rencontre fut brutale. Dans un bureau de l'administration, le cadeau que nous lui avons apporté a permis de le distraire quelques instants et de nouer le contact avec son grand frère, mais à la sortie, son angoisse, jusqu'alors contenue, s'est exprimée brutalement à travers ses cris... Il est passé d'une vie à une autre, complètement différente, en l'espace d'une matinée... Les conditions de cette transition furent loin d'être idéales.

Progressivement, nous avons pu gagner sa confiance et le séjour s'est bien passé. Sur place, il s'est attaché surtout à son papa et à ses frère et sœur, en rejetant même par moments sa maman, ce qui fut dur à vivre pour elle. Seul moyen d'expression pour Valentin, les colères furent nombreuses, surtout au moment des siestes et du coucher en général.



Mais globalement, il y eut surtout de bons moments et de très belles découvertes ! Nous avons créé un blog avant le départ, ce qui nous a permis de garder le contact avec nos proches et de leur faire vivre, à distance, quelques bribes de notre rencontre.

La seconde « *brutalité* » fut sa première opération à l'hôpital, qui eut lieu seulement un mois et demi après l'adoption. Tout avait changé dans sa vie, et on allait changer aussi son corps cette fois... Là aussi, ce fut humainement très dur, même si cette opération était nécessaire et que nous ne regrettons pas de l'avoir fait si vite, sur les conseils des médecins (une fente s'opère en général dans les premiers mois de vie), et aussi avant que l'école et la nouvelle « *vie sociale* » de Valentin ne démarrent.

Le temps a ensuite fait le reste, Valentin a progressivement pris pied dans sa nouvelle vie et dans son nouveau cadre affectif. L'ensemble de la famille l'a tout de suite adopté, y compris les grands-parents, très fiers de ce nouveau petit-fils. Nous avons baptisé Valentin environ un an après son adoption et ce baptême a symboliquement marqué la fin d'une première étape, celle de la greffe, complètement prise au bout d'un an. La seconde opération est intervenue peu de temps après (Valentin avait quatre ans).

Aujourd'hui, Valentin vient de fêter ses cinq ans, c'est un petit garçon en pleine forme, bien à sa place dans sa famille. La maîtresse le trouve très à l'aise et bien intégré dans la classe, malgré ses difficultés de langage. Il suit des séances d'orthophonie très régulières et sera sans doute opéré une troisième fois vers six ou sept ans, comme on nous l'avait annoncé au départ. Nous continuons notre route, à cinq, et sommes très heureux d'avoir pu accueillir Valentin dans notre famille. Au-delà de la famille au sens large et des amis, soutiens précieux toujours très à l'écoute et attentionnés, nous avons trouvé autour de nous un ensemble d'acteurs soucieux d'accompagner au mieux Valentin dans ses apprentissages et sa rééducation, que ce soit notre OAA, l'école ou l'hôpital. Et nous leur disons à tous un grand merci.



## Les pathologies rencontrées en Asie

L'histoire, le plus souvent méconnue, des enfants abandonnés et placés, ainsi que leur contexte de vie, doivent inciter les familles adoptives à une certaine vigilance. Les orphelinats notamment sont des lieux de vie où, en raison de la forte promiscuité, plusieurs maladies contagieuses propres à la collectivité peuvent être présentes.

Les maladies rencontrées en adoption internationale en Asie sont essentiellement :

- ▶ la malnutrition, parfois le rachitisme,
- ▶ la gale,
- ▶ les parasitoses intestinales,
- ▶ les hépatites B et C (coinfection des hépatites B et C), syphilis (plus rarement le VIH),
- ▶ l'anémie ferriprive (carence en fer),
- ▶ les thalassémies (maladie congénitale de l'hémoglobine) et autres hémoglobinoses,
- ▶ le déficit en G6PD (anémie congénitale d'apparition brutale déclenchée par la prise de certains médicaments ou de fèves),
- ▶ le saturnisme,
- ▶ les cardiopathies, fentes labio-palatines, pieds bots (ou mains botes), malformations de la main, agénésies de membre,
- ▶ les retards de croissance intra-utérin (RCIU), prématurités et infirmités motrices cérébrales (IMC) aussi appelées « *paralysies cérébrales* » et de gravité variable,
- ▶ beaucoup plus rarement (enfant déjà grand), des maladies transmises par les moustiques endémiques dans le sud-est asiatique (paludisme, dengue, encéphalite japonaise : voir le site [www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs-par-pays](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs-par-pays)).

### Malnutrition

La malnutrition est en Asie l'une des causes principales d'insuffisance pondérale à la naissance (RCIU) et de troubles de la croissance.

Encore souvent due à une sous-alimentation chronique de la mère et de l'enfant (Inde, Népal, Sri Lanka, Cambodge, Corée...), la malnutrition génère des carences en micronutriments, notamment en minéraux, iode, fer et vitamine A.

Certaines carences graves peuvent entraver le développement d'un enfant et entraîner des déficiences à moyen terme dans le domaine de ses apprentissages scolaires.



## Rachitisme

Maladie presque toujours due à une carence en vitamine D, le rachitisme se caractérise cliniquement par des symptômes osseux (déformation crânienne, craniotabès, fontanelle élargie, chapelet costal), une hyperlaxité articulaire, une hypotonie musculaire et une tendance aux pneumopathies et aux infections à répétition.

## Gale

La gale est une infection de la peau due à un parasite, **très contagieuse** quel que soit l'âge, et responsable d'épidémies dans les collectivités d'enfants et d'adultes (crèches, orphelinats, hôpitaux, maisons de retraite...). La contamination est avant tout interhumaine, par contact cutané direct d'une personne infectée avec une autre personne. La transmission indirecte est également possible par contact avec les vêtements, literie, serviettes, fauteuils, eux-mêmes parasités.

La gale se manifeste par des démangeaisons (prurit) à recrudescence nocturne et, de ce fait, par des lésions de grattage évoquant un eczéma ou surinfectées par un impétigo. Les lésions spécifiques (sillons, vésicules, papules, nodules) ne sont pas constamment retrouvées.

La localisation aux espaces interdigitaux du dos des mains, aux coudes, à la région antérieure des aisselles, au mamelon, aux organes génitaux et aux fesses, mais sans atteinte du visage et du dos (sauf dans les gales profuses), est évocatrice du diagnostic de gale commune.

Un déficit immunitaire constitue un facteur favorisant des gales profuses.

Le diagnostic est établi sur la présence de lésions cliniques évocatrices et/ou un examen parasitologique positif.

Il existe deux types de traitements :

- Par voie orale en prise unique (en fonction de l'âge).
- Les traitements locaux en lotion ou crème : toutes les régions du corps doivent être traitées. Ces traitements peuvent être irritants, d'autant plus qu'ils sont répétés. Ils sont à utiliser avec précaution chez l'enfant de moins de deux ans.

Un traitement antibiotique oral est recommandé en cas d'impétigo surajouté.

Au niveau environnemental, tous les vêtements, draps, serviettes doivent être lavés en machine à 60° avec le programme cycle long (gale commune).

Il est parfois nécessaire d'appliquer un deuxième traitement huit à quinze jours après le premier, en cas de persistance de lésions cliniques évocatrices et/ou d'examen parasitologique positif, notamment dans les gales profuses.

## **Parasitoses intestinales**

Les parasites intestinaux sont extrêmement fréquents et doivent être recherchés systématiquement à l'arrivée de l'enfant en France par un examen parasitologique des selles, quelle que soit la provenance géographique.

Le giardia ou lamblia, responsable de troubles de l'absorption intestinale et de malnutrition, est l'un des plus fréquents : il se transmet par contact fécal (avec les selles) ou par ingestion d'eau ou d'aliments souillés, notamment dans les collectivités à hygiène médiocre. L'incubation est d'une à quatre semaines. Les troubles digestifs sont variés : douleurs abdominales, diarrhées, mais l'absence de symptômes ne doit pas faire éliminer le diagnostic. Le traitement repose sur l'utilisation de Flagyl® ou dérivés.

## **Hépatite B**

Le risque pour un enfant adopté d'être porteur du virus de l'hépatite B est plus important dans la plupart des pays proposant des enfants à l'adoption internationale que chez un enfant vivant en France, d'autant que la mise en œuvre des programmes de vaccination y reste encore très irrégulière.

Les enfants peuvent contracter l'infection de plusieurs façons : transmission de la mère à l'enfant lors de l'accouchement, contact étroit et prolongé avec un enfant ou une nounou infectés (promiscuité de la vie en institution) ou, plus rarement actuellement, par le biais de seringues ou produits sanguins contaminés.

La plus grande vigilance s'impose dans l'interprétation d'un premier test de dépistage : en effet, un nourrisson testé peu après la naissance dans son pays d'origine peut avoir un prélèvement négatif, mais s'avérer porteur de l'hépatite B trois mois plus tard (délai dû à la longueur de la période d'incubation). Le dépistage des différents marqueurs doit donc être fait et/ou refait systématiquement sur place lors de la remise de l'enfant et dès l'arrivée en France pour tous les enfants (en raison également du risque de faux négatif initial en cas de détection par un laboratoire non fiable). Le bilan sera approfondi en fonction de la situation.

Lorsque l'adoption d'un enfant infecté par le virus de l'hépatite B est envisagée, une prévention est vivement recommandée (en raison du risque de transmission du virus), par la vaccination de sa famille, notamment de ses parents et de sa fratrie, et de toute personne « *vivant sous le même toit* » en contact étroit et prolongé avec lui.



Le pédiatre spécialiste s'adressant aux parents d'un enfant porteur du virus de l'hépatite B doit concilier deux impératifs : d'une part être assez rassurant pour que l'enfant ne soit pas considéré comme un malade chronique grave, d'autre part les informer précisément des complications ultérieures possibles (fibrose, cirrhose, cancer du foie), même tardives, afin d'obtenir leur adhésion à la surveillance semestrielle indispensable (surveillance sanguine et échographique du foie) et au respect par leur enfant plus tard d'une abstinence à vie de tout alcool.

(cf. *fiche détaillée sur le site* : [www.agence-adoption.fr](http://www.agence-adoption.fr))

## Hépatite C

En l'état actuel des connaissances, l'hépatite C de l'enfant est une maladie sans grande gravité dans la majorité des cas. Une guérison spontanée s'observe chez un tiers des enfants contaminés par le virus C.

Les autres enfants deviennent porteurs du virus de façon permanente (« *porteurs chroniques* »). Il est rare qu'une guérison spontanée survienne chez un enfant porteur chronique, mais l'évolution reste le plus souvent favorable avec un recul actuel de vingt-cinq ans.

Les enfants mènent une vie normale. Comme pour l'hépatite B, il leur est essentiel, à l'adolescence et à l'âge adulte, de s'abstenir de boire des boissons contenant de l'alcool.

Les résultats du traitement par l'interféron et la ribavirine chez des enfants porteurs chroniques du virus C sont voisins de ceux obtenus chez les adultes, mais il persiste des incertitudes :

- sur la tolérance du traitement (croissance de l'enfant...),
- sur le risque de réactivation du virus, longtemps après la fin du traitement.

(Source [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr) : *Comment évolue une hépatite C chez l'enfant ?*)

## Syphilis congénitale

Rare actuellement dans les pays industrialisés, la syphilis congénitale se voit encore dans les pays en développement, le nombre de grossesses non déclarées et/ou non surveillées et les contaminations syphilitiques tardives au cours de la grossesse expliquant cette non-disparition de la maladie.

La transmission du germe, le tréponème, de la mère au fœtus, se produit par voie transplacentaire, et le dépistage doit être précoce car la maladie est grave pour l'enfant en l'absence de traitement. Des anticorps maternels peuvent être retrouvés dans le sang de l'enfant, même s'il est indemne, en cas de traitement de la mère en début de grossesse. Ces anticorps transmis ont un taux décroissant au cours de la première année. Inversement, l'enfant peut avoir été contaminé tardivement (huitième mois de grossesse par exemple),



alors que les tests étaient négatifs au troisième mois, et les réactions sérologiques se révéler négatives à la naissance et se positiver plus tard.

La syphilis congénitale s'exprime soit précocement, soit tardivement lors de la seconde et grande enfance.

Le diagnostic repose sur la biologie, à la recherche du germe (le tréponème) dans les sérosités nasales, les lésions cutanées, les fissures muqueuses et sur la sérologie (recherche des anticorps dans le sang).

Le traitement de la syphilis congénitale chez l'enfant repose sur la pénicilline G injectable. Bien conduit, le traitement de la mère pendant la grossesse permet de protéger totalement l'enfant s'il est effectué avant le 5<sup>ème</sup> mois.

Le risque pour l'enfant est, en revanche, majeur en cas de syphilis maternelle récente non traitée, d'où l'importance d'une surveillance médicale systématique.

La sérologie de la syphilis fait partie du bilan de santé approfondi fortement conseillé à l'arrivée en France d'un enfant adopté à l'étranger.

## **Anémie ferriprive**

L'anémie est définie comme une diminution de la quantité d'hémoglobine fonctionnelle circulante totale.

L'anémie par carence en fer est particulièrement fréquente pendant les deux premières années de vie, période pendant laquelle sa cause principale est un apport insuffisant de fer biodisponible pour répondre aux besoins importants de la croissance.

Le fer est un métal qui joue un rôle vital dans le métabolisme et la carence martiale est associée à une augmentation du risque de morbidité (maladie).

Cette carence peut être due à un déficit d'apport alimentaire, à un régime lacté exclusif prolongé ou à une diarrhée chronique.

Ses manifestations sont essentiellement :

- Pâleur cutanée et surtout des muqueuses
- Asthénie
- Tachycardie
- Troubles des phanères (ongles, cheveux...)
- Infection O.R.L. à répétition

Le traitement repose sur une supplémentation en fer par voie orale pendant environ deux mois.



## Thalassémie

Les thalassémies constituent un ensemble hétérogène de maladies génétiques dues à des anomalies des gènes de l'hémoglobine. Les défauts de synthèse de la globine alpha, dont certaines sont très communes dans le sud-est asiatique, ont des conséquences de gravité variable. Initialement décrite dans les populations du bassin méditerranéen -d'où son nom-, la bêta-thalassémie est également répandue dans tout le Moyen-Orient, le sud et l'est de l'Asie.

Cliniquement, trois types de bêta-thalassémie sont à distinguer :

- la bêta-thalassémie hétérozygote ou « *thalassémie mineure* » dans laquelle les sujets sont bien portants. Ils ne sont pas anémiques mais exceptionnellement une splénomégalie (augmentation du volume de la rate) modérée peut être palpable ;
- la thalassémie intermédiaire, qui désigne les formes atténuées de bêta-thalassémies homozygotes et de nombreuses formes d'E-bêta. Ces formes sont caractérisées par une bonne tolérance à l'anémie, une activité ludique et scolaire normale, une croissance staturo-pondérale normale chez l'enfant, une absence de fatigue et une puberté souvent retardée, mais généralement complète. Ces patients peuvent mener une existence normale sans être transfusés puisque leur taux d'hémoglobine est spontanément élevé (> 8 g/dL). Les thalassémies intermédiaires représentent 5 à 10 % de l'ensemble des bêta-thalassémies homozygotes ;
- la bêta-thalassémie homozygote majeure, où le patient présente une anémie hémolytique (par éclatement des globules rouges), pouvant se compliquer de déformations morphologiques, de lithiase biliaire, d'une splénomégalie, d'une hépatomégalie et d'une surcharge en fer.

Le traitement actuel de la thalassémie majeure comporte deux volets principaux : le traitement conventionnel (transfusion sanguine, chélation du fer, splénectomie) et la transplantation médullaire (greffe de moëlle osseuse).

La bêta-thalassémie est ainsi l'une des affections génétiques les plus répandues dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'il naît chaque année plus de 100,000 enfants atteints de cette maladie. On attend, dans un futur que l'on espère proche, une thérapie aussi simple que possible, efficace et applicable au plus grand nombre.

(Source : [www.orpha.net](http://www.orpha.net))

## Déficit en G6PD ou favisme

Le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) est le plus fréquent des déficits héréditaires enzymatiques des globules rouges. L'affection est fréquente : elle affecte 0,5 à 26 % de la population et on estime à 420 millions le nombre de personnes atteintes dans le monde. L'Asie du Sud-est fait partie des régions les plus touchées.

Le plus souvent, les patients sont asymptomatiques mais une anémie hémolytique aiguë, parfois grave, peut se produire lors de l'ingestion de certains aliments (comme les fèves), de la prise de certains médicaments courants (certains antipaludéens, sulfamides, analgésiques) ou au cours d'une infection.

La maladie est transmise sur le mode récessif, lié au chromosome X. Elle touche en grande majorité les garçons, tandis que les filles sont le plus souvent seulement transmettrices de l'anomalie. La sévérité des manifestations est fonction de la sévérité du déficit.

Le diagnostic repose sur la positivité d'un test colorimétrique et doit être confirmé par la mise en évidence du déficit enzymatique. La prise en charge vise à prévenir l'hémolyse en informant les patients sur les substances « oxydatives » pouvant déclencher les crises : en règle générale, le traitement est surtout préventif en excluant quelques aliments et en évitant la prise de certains médicaments.

En 2008, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a établi des recommandations contenant une **liste exhaustive des médicaments** pouvant entraîner une crise hémolytique aiguë. Certains sont dangereux ; d'autres sont contre-indiqués, sauf en cas d'absence d'alternative thérapeutique et, alors, sous surveillance médicale stricte. D'autres, enfin, ne sont dangereux que si l'on dépasse la dose usuelle quotidienne.

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) a également établi, fin 2006, la **liste des aliments** dangereux et celle dont il ne faut pas dépasser la dose usuelle journalière.

En cas d'anémie hémolytique aiguë, une transfusion sanguine, voire une exsanguino-transfusion, peuvent être nécessaires. Le pronostic est lié au dépistage car celui-ci permet de bien connaître les médicaments et aliments dangereux et de tout faire pour les éviter et ne plus avoir ainsi de crises hémolytiques aiguës.

(Source : [www.orpha.net](http://www.orpha.net))

**Pour en savoir plus :** [www.integrascal.fr/fichemaladie.php](http://www.integrascal.fr/fichemaladie.php)



## Saturnisme

Les enfants en bas âge sont une cible particulière de l'intoxication parce qu'ils ingèrent plus souvent du plomb du fait de leur activité main-bouche, que leur coefficient d'absorption digestive est élevé et que leur système nerveux est en développement.

La principale source de forte exposition au plomb est la peinture des habitations anciennes, absorbée sous forme de poussières ou d'écailles par les jeunes enfants lorsque les peintures sont dégradées ou lorsque des travaux sont entrepris sans précaution. Certaines activités industrielles sont ou ont été sources de plomb pour leur environnement (notamment dans certaines régions de Chine). Les enfants vivant à proximité de ces activités ou sur des terrains pollués par ces activités peuvent avoir des plombémies anormalement élevées. Les enfants de personnes travaillant au contact du plomb peuvent aussi être intoxiqués par les poussières ramenées au domicile. Le plomb d'origine hydrique a un impact sur la plombémie moyenne de la population mais est rarement la cause principale d'une plombémie élevée.

Les signes cliniques, lorsqu'ils sont présents, sont en général peu spécifiques :

- troubles digestifs vagues : anorexie, douleurs abdominales récurrentes, constipation, vomissements ;
- troubles du comportement (apathie ou irritabilité, hyperactivité), troubles de l'attention et du sommeil, mauvais développement psychomoteur ;
- pâleur en rapport avec l'anémie.

Les effets du plomb sur la santé sont fonction de l'importance de l'imprégnation. L'effet le plus préoccupant du plomb est la diminution possible des performances cognitives et sensorimotrices (performances à l'âge scolaire).

Le diagnostic ne peut être établi que par le dosage de la plombémie prescrit chez un enfant ayant des facteurs de risque.

(Source : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr))



## Cardiopathies

Les malformations cardiaques congénitales ont une prévalence de 0,4 à 0,8 %. Elles sont rarement majeures en adoption internationale car, dans le cas contraire, elles auraient entraîné une décompensation en l'absence d'intervention chirurgicale que les pays en développement n'ont pas toujours les moyens d'effectuer chez un enfant. Elles sont donc surtout de type communication inter-auriculaire (CIA), communication inter-ventriculaire (CIV) ou encore persistance du canal artériel (PCA). Pour autant, un avis spécialisé est toujours nécessaire.

Dans le cadre de l'adoption d'un enfant à particularités, lorsque tel est votre projet, il est indispensable d'identifier, avant même la proposition d'enfant, un cardiologue pédiatre près de chez vous.

Plusieurs associations proposent information, soutien et entraide au profit des enfants atteints de cardiopathies congénitales et de leurs familles, afin principalement d'améliorer leur quotidien notamment lors de leur séjour en milieu hospitalier.

*(cf. fiche détaillée sur le site : [www.agence-adoption.fr](http://www.agence-adoption.fr))*

## Fentes labiales et labio-palatines

La fente labiale (bec de lièvre) est une embryopathie précoce qui atteint de façon variable la lèvre supérieure, la base des narines et la future arcade dentaire, de manière unilatérale ou bilatérale et, dans ce dernier cas, de manière symétrique ou asymétrique.

La fente labiale peut être associée à une fente palatine, partielle ou complète, qui peut atteindre le voile et le palais. L'embryopathie apparaît entre 5 et 7 semaines de grossesse, suite à un défaut de fusion des bourgeons embryonnaires de la face. Toutes les formes existent donc, de la simple fente labiale à la forme la plus complexe (fente labio-palatine bilatérale complète).

La prévalence des fentes labiales ou labio-palatines varie de 1 sur 500 à 1 sur 2500 naissances, selon l'origine géographique et le groupe ethnique. On considère que 70 % des fentes labiales ou labio-palatines sont des anomalies isolées, dites « *non syndromiques* », car ne faisant pas partie d'un ensemble d'autres symptômes. Les 30 % restants font partie d'environ 300 syndromes malformatifs différents dans lesquels, le plus souvent, la fente est une anomalie observée parmi d'autres.

Pour les fentes labiales ou labio-palatines isolées, les causes sont souvent complexes et mal connues, mais elles impliquent à la fois des facteurs génétiques, environnementaux et toxiques. En effet, des facteurs environnementaux, tels que l'exposition à des produits tératogènes pendant la grossesse (alcool, tabac, pesticides ou médicaments), peuvent moduler la susceptibilité génétique.



Dans certains pays d'adoption, la fente labio-palatine a une connotation culturelle particulière de « *signe de malheur* », surtout lorsqu'elle touche l'enfant d'une jeune femme célibataire, et est parfois à l'origine de la décision de le confier en vue d'adoption.

À l'arrivée en France, elle devra faire l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire prolongée accompagnée d'informations précises aux parents. Elle comprend selon l'âge et la forme clinique :

- une prise en charge chirurgicale (plusieurs interventions successives), dans laquelle l'alimentation et la fonction respiratoire sont deux paramètres essentiels,
- une prise en charge orthophonique et/ou orthodontique et souvent ORL,
- parfois la nécessité d'une prise en charge psychologique.

Classiquement, dans les pays développés (hors situation d'adoption), le diagnostic est effectué pendant la grossesse et la correction de la lèvre et du nez est précoce au début de la vie afin de faciliter la succion. Cette intervention est suivie de la fermeture du palais pour permettre à l'enfant d'acquiescer un langage le plus correct possible. Une intervention ORL (pose de drains transtympaniques) est souvent nécessaire à une audition correcte, en raison d'un dysfonctionnement de la trompe d'Eustache.

La fermeture de l'arcade dentaire, lorsque nécessaire, est effectuée par greffe osseuse vers neuf, dix ou onze ans selon les cas. Elle nécessite la pose d'un appareil dentaire avant sa réalisation pour aligner les dents et les segments osseux. À la fin de la croissance pubertaire, une rhinoplastie peut être proposée.

En situation d'adoption, le protocole d'intervention sera nécessairement plus tardif, d'autant qu'il aura pu varier d'un pays à l'autre (séquence lèvre/palais). En France, les équipes chirurgicales seront en mesure de s'adapter à la situation précise. Plusieurs interventions sont nécessaires, ainsi qu'une prise en charge globale notamment psychologique pour revaloriser l'image de soi de l'enfant. La prise de photos successives peut y contribuer.

Cette particularité est parfois perçue aux yeux de l'enfant comme la marque de son adoption et, peut-être, la cause de son abandon. Elle demande une grande disponibilité de la part des parents. L'appui des associations de parents dédiées à cette affection pourra leur apporter un soutien précieux.



## **Pieds bots congénitaux**

Le pied bot varus équin est une déviation irréductible (manuellement) de l'arrière-pied : dans la majorité des cas, il apparaît sans cause décelable. Il atteint un enfant sur mille, deux garçons pour une fille et est bilatéral dans 50 % des cas.

La pathogénie reste inconnue : génétique, neuromusculaire ou liée à l'environnement.

On regroupe sous ce vocable commun de « *pieds bots congénitaux* » un certain nombre de malformations des pieds constatées dès la naissance. Il en existe différentes variétés en fonction du sens de la déformation. Beaucoup sont bénignes, d'autres moins fréquentes, et aboutiraient en l'absence de traitement à des déformations majeures du pied, causes d'infirmité.

Le traitement, souvent long, doit être confié à des praticiens connaissant bien cette pathologie : plâtres correcteurs successifs refaits par le chirurgien chaque semaine voire plus souvent, ou manipulations quotidiennes avec pose d'attelles entre les séances de rééducation. Ce traitement est astreignant et relève d'un kinésithérapeute expérimenté.

En l'absence de traitement, les déformations tendent à s'accroître et, à la marche, le pied repose sur son bord externe. Le pied est difficilement chaussable au moyen de chaussures orthopédiques et source de douleurs.

La chirurgie constitue, le cas échéant, une des étapes du traitement fonctionnel et doit être encadrée par une rééducation appropriée en kinésithérapie.

## **Malformations congénitales de la main**

La fréquence de ces malformations est très variable. Les plus répandues sont incontestablement les polydactylies et les syndactylies de toutes formes. Leur fréquence varie de 1/700 à 1/3,000. Cette fréquence varie selon des critères ethniques. Les malformations de la main semblent plus fréquentes en Asie et particulièrement au Japon.

La syndactylie (fusion de doigts) est l'une des malformations les plus fréquentes. Elle peut être simple (cutanée) ou complexe (fusion osseuse ou unguéale), lâche ou serrée, atteindre les deux mains ou plusieurs commissures, ou enfin faire partie d'un syndrome plus général. La forme clinique déterminera la stratégie opératoire.

Parmi les polydactylies, la duplication du pouce semble la plus fréquente chez les personnes de type caucasien, celle du cinquième doigt plus fréquente chez les personnes à la peau noire.



On citera également l'hypoplasie (défaut de croissance) et l'aplasie (absence) du pouce. Qu'elle soit isolée ou associée à une hypoplasie régionale (et parfois à une anomalie sanguine), elle représente une des malformations les plus visibles et fonctionnellement gênante, dont la reconstruction est pratiquement toujours souhaitée par les parents.

Mais il peut être difficile de conseiller une famille quant à l'intervention chirurgicale optimale pour une malformation congénitale. Il y aura peu d'hésitations pour traiter une syndactylie ou un doigt surnuméraire. La décision peut être moins aisée pour une main bote ou une aplasie du pouce.

Quelle qu'en soit l'origine (aplasie ou amputation par bride amniotique in utero), les absences de doigts ont toujours posé au chirurgien des difficultés importantes. Si pendant longtemps elles ont été vouées à l'absence de traitement, les méthodes actuelles ont permis des améliorations. En cas d'hypoplasie régionale, l'indication d'une prothèse sera posée.

Dans les situations d'agénésie de main, peut se poser la question des possibilités d'appareillage prothétique.

Les parents prendront en compte ces difficultés dans les goûts qu'ils transmettront à leurs enfants (jeux, type de sport, instrument de musique, etc.). Mais on ne saurait trop insister, quant à ses potentialités futures, sur le fait que les aptitudes de l'enfant dans de nombreux domaines se renforceront en grande partie à travers le regard positif et encourageant porté sur lui, quelle que soit sa gêne fonctionnelle.

## **Retard de croissance intra-utérin (RCIU)**

Le RCIU est à l'origine de complications à court et à plus long terme sur le développement de l'enfant ainsi que sur son état de santé. Ces complications sont liées à des perturbations métaboliques lors du développement fœtal. L'amélioration de la prise en charge, en particulier nutritionnelle, de ces enfants a permis ces dernières années de réduire la mortalité et la morbidité néonatale et d'améliorer le pronostic statural.

Les conséquences à long terme peuvent concerner le développement cognitif, le développement physique avec, parfois, déficit statural à terme. Le risque de petite taille est, en effet, plus élevé chez les sujets nés avec un RCIU et environ 15 % d'entre eux présentent un déficit statural.

En Asie, la proportion de nouveau-nés de poids insuffisant reflète notamment la condition des femmes, plus particulièrement leur état de santé et leur nutrition, non seulement pendant la grossesse, mais aussi tout au long de leur vie.



## **Infirmité motrice cérébrale (IMC), séquelle redoutée de la prématurité**

*L'infirmité motrice cérébrale (IMC) résulte de lésions cérébrales précoces, non héréditaires et stabilisées (non évolutives), responsables de déficiences motrices exclusives ou prédominantes. Le handicap moteur séquellaire associé à des degrés variables des troubles de la posture et du mouvement. Des troubles spécifiques des fonctions supérieures peuvent s'y associer.*

L'IMC touche un cerveau encore en développement (pendant la grossesse, l'accouchement ou lors des premiers mois de vie) et entraîne un trouble moteur non évolutif (paralysie et/ou troubles de la coordination du mouvement). D'autres troubles peuvent être associés, tels une épilepsie, des troubles du langage ou, plus rarement, des troubles sensoriels. Les causes les plus fréquentes d'IMC sont la **prématurité** (naissance avant terme) ou une souffrance du nouveau-né pendant l'accouchement.

Les premiers signes, souvent notés par les parents, sont des difficultés ou un retard dans le développement de la motricité chez le nourrisson (tenue de la tête, tenue assise, aptitude à ramper, station debout, marche...). D'autres signes peuvent être notés : des membres raides, une main qui reste fermée. La « *maladie de Little* » est une forme particulière d'IMC où les troubles moteurs prédominent aux deux membres inférieurs (jambes). Elle est souvent rapportée à une grande prématurité.

L'IMC est due à une lésion qui n'évolue pas mais qui, ayant touché un cerveau en pleine maturation, va gêner le développement de l'enfant : **difficultés de contrôle moteur** et des gestes, risque de déformation orthopédique, difficultés d'apprentissage scolaire (auxquelles s'ajoutent la contrainte des soins, parfois des opérations). Ces enfants doivent bénéficier d'une éducation thérapeutique les guidant dans l'apprentissage des possibilités motrices (locomotion, élocution, déglutition si ces fonctions sont touchées), prévenant le retentissement des troubles moteurs sur le squelette (déformations), ainsi que d'une éducation spécialisée si des troubles d'apprentissage sont associés. Dans un certain nombre de cas, des aides techniques spécifiques sont utilisées, notamment pour les apprentissages et la communication.

***Pour vous aider, des associations existent : <http://www.imc.apf.asso.fr>***





## **Qu'est-ce que la motricité fine ?**

On appelle motricité fine, les activités manipulatoires qui sollicitent l'intervention et le contrôle de petits muscles (mains ou pieds) et qui nécessitent de la précision ou de la dextérité (pince pouce-index, préhension fine...).

## **Qu'est-ce que la motricité globale ?**

La motricité globale concerne les réponses motrices et le contrôle de l'ensemble du corps, en mouvement comme au repos, et donc l'acquisition et la maîtrise des positions (tenue de la tête, tenue assise, station debout) et des déplacements.

Elle nécessite la coordination des différents groupes musculaires et comprend l'ensemble des mouvements des parties du corps (tête, torse, abdomen, bras, jambes) que l'enfant doit acquérir au cours de son développement psychomoteur.

Durant les six premières années de sa vie, il doit apprendre à s'asseoir, se tenir debout, ramper, marcher à quatre pattes, rouler, grimper, courir, sauter, tirer, pousser, etc. Tous ces mouvements doivent être exécutés avec coordination et précision. L'enfant doit donc, au cours des années, apprendre à faire progressivement ces mouvements avec souplesse, précision, équilibre et rapidité.

## **Qu'est-ce que le développement psychomoteur ?**

Le développement psychomoteur est l'évolution des acquisitions progressives de l'enfant au cours de sa vie. L'évolution des possibilités motrices et cognitives de l'enfant se met en place de façon progressive et continue. Plus il grandit, plus elles sont variées et complètes. Ces habiletés constituent la base de ses activités ludiques et lui procureront la coordination nécessaire à l'apprentissage de l'écriture et de la lecture. En effet, les exercices de motricité globale créent un maintien propice à l'évolution de la motricité fine qui, quant à elle, nécessite un contrôle des membres supérieurs.

Pour vous aider, des repères de développement psychomoteur selon l'âge sont accessibles sur le site de l'AFA.

\*\*\*

## QUELQUES CONSEILS

Ce chapitre santé vous a présenté les troubles et pathologies les plus souvent rencontrés en adoption internationale en Asie.

Cette réalité sanitaire et médicale conduit l'AFA à vous recommander de faire effectuer sur place, dans le pays, un bilan clinique et sanguin, même chez un enfant asymptomatique ou chez lequel le bilan apparaît normal dans le rapport médical qui vous a été remis : dès lors que l'enfant vous est confié, il vous est conseillé d'organiser dans toute la mesure du possible une prise de rendez-vous avec un pédiatre.

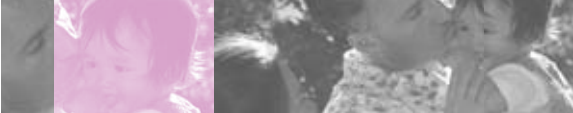
**La consultation comprendra au minimum :**

- ▶ un examen clinique général dont un relevé du poids, de la taille, du périmètre crânien, une évaluation psychomotrice selon l'âge de l'enfant et si possible de la vue et de l'audition par un pédiatre (qui pourra vous accompagner et vous expliquer les résultats des tests),
- ▶ une numération formule sanguine avec vitesse de sédimentation et électrophorèse de l'hémoglobine (anémie, recherche de thalassémie ou autre hémoglobinose),
- ▶ une recherche de déficit enzymatique en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD),
- ▶ les sérologies des hépatites B et C, de la syphilis et du VIH,
- ▶ un examen parasitologique des selles,
- ▶ le cas échéant, un dosage de la plombémie,
- ▶ et, en cas de pathologie spécifique, les examens complémentaires prescrits par le pédiatre consulté.

**En tout état de cause, à l'arrivée de l'enfant en France, un bilan médical, réalisé selon le bilan-type proposé par l'AFA, est vivement recommandé.**

Une mise à jour des vaccins sera effectuée en fonction de ce bilan, des éléments figurant dans le dossier médical de l'enfant quant à sa situation vaccinale et après intradermoréaction à la tuberculine et radiographie thoracique.

En l'absence d'informations fiables (ou en cas de vaccination effectuée sans un respect strict de la chaîne du froid), reprendre l'ensemble de ses vaccinations n'entraînerait pas d'effet nocif chez un enfant qui aurait été préalablement vacciné.



# La gestion de l'attente

## CHAPITRE 3 : La gestion de l'attente

L'obtention d'un agrément en vue d'adoption marque la fin d'une première étape souvent éprouvante pour les adoptants, soulagés de voir (enfin !) reconnues les conditions d'accueil qu'ils sont susceptibles d'offrir à un enfant sur le plan éducatif, familial et psychologique. Pourtant, l'étape suivante du choix du pays et de la démarche (accompagnée ou non) est fréquemment source de doutes et d'appréhension chez les adoptants.

Ceux-ci sont confrontés à la réalité de l'adoption internationale de chaque pays d'origine, d'autant que ce choix du pays va déterminer, pour une grande part, le profil de l'enfant (abandon précoce, tardif ou progressif, ou retrait d'autorité parentale notamment). Par ailleurs, les critères relatifs aux adoptants et aux adoptés sont susceptibles d'être modifiés unilatéralement par le pays choisi. Aussi est-il important de toujours veiller à se tenir informé.

Face à ce « *vide* » du post-agrément, plusieurs interlocuteurs se tiennent disponibles et peuvent les orienter et les conseiller : les correspondants départementaux de l'Agence Française de l'Adoption au sein des Conseils généraux, les conseillers du Pôle Information et Conseil de l'AFA, les organismes autorisés pour l'adoption (OAA), les associations spécialisées dans l'adoption comme Enfance et Familles d'Adoption (EFA), les associations de parents par pays d'origine (APPO), etc. Les partages d'expériences avec d'autres parents au cours de réunions d'informations collectives organisées par ces différentes structures peuvent également s'avérer profitables. Enfin, bien sûr, il leur est toujours possible de contacter les rédacteurs de l'AFA en charge du pays choisi qui suivent leur dossier ou encore d'accéder à leur « *espace personnel* » sur le site internet de l'AFA, qui permet de suivre chaque étape de la procédure.



## L'expérience du Conseil Général des Bouches-du-Rhône dans la préparation à l'adoption des familles

La Maison de l'Adoption, première structure de ce type créée à Marseille en 2002, s'est voulue être dès le départ un lieu bien identifié d'information et de ressource (rencontres, bibliographie...) pour les adoptants, les adoptés et les partenaires. Le choix a été fait d'adjoindre aux réunions d'information prévues par les textes, des réunions avec les partenaires associatifs, et ce volontairement séparément.

En effet, ces deux entrées dans la connaissance de l'adoption dans un temps différencié nous ont paru intéressantes. La parole des services est souvent vécue comme volontairement décourageante, même si elle s'appuie sur des faits bien réels illustrés par la présentation d'un *power-point*, alors que les réunions associatives, parfaitement complémentaires, délivrent une parole qui est vécue différemment, même si elle rejoint celle des services.

Tout au long de ces années, nous avons développé un partenariat avec l'AFA et plus d'une dizaine d'OAA qui viennent deux à trois fois par an faire de l'information sur la situation de l'adoption internationale et sur l'évolution du profil des enfants adoptés. Ainsi *L'œuvre de l'adoption*, *Accueil et partage*, *Médecins du monde*, *De Pauline à Anaëlle*, *Les amis des enfants du monde*, *Orchidée adoption*, *La famille adoptive française*, *Le chemin de vie/Lumière des enfants*, *Enfance-Avenir*, *Les enfants de reine de miséricorde*, *Le rayon de soleil de l'enfant étranger* participent à l'information et à la préparation des familles. Ce partenariat doit encore se développer, des contacts sont établis avec *la Voix des adoptés*.

Parallèlement, nous invitons des associations de parents par pays d'origine (APPO) telles que l'APAER (Russie), l'APAEC (Colombie) et des réunions en soirée sont organisées avec *Enfance et Familles d'adoption* (EFA). Ces réunions abordent des thèmes variés (choix du pays, séjour dans le pays d'origine, difficultés éventuelles d'attachement...). Les membres d'EFA y font part de leur expérience, et un ou deux professionnels y participent également, pouvant aussi répondre sur le déroulé de la procédure.

Toutes ces réunions sont anonymes. Il n'y a aucune sélection des participants quel que soit le niveau de leur engagement dans la démarche. Il leur suffit simplement de s'inscrire auprès de l'accueil. Cette cohabitation des adoptants en début, en cours ou après agrément, est d'une grande richesse dans l'échange.



Enfin, à partir de la Maison de l'Adoption et après plusieurs réunions avec tous les praticiens hospitaliers du département, des médecins de PMI, EFA et certains OAA, un consensus avec l'élaboration d'un cahier des charges a pu se dégager et permettre la création de la première COCA sur Marseille. Ceci a également permis d'organiser avec le médecin de la COCA des soirées sur la santé des enfants adoptés.

Globalement, cette expérience est largement plébiscitée par les adoptants et doit pouvoir se poursuivre ou se créer si elle n'existe pas, quitte à **mutualiser entre départements**, ce que nous avons fait en accueillant des adoptants de départements limitrophes (Var, Alpes...). D'ailleurs, même de futurs grands-parents habitant Marseille sont venus aux réunions pour leur fille qui habitait dans un département où cela n'existait pas.

**Martine BAVIOUL**  
*Ancienne chef de service,  
Ancienne responsable de la Maison de l'adoption des Bouches-du-Rhône*

## Evolution de mon projet

Il est difficile de dresser un profil précis des enfants adoptables. Cependant, l'augmentation de la moyenne d'âge des enfants est maintenant évidente.

Du désir originel d' « avoir » un enfant, souvent en bas âge et en bonne santé, comment évoluer vers l'accueil d'un enfant plus âgé, avec son histoire, parfois porteur d'une maladie ou d'un handicap ? Faut-il modifier son projet initial ? Le faire évoluer pour répondre à une proposition, à la réalité des chiffres, à un apparemment plus rapide ? Ce n'est, à coup sûr, pas la meilleure solution !

Le temps de l'agrément est précieux pour délimiter et élaborer, avec les professionnels en charge de la préparation des candidats, un projet à la fois conforme aux souhaits de la famille et en adéquation avec le profil des enfants adoptables. Les rencontres (conférences, réunions, rencontres conviviales avec des familles adoptives, groupes de parole) au sein des associations contribuent à rendre ce projet plus concret. Plus concrets encore, les contacts avec des familles ayant adopté dans un pays particulier, avec ses modes de prise en charge des enfants, qui vont partager leur expérience.

Un projet implique un véritable cheminement des candidats, pour que l'enfant accueilli soit bien celui qui était désiré, qu'il ait sa place dans la famille, avec ses spécificités et des besoins, parfois particuliers, acceptés par ses parents. Ce d'autant que les limites des uns ne sont pas celles des autres. La plupart des projets d'adoption évoluent au cours des évaluations menées en vue de l'agrément, et parfois au-delà, confrontés à la dure réalité de l'adoption internationale.

Il importe toutefois de ne pas trop s'écarter des limites que l'on s'est fixé seul ou en couple, et qui sont propres à chacun. Elles sont fonction de ce que chacun se sent en mesure ou non de pouvoir accepter et supporter au quotidien : une histoire de maltraitance qui vient faire écho à une histoire personnelle mal cicatrisée ; des conditions de vie sordides vécues par un enfant, insupportables pour certains adoptants tandis que d'autres y sont familiarisés par leur métier par exemple ; un trouble de santé plus ou moins sévère ou d'évolution mal connue ; des besoins de prises en charge difficiles à assumer pour une personne célibataire ; une nécessité de disponibilité incompatible avec la profession exercée ; des difficultés d'accès à des soins spécialisés en raison de la domiciliation rurale des adoptants ; enfin, une « *ambition* » pour l'enfant incompatible avec ses possibilités scolaires, tandis que d'autres adoptants n'aspirent pour lui qu'à une bonne autonomie à l'âge adulte. Ce peut aussi être une divergence de niveau d'acceptation au sein d'un couple ou, tout simplement, une aptitude ou non à accepter une certaine prise de risque lorsque subsiste une part d'inconnu.

### **Comment je me représente mon enfant**

L'enfant est tant attendu, tant désiré, que l'intensité même de ce désir empêche parfois les professionnels qui accompagnent les adoptants dans leur projet d'adoption de faire passer certains messages qui, dans maints cas, pourraient pourtant s'avérer bien utiles.

Ne serait-ce que l'idée que les adoptants parviennent à décaler leur regard de leurs propres attentes, en l'espèce « *avoir un enfant* », vers les besoins si fondamentaux d'un enfant qui grandit au loin dans une pouponnière, une institution ou une famille d'accueil.

### **Le choc culturel**

La rencontre avec un enfant, c'est aussi la rencontre avec le pays de celui-ci. Être soudain plongé dans le décor de vie de son enfant contraint les parents à s'approprier aussi avec ce que *l'envers* de celui-ci présente.

### **Le comportement de l'enfant**

Peu ou pas suffisamment préparés à l'imprévu de certaines réactions enfantines, des parents, prenant l'attitude de leur enfant pour une exception qui leur serait réservée, se formalisent et ressentent du dépit, ce qui les culpabilise, les indispose à l'encontre de l'enfant ou génère de la tension entre eux.



## **Les réactions des adoptants**

S'habituer à une représentation moins **irréaliste** de l'enfant que celle dont a été bercée leur éprouvante attente n'est pas toujours, pour les parents, chose aisée. Au risque de surprendre, on ajoutera qu'il n'est pas rare que les professionnels de l'adoption entendent des phrases telles que : « *Tout est allé très vite, tout est allé trop vite ! Je n'ai pas eu le temps de comprendre ce qui se passait* », « *On prend un enfant dans la figure !* ».

Ces phrases méritent qu'on s'y arrête quand on sait la longueur de l'attente qui précède cette rencontre. Leur contenu exprime la force de la « *pression* » qui pèse sur la rencontre mettant les parents et l'enfant dans un contexte « *de stress* » peu propice à la manifestation d'attitudes sereines et adaptées à la situation.

## **Préparer sa venue : Le prénom de l'enfant**

Les futurs parents se posent souvent la question du changement éventuel du prénom de leur enfant. Il n'y a de réponses que d'autres questions et l'on se gardera de toute position arbitraire dans ce domaine.

En effet, le prénom, comme l'enfant qui le porte, a une histoire liée aux événements qui ont accompagné ou suivi la naissance.

**Qui lui a donné son ou ses prénoms ?** La femme qui l'a mis au monde, la personne qui l'a trouvé, la brigade de police, le chef du village ou la directrice de l'orphelinat où il a été placé ?

**Quand ?** Était-ce à sa naissance ou plus tard lors de son placement en institution ? Est-ce son prénom usuel ?

**Comment l'appelle-t-on au quotidien ?** Par son premier ou son deuxième prénom comme cela se voit dans certains pays ? A-t-il un surnom qui, de fait, est celui auquel il répond depuis toujours ?

Selon ces différents cas de figure, le prénom n'aura pas la même valeur aux yeux de l'enfant et aux vôtres. Son avis, bien sûr, s'il est déjà grand, a son importance. Mais il faut également tenir compte de la consonance du prénom si elle risque de déclencher des commentaires voire l'hilarité, à l'école et plus tard.

### **Le respect de sa culture ?**

Quelques éléments d'information sur ce point : dans un certain nombre de pays du Sud-est et de l'Est asiatiques, il n'existe pas de « *stock* » de prénoms établis (Pierre, Paul...) comme dans les pays occidentaux. En Chine, par exemple, on utilise n'importe quel nom commun de son choix pour en faire un prénom. Cela reste théorique car, en pratique, certains d'entre eux



reviennent beaucoup plus souvent que d'autres parmi les prénoms retenus, malgré le choix quasi illimité qui est offert. D'une part, la tradition veut que certains prénoms portent chance à ceux qui les portent, d'autre part les noms évoquant une qualité ou la beauté (ex : « *lan* » qui signifie « *orchidée* » en vietnamien) ont la faveur des parents.

De nombreuses considérations entrent ici en jeu pour les Asiatiques et il est impossible de les énumérer toutes (nom poétique de fleur, de couleur, d'animal...). Le prénom d'un enfant exprime le plus souvent un idéal pour les parents : souhait qu'il soit plus tard honnête, homme de paix... Chaque prénom a donc une signification précise et résume en quelque sorte le destin souhaité de l'enfant qui vient de naître, avec selon le thème, une orientation plus masculine ou féminine.

A titre d'exemple encore, les prénoms chinois ou vietnamiens peuvent être doubles (ou composés), permettant aux parents de donner une signification plus riche au prénom par juxtaposition de deux ou trois mots (exemple : *Huong Lan* : « *parfum d'orchidée* » ou pour reprendre le prénom d'un homme célèbre, *Chi-Minh* : « *très intelligent* »). Même si, dans la vie courante, on se contente la plupart du temps d'appeler l'enfant par la deuxième partie de son prénom.

Dans d'autres pays, l'histoire intervient, comme par exemple aux Philippines, où il existe un grand nombre de prénoms d'origine philippine, espagnole ou américaine.

### Quelques exemples pour et contre le changement de prénoms d'enfants adoptés devenus adultes

#### Je l'appelle...

Lorsqu'un couple a le projet d'adopter un enfant, c'est un long chemin qui débute. De l'enfant fantasmé à l'enfant réel, plusieurs années s'écouleront avant que ce projet se concrétise. On prépare sa venue, notamment en réfléchissant, comme tout parent, au choix du prénom.

J'ai moi-même été adoptée à l'âge de dix mois, dans une île au bout du Pacifique. Mes parents « *adoptifs* » ont désiré changer mon prénom d'origine et m'offrir un prénom français. Cela était, pour eux, un choix évident. L'envie de m'insérer dans l'histoire familiale et dans leur désir parental.

J'ai très bien vécu avec mon prénom français ne me posant aucune question particulière. Une fois adulte et maman, je suis retournée vers mes racines, faire mon « *travail* » de recherche, de ré-appropriation de mon histoire... J'ai rencontré toute ma famille biologique et compris les circonstances de mon abandon. Quelle stupeur lorsque j'ai découvert que cette famille, « *ma* » famille, non seulement ne m'avait pas oubliée mais avait entretenu mon souvenir...



Durant tout mon séjour, on s'est adressé à moi par mon prénom polynésien que j'avais, comme tous les deuxièmes prénoms, mis dans un coin de mon histoire et oublié. Durant ce choc culturel, émotionnel, je suis « revenue » à moi, à mon histoire, à mes racines. J'ai réalisé que j'avais déjà eu une réalité, une vie avant mon adoption. Et de cette partie de ma vie, il ne me restait comme trace que ce prénom... J'ai toujours gardé un regret profond de ne pas avoir pu garder mon prénom d'origine, dont la valeur symbolique ne m'est apparue que tard dans mon histoire de vie. Mais je n'en n'ai jamais voulu à mes parents « adoptifs » d'avoir fait ce choix, qui avait été fait de leur côté, avec beaucoup d'amour... J'aurais juste aimé que l'on n'oublie pas cette partie de moi et que l'on me permette de garder ce lien, même symbolique, avec mon début de vie.

La vie m'a offert le privilège de vivre deux grossesses biologiques et une grossesse adoptive. Je suis, en effet, la maman d'un petit garçon philippin de cinq ans, arrivé parmi nous depuis dix mois à présent. Ce petit garçon avait bien sûr un prénom philippin, à consonance très hispanique et que nous avons trouvé très joli. Vu mon expérience personnelle par rapport au prénom d'origine, de l'âge de notre enfant, nous avons décidé de lui laisser son prénom philippin. Le hasard a voulu que deux de ses amis soient adoptés par deux familles françaises que nous connaissions. L'une des familles a changé le prénom de son petit copain (prénom ou plutôt surnom, qui aurait été très difficile à « vivre » en France dans sa vie future). Notre fils, très intrigué par ce changement, nous a tout de suite demandé si lui aussi avait un prénom français. Qu'elle n'a pas été sa joie d'apprendre qu'il avait un prénom français en 2<sup>ème</sup> position et un prénom polynésien en 3<sup>ème</sup> position ! Il a fallu pendant une période l'appeler par son prénom français, puis son prénom polynésien, puis un mélange des trois... Comme s'il avait besoin de s'approprier son nouvel « héritage ». Nous lui avons expliqué, que si tel était son choix, lui aussi pouvait changer de prénom et choisir celui qu'il préférait. Cette déclaration a eu l'air de le satisfaire puisque depuis, nous sommes passés « à autre chose ». Nous appelons notre fils par son prénom philippin, puisqu'il l'a redemandé, et savons que nous réaborderons tranquillement la question lorsque l'étape de l'adoption plénière arrivera. Nous respecterons sa demande et l'accompagnerons dans son choix tout simplement.

## **Je les appelle...**

La question de leur donner un prénom ne s'est pas posée : nous avons décidé de donner un prénom à nos enfants arrivés par adoption comme à nos enfants arrivés par naissance, pour savoir quels prénoms seraient leurs prénoms usuels. Après de longues hésitations, nous avons choisi de les appeler par le prénom que nous leur offrons, parce que nous avons aussi donné un prénom à leurs sœurs arrivées par naissances et parce que quelque chose de définitif se passe dans l'adoption (à l'orphelinat ou dans la famille d'accueil, ils avaient gardé leurs prénoms).

Mais aussi avec beaucoup de questions : comment savoir s'ils seront prêts à changer ? Si ce n'est pas un changement de plus à absorber ? Est-ce que cela peut avoir un impact négatif ?

Nous avons donc appelé nos enfants, arrivés à 3 ans et demi, à 5 ans de distance, par leurs deux prénoms dès le début, en les accolant puis, petit à petit, uniquement par celui que nous avons choisi.

Pour l'aîné, au bout de 3 jours, il ne répondait plus qu'à son nouveau prénom et « *n'entendait* » pas si on utilisait son prénom de naissance, il n'utilisait que son nouveau prénom. Nous avons du lui dire que les deux prénoms restaient les siens. Aujourd'hui, il est content d'avoir ses deux prénoms et de savoir qu'il pourra utiliser l'un ou l'autre quand il sera plus grand, comme il le souhaitera.

Comme souvent avec les enfants, les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets ! Pour le plus jeune, nous avons procédé de la même façon. Pendant les quatre premiers mois, il a toujours répondu à son nouveau prénom, mais quand on lui demandait son prénom, il donnait de préférence son prénom de naissance, ou accolait les deux. Au bout de quatre mois, ce petit garçon très indépendant, s'est laissé aller à régresser, jouer au bébé, et c'est à ce moment-là qu'il n'a plus utilisé que le prénom que nous lui avons offert.

Dans notre cas, il me semble qu'il y avait des similitudes entre leurs réponses à ce nouveau prénom et la façon dont ils ont réagi au quotidien : l'aîné semble s'être emparé de ce prénom de la même façon qu'il a refusé dès les premiers jours de boire le même lait que celui qu'il buvait à l'orphelinat. Le plus jeune est resté pendant 4 mois dans des allers retours incessants entre « *j'y vais* » et « *je résiste* », et c'est quand il s'est autorisé à régresser qu'il a aussi choisi d'utiliser ce prénom.

Nous leur avons donné en premier prénom, celui que nous avons choisi, en second leur prénom de naissance, en troisième leur nom de famille de naissance (qui disparaît de tout papier officiel après l'adoption plénière), puis les prénoms de leurs grands-pères, comme autant de fil à tisser pour construire leur propre histoire.

Alors bonne ou mauvaise décision ? Je ne pense pas qu'il faille prendre cette question sous cet angle. Je me dis qu'en tant que parents, nous passons notre temps à prendre des décisions qui nous semblent les plus justes, les plus adaptées. C'est vrai pour le prénom comme pour le reste... alors... peut être que l'un ou l'autre, ou les deux, nous reprocheront ce choix. Ce dont je suis sûre, c'est que cette décision est vraiment un acte de parent, un des premiers que l'on pose, avant même que l'enfant ne soit avec nous. Il est indispensable d'y réfléchir avant la proposition d'apparement, indépendamment de son prénom au moment de la proposition, afin de pouvoir expliquer à l'enfant pourquoi on a fait ce choix.



## Je m'appelle...

### Fanny

« Dès la première minute ensemble, mes parents m'ont appelée Fanny. Ce changement ne m'a pas dérangée, et ce prénom m'a plu tout de suite.

Mon prénom thaï étant imprononçable, mes parents me l'ont changé pour que je ne sois pas mal à l'aise. Et personne ne me demande quel était mon ancien prénom. »

### Xavier

« Changer mon prénom de naissance ne m'a pas posé de problème. En Thaïlande, les enfants ont un petit surnom qui remplace le prénom de naissance, alors je ne connaissais que mon surnom, « Tao ».

Souvent mes parents m'appellent par mon prénom, et je préfère que mes copains m'appellent Xavier. »

### Nicolas, 18 ans

« Quand je suis arrivé en France à l'âge de 6 ans, mes parents avaient l'intention de changer mon prénom. Mais ils ont vu que j'étais très attaché à mon prénom thaï et ils ont donc décidé de me le laisser.

A l'école du village, mes copains ont appris à le prononcer et tout allait bien.

Mais quand j'ai commencé à aller au centre aéré de la ville voisine, les enfants n'arrêtaient pas de m'interroger sur ce prénom étrange et, peu à peu, je me suis rendu compte que si je changeais de prénom, ces questions sur mon passé disparaîtraient.

C'est ainsi que j'ai demandé à mes parents quel était le prénom qu'ils avaient choisi. Il ne me convenait pas car je connaissais un copain qui le portait déjà. On a donc ensemble cherché un autre prénom, c'est celui-ci qui figure désormais sur mes papiers officiels. Et plus jamais on ne m'a posé de questions indiscretes sur mon passé. »

# La proposition d'enfant

## CHAPITRE 4 : La proposition d'enfant

### Aide à la décision

Lorsqu'arrive enfin la proposition d'enfant, la prise de décision est une étape clef. Elle peut aussi, dans certains cas, être douloureuse pour les familles amenées à refuser une proposition, que l'enfant soit rencontré de manière virtuelle par l'intermédiaire d'une photo et d'un dossier, ou qu'il soit rencontré physiquement.

Cette période tant attendue est parfois difficile à vivre. Elle peut amener certaines personnes qui y sont confrontées à avoir besoin de s'isoler, voire à se replier. Ce mouvement de repli peut être nécessaire et utile pour les familles durant un temps. Cependant, il est important pour elles de rester entourées par des personnes ressources qui sauront les accompagner et les soutenir dans leur prise de décision ultérieure.

C'est pourquoi il est recommandé aux postulants d'identifier ces personnes ressources, au cours de leur démarche, et avant même la proposition d'enfant et la rencontre. Ainsi, ils auront plus de facilité à solliciter ces personnes de confiance s'ils sont, un jour, confrontés à de telles situations.

Ces personnes ressources peuvent être :

- leur médecin traitant (qui connaît la famille et peut-être aussi les limites qu'elle s'était fixée),
- les professionnels de l'AFA (ou de l'OAA), notamment son médecin et sa psychologue,
- les consultations adoption pédiatriques (« COCA ») et psy,
- dans certains cas plus rares, le spécialiste médical de l'affection dont l'enfant pourrait être porteur, pour affiner le diagnostic et les possibilités de prise en charge,
- les associations de familles adoptives en raison de leur excellente connaissance des problématiques de l'adoption et des particularités des pays,
- certains membres de la famille,
- des amis proches qui peuvent apporter un étayage durant les périodes difficiles.



Notons, par ailleurs, l'importance d'un lien de confiance entre les postulants, l'organisme accompagnateur et les autorités locales. Cette alliance de qualité est une condition fondamentale à une prise de décision la plus sereine possible.

De façon plus générale :

Il importe de rappeler que la Convention de La Haye de 1993 prévoit en son article 16 le contenu-type du **rapport relatif à l'enfant** qui doit être établi par l'Autorité centrale ou ses organismes agréés, car nécessaire à une décision éclairée des adoptants : *« des renseignements sur l'identité de l'enfant, son adoptabilité, son milieu social, son évolution personnelle et familiale, son passé médical et celui de sa famille, ses besoins particuliers »*.

Ce rapport devrait permettre aux adoptants de prendre leur décision, en toute connaissance de cause, d'aller rencontrer l'enfant (ou de refuser la proposition d'appareusement) à partir de :

- son histoire et ses conditions de vie antérieure, qui doivent être cohérentes (chronologie des dates, développement psychomoteur et statur pondéral),
- une évaluation des risques quant à la santé physique, mentale, intellectuelle, émotionnelle et relationnelle et aux possibilités de prise en charge des troubles éventuels (rééducation, traitement médicamenteux ou chirurgical, prothèse),
- les perspectives d'évolution de l'état de santé de l'enfant,
- son livret de vie, ses goûts et petites habitudes.

La lecture du rapport doit donc être *« accompagnée »* par les professionnels précités du choix des adoptants, afin de leur permettre de dépasser leurs émotions, de comprendre et d'intégrer ce qui y est écrit malgré la traduction, les termes souvent imprécis, une histoire non ou mal connue, des terminologies médicales et des pratiques différentes selon les pays (qualification de la personne rédactrice du rapport sur l'enfant, moyens diagnostiques disponibles localement, fiabilité des examens complémentaires).

Il importe aussi d'être conscient du fait que ce rapport n'est jamais exhaustif, qu'il reflète l'état de l'enfant au moment de sa rédaction et ne peut indiquer que les affections repérables au moment de l'examen (selon l'âge et l'histoire de l'enfant, la grossesse, l'accouchement, les antécédents avant et après son recueil, l'expression de la maladie ou du handicap)... et que l'on ne peut tout dépister.

A ce stade, dans certains pays (Philippines, Vietnam, Cambodge, Chine...), il est parfois possible de demander un complément d'informations via des examens complémentaires (aux frais des familles).

## DANS L'ATTENTE DU DEPART

Entre l'acceptation et la rencontre avec l'enfant, il peut s'écouler plusieurs mois... Il s'agit d'une période durant laquelle peuvent survenir divers événements : aléas climatiques, instabilités politiques, hospitalisations et, beaucoup plus rarement, le décès de l'enfant. Ces situations restent cependant exceptionnelles.

### *Le risque (rare) de décès d'enfant ou de changement d'attribution*

Une fois notre couple bien installé, nous décidons de concrétiser notre projet : adopter un enfant. Après avoir rencontré divers parents adoptifs et leurs enfants et nous être renseignés sur les démarches à effectuer, nous contactons les services sociaux de notre département. De longs mois plus tard, nous obtenons enfin notre agrément. Nous décidons alors de nous tourner soit vers la Colombie, soit vers la Thaïlande pour une adoption en direct. Ces deux pays nous semblaient, en effet, avoir des procédures très transparentes, ce qui est essentiel pour nous. De plus, il est possible de repartir avec l'enfant dès le premier séjour sur place (nous ne pouvions concevoir l'idée de repartir en laissant notre enfant dans son pays d'origine pour de longues semaines voire des mois).

Nous entrons en contact avec les APPO (Associations Par Pays d'Origine des enfants) des pays concernés et nous tournons finalement vers la Thaïlande. Nous montons donc notre dossier et l'on nous annonce deux ans et demi d'attente.

Au bout de deux ans cinq mois et quinze jours, nous recevons un appel nous annonçant l'attribution de jumelles de quatre mois et demi. C'est la première fois que nous recevons des nouvelles, mais étrangement nous n'avons aucune inquiétude, notre confiance en la Thaïlande étant totale. Nous sommes transportés de joie mais malheureusement notre bonheur sera de courte durée, l'une des jumelles décédant quelques semaines plus tard. On nous demande si nous sommes toujours d'accord pour adopter l'autre petite. Et, bien évidemment, notre réponse est positive.

En attendant de connaître la date du Board, nous préparons l'arrivée de notre puce mais nous restons très angoissés. Nous appréhendons la rencontre : et si la petite ne voulait pas de nous ?

Arrivent le jour du départ puis le voyage, et enfin la rencontre. Notre fille est très bien entourée et nous tend ses minuscules bras. Elle a neuf mois mais en paraît trois. Une assistante sociale me la met dans les bras en disant : « *c'est maman* ». Je fais rire toutes les *nannies* en lui donnant son premier repas et en faisant une tentative pour la changer.



Les couches que j'ai amenées lui arrivent sous les bras. C'est à ce moment-là que je me suis dit que nous avons reçu une grosse préparation psychologique mais aucune formation pratique, car s'occuper d'un bébé n'est pas évident. Le personnel de l'orphelinat est charmant ; ils nous disent de prendre tout notre temps et nous donnent un bel album photo, avec une photo des parents biologiques ainsi que des photos de l'autre petite jumelle. Le moment du départ est très difficile pour la *nannie* et je me promets d'envoyer des nouvelles (ce que nous faisons toujours dix ans après). L'assistante sociale de l'orphelinat prendra de nos nouvelles dans la semaine, ce qui nous touche beaucoup.

Tout au long de notre séjour, les gens sont aux petits soins pour nous, nous donnant des conseils, s'occupant du bébé pour que nous puissions manger tranquillement etc. L'assistante sociale qui s'occupe de notre dossier est très présente également. Le *Board* se déroule en anglais et nous sommes très impressionnés de nous retrouver dans une immense salle avec environ six personnes en face de nous, dont une Américaine. Tout se passe pour le mieux avec notre fille jouant sur mes genoux.

Puis, vient le moment du retour. Notre fille est accueillie comme une reine. Nous allons très rapidement voir un pédiatre qui nous rassure, mais l'état de santé de notre fille est fragile. Elle a dû mal à dormir et se nourrit très peu. Elle ne peut être vaccinée et ne doit donc pas aller en collectivité. Je prends un temps partiel et la famille se relaie pour la garder. La première année est assez difficile, puis tout rentre dans l'ordre.

Dès notre retour en France, nous avons entamé une deuxième procédure d'adoption dans le même pays. Cette fois, nous avons fait confiance à un OAA. Au bout de deux ans et demi, on nous annonce l'attribution d'un petit garçon de vingt-et-un mois. Nous n'avons pas d'autres renseignements le concernant. Nous n'irons en Thaïlande que dix longs mois plus tard. En effet, il y a eu un changement d'attribution entre temps. Nous ne saurons jamais ce qui s'est passé.

A la réception du background, toute la famille est en ébullition. La grande sœur ne réalise pas trop. Nous sommes rassurés, notre fils est maintenant bien portant (il avait en effet des problèmes pulmonaires importants lors de sa première année). Il est en famille d'accueil et nous nous demandons si l'attachement pourra se faire aussi facilement qu'avec sa sœur.

Arrive le jour de la rencontre. On nous ouvre la porte de l'orphelinat, et juste derrière un adorable petit garçon au crâne rasé... prend ses jambes à son cou dès qu'il nous aperçoit ! La directrice lui court après et lui montre le petit album photo que nous avons envoyé en précisant : « *papa, maman* ». Et là, il est tout souriant, accepte nos cadeaux et se laisse approcher par le biais du jeu. Sa sœur et lui sont tout de suite complices. Il vient sur mes genoux au bout de quinze minutes seulement, et nous repartons très vite : puisqu'il n'était à



l'orphelinat que le temps de la rencontre, il n'a donc rien à nous montrer. Nous ne connaissons pas le nom de la famille d'accueil, c'est l'orphelinat qui transmettra les photos que nous enverrons au cours des ans.

De retour à l'hôtel, notre petit garçon se montre très enjoué et accepte même de venir dans la piscine dans les bras de papa. Il s'habitue à son nouveau prénom très rapidement (au bout de deux jours). Son premier mot de français est « *papa* » (au bout de deux jours également). En revanche, il hurle le soir pour s'endormir, jusqu'au jour où une amie thaïe lui parle et nous explique son petit rituel pour s'endormir. A partir de ce moment-là, tout va bien. Nous sommes étonnés par son appétit. Par contre, il a du mal avec certains objets de la vie courante, comme la douche et les toilettes de l'hôtel, qui semblent l'intriguer.

Le retour en avion est très pénible. Il hurle. Heureusement, l'une des passagères (thaïe) me propose son aide et réussit à le calmer. Je passe le reste du voyage coincée entre sa sœur et lui. A l'arrivée, il accepte tous les bras. Tout le monde est impressionné par sa grande taille (pratiquement la même que sa sœur qui a trois ans de plus). A la maison, il court comme un fou d'un jouet à l'autre. Et c'est là que la jalousie de sa sœur se réveille : elle se rend maintenant compte qu'il est en âge de lui prendre ses jouets. Suit donc une période un peu chaotique où les enfants se tapent pour monter sur mes genoux etc. Heureusement, cela dure moins d'un mois. Notre fils s'adapte rapidement surtout du point de vue du langage, qu'il comprend parfaitement au bout de deux mois. En revanche, il ne veut pas dormir dans un lit mais par terre, et de préférence couché sur moi ; il hurle dès que je quitte la pièce où il se trouve, ne supporte pas la ceinture de sécurité et n'arrive pas à marcher avec les chaussures d'hiver. Nous attendons cinq mois pour le scolariser.

Dix ans plus tard, notre fille est très bien adaptée et se lie très facilement. En revanche, elle a beaucoup de mal à se concentrer et est toujours en mouvement, ce qui est probablement dû à sa prématurité. Elle est déjà retournée deux fois en Thaïlande pour son plus grand plaisir. Bien sûr, elle s'est posée beaucoup de questions par rapport à sa famille biologique mais ce questionnement s'est calmé avec nos deux voyages.

Notre fils ne se souvient pratiquement pas de sa vie en Thaïlande mais adore qu'on lui en parle. Il ne se pose aucune question par rapport à son passé car comme il le dit si bien : « *ben mes vrais parents, c'est papa et maman* ». Il nous a avoué préférer son prénom actuel à son prénom d'origine car « *ça fait plus français* ». Il a beaucoup apprécié de retourner en Thaïlande.





# Rencontre et séjour sur place

## CHAPITRE 5 : Préparation à la rencontre et séjour sur place

### La rencontre

Vous la rêvez et vous l'appréhendez tout à la fois cette rencontre. Cet enfant qui arrive blessé et traumatisé, comment va-t-il m'accepter ? Comment puis-je l'accueillir, alors que j'ai été moi-même traumatisé par l'attente, les multiples aléas des démarches, les angoisses de ne pas voir aboutir mon projet ?

Apportez-lui quelque chose pour boire et manger plutôt qu'un gros nounours ou un beau jouet. Soyez souriant, attentionné et prévenant mais ne l'envahissez pas d'émotions débordantes, laissez-le venir à vous. Si vous allez le chercher à l'aéroport, ne soyez pas trop nombreux pour l'accueillir (seulement la famille nucléaire proche, pas la famille élargie ni les amis dans un premier temps) et essayez de préserver le plus possible de la curiosité de tous ceux qui voudront voir un petit « *rescapé* ».

La rencontre peut être idyllique (coup de foudre réciproque) ou traumatisante (pleurs, cris, refus de la part de l'enfant ; mal-être, confusion, angoisse, sentiment d'incapacité de la part des parents). Cette rencontre sera, de toute façon, chargée d'émotions intenses de part et d'autre. Rassurez-vous : la première rencontre ne peut en rien présager de l'avenir. La construction d'un lien se fait petit à petit dans les échanges et les interactions réciproques.

**On devient parent au fil des jours, c'est une construction dans le temps.**

**Dr. Blandine HAMON**  
(Médecin de l'EFA 64)



## **Comment appréhender cette première rencontre**

L'enfant est plus ou moins bien préparé à la rencontre avec ses nouveaux parents. Cette rencontre est, pour lui, une situation particulièrement stressante, quelle que soit la qualité de sa préparation. Il est important, lors des premiers moments avec lui, d'essayer de décrypter le langage émotionnel de l'enfant à travers ses mimiques, attitudes, comportements et de lui témoigner notre compréhension.

Prenons l'habitude, dès le départ, de mettre en mots ce que nous observons et croyons deviner : « *c'est beaucoup de changement pour toi, cela te fait peur* », « *je vois que tu es fâché, en colère* », « *comme tu as l'air content !* », « *c'est triste pour toi de quitter ce que tu connais ?* ». Il se sentira compris, accepté pleinement tel qu'il est et autorisé à être lui-même, sans risque de rejet.

Lors de ces premiers moments, puis par la suite, l'enfant réactive avec ses nouveaux parents les modes relationnels appris dans ses expériences antérieures. Ses réactions dépendent inévitablement de l'histoire qu'il a vécue. C'est pourquoi il est fondamental de tenter de se procurer un maximum d'informations sur son vécu relationnel, mais également sur l'ensemble des éléments qui représentent le socle de son quotidien. Les informations que les parents pourront recueillir leur permettront d'avoir une meilleure compréhension des attitudes de l'enfant lors de la rencontre. Ces informations leur seront des indices indispensables pour s'ajuster au mieux à l'enfant et à ses besoins durant cette période sensible de bouleversement de son mode de vie où il est très vulnérable.

## **Recueillir des informations**

### **Recueillir des informations sur l'expérience relationnelle de l'enfant**

- A-t-il vécu de nombreuses ruptures et séparations ? Pour quelles raisons ? A-t-il un vécu institutionnel ou subi des hospitalisations ?
- Quelle était la qualité des relations avec les personnes qui ont compté pour lui ? Mère de naissance, membres de la famille, nounou(s), parents de substitution, grands frères...
- S'il a vécu en institution, l'enfant a-t-il pu développer des liens privilégiés avec certains professionnels en particulier ?
- L'enfant avait-il l'habitude de marques d'affection et du contact physique (câlins, portage...) ?



## **Recueillir des informations sur l'histoire de l'enfant**

- Dans quelles conditions a-t-il été recueilli ? Quand ? Par qui ?
- Existe-t-il des objets, des vêtements qui lui appartenaient avant son placement ?
- Connaît-on son histoire ? Les éléments d'histoire sont-ils des éléments absolument fiables ? Est-ce une histoire présumée ?

## **Recueillir des informations sur les conditions de vie de l'enfant, de son quotidien**

- Alimentation, heures des repas ?
- Rythme des routines (repas, coucher, temps de jeux, changes...) ?
- Comment l'enfant a-t-il eu l'habitude d'être lavé ? (douches ? bains ? lingettes ?)
- Comment dort-il ? Seul ou avec plusieurs enfants dans la pièce ? Dans un lit ? Avec ou sans lumière ?
- Si l'enfant a vécu en institution, avait-il l'habitude de sortir de l'établissement ?

## **Recueillir des informations concernant la préparation de l'enfant**

- De quelle qualité de préparation l'enfant a-t-il pu bénéficier ?
- Lui a-t-on parlé de son histoire ? Comment ? A-t-il bénéficié d'un accompagnement face aux deuils et aux événements difficiles de cette histoire ?
- Lui a-t-on expliqué ce que signifiait l'adoption ? Qui lui en a parlé ? Comment ?
- A-t-il déjà vu d'autres enfants « *partir* » avec de nouveaux parents ?

Ceci vous permettra de prendre conscience de l'univers connu par votre enfant et vous aidera à faire l'effort de vous mettre « *dans sa tête* » pour pouvoir lui apporter empathie, réassurance et ainsi assurer une transition la plus souple possible avec sa nouvelle vie.



## Les premiers jours

La très grande majorité des parents vous dira que les premiers jours sur place ont été magiques !! Et beaucoup de ces parents vous diront aussi que ces premiers jours se sont succédés, en même temps que ce grand bonheur, avec des questions ou des doutes, des inquiétudes, des cris de leur enfant, inhérents à leur découverte mutuelle.

Afin d'aider les parents à se préparer à la rencontre avec leur enfant réel et non avec l'enfant imaginé et rêvé, sont évoquées à présent certaines difficultés rencontrées par quelques parents et enfants les premiers jours et la façon dont ils les ont surmontées.

Il est important de réfléchir à tout cela pendant l'attente, afin de se préparer à la rencontre. Mais les témoignages sont des expériences personnelles et non des « recettes ». Il ne faut jamais oublier de se faire confiance en tant que parents et de faire confiance à son enfant !!! C'est aussi ensemble que parents et enfant trouvent le chemin de leur propre rencontre.

### Le point de vue de l'enfant (exemple des Philippines)

*Ces illustrations sont propres aux Philippines.*

*Cependant de nombreuses situations sont transposables à d'autres pays d'Asie.*

Tout change pour moi brutalement, mon lieu de vie, les personnes qui s'occupaient de moi et auxquelles je tiens, les odeurs, les bruits familiers, mes petites habitudes. On m'a plus ou moins bien expliqué ce qui allait se passer et j'ai plus ou moins bien compris. En particulier, je n'ai pas toujours compris que c'était pour toujours... Même si je ne le montre pas, je suis terriblement inquiet...

### Je quitte mes référents

Les parents sont invités à demander à la structure comment elle fonctionne, si l'enfant a un référent, un référent affectif, si les personnes qui dispensent les soins, la toilette, le repas, sont toujours les mêmes ou changent souvent... S'il est très douloureux pour un enfant de quitter le/les « référent(s) affectif(s) » (nounous ou parents de substitution) auxquels il s'est attaché, il est en revanche rassurant de savoir qu'il a pu bénéficier d'un lien privilégié avec un ou quelques adultes précis. Ce lien affectif privilégié a été nécessaire à son développement et l'aidera certainement à en reconstruire de nouveaux avec ses futurs parents. Ceci est particulièrement vrai pour les enfants en famille d'accueil.



## Je vous rencontre pour la première fois

La plupart du temps, les enfants philippins ont reçu les photos que les parents ont envoyées. Elles sont parfois mises à sa disposition et, souvent, l'enfant reconnaît ses parents. En revanche, les conditions de la rencontre sont bien éloignées de celles imaginées par les parents : parfois cette rencontre a lieu en présence d'autres enfants de l'institution, parfois au sein même de la maison de la famille d'accueil...

Voici quelques conseils simples apportés par des parents :

- **Se mettre à la portée des enfants** : quand on voit l'enfant pour la première fois, il est important de se mettre à sa portée, assis, accroupi ou à genou.  
*« Notre enfant nous a dit, plus tard, qu'il avait eu peur le premier jour car nous étions grands ! ».*
- **Apporter des petits présents dans un sac rien que pour lui.**  
*« Notre enfant ne voulait plus quitter son sac à dos, même pour dormir, avec les cadeaux que nous lui avons apportés (son doudou et sa voiture) ».*
- **La magie des bulles et des ballons gonflables.**  
*« Nous avons apporté à notre enfant un sac avec des crayons, un carnet, un jouet, une sucette ronde et un jeu pour faire des bulles, très apprécié, et qui a été aussi très utile pour détourner son attention dans les moments plus difficiles ».*
- Il est important de comprendre qu'un adulte peut pleurer d'émotion, mais qu'un enfant ne pleure que parce qu'il a mal, est frustré, a faim... Les parents sont parfois débordés par l'émotion et leurs pleurs peuvent inquiéter l'enfant. Lorsque c'est possible, éviter de pleurer devant lui, ou lui expliquer pourquoi on pleure afin de le rassurer.
- Lorsque c'est possible, il est préférable de confier l'appareil photo ou la caméra à une tierce personne pour pouvoir se focaliser sur la rencontre avec l'enfant.

## Je quitte mon lieu de vie

Certaines structures organisent une période de transition de deux à trois jours pour favoriser une adaptation progressive de l'enfant. Souvent, en revanche, la rencontre ne dure que quelques heures. Ce qui est sûr, c'est que la séparation de l'enfant d'avec son milieu familial est une situation d'une grande violence pour lui. Les parents doivent être attentifs, compréhensifs et empathiques. Alors que les parents attendent cette rencontre depuis très longtemps, ils demeurent et restent, malgré les photos, de véritables étrangers pour l'enfant. La barrière de la langue, son incapacité à s'exprimer accentuent son anxiété. Il est alors évident que la présence d'une personne parlant philippin aux côtés des parents est une aide formidable non seulement pour eux mais également pour l'enfant.

L'enfant a besoin de voir que les personnes qui ont habituellement pris soin de lui accordent leur confiance à ces parents-là. Il peut en déduire qu'il existe une véritable alliance entre des adultes de confiance. Cette « *transmission de responsabilité et de confiance* » peut se traduire sous différentes formes : partage d'un repas ensemble, prière commune, prise de photos avec les personnes qui s'occupaient de l'enfant...

- *Nous avons rencontré notre enfant, pendant une heure à l'orphelinat avant de repartir avec lui. Il est parti facilement, mais n'avait pas entièrement réalisé ce qui se passait, et les questions sont venues dans les jours qui ont suivi.*
- *Nous avons rencontré notre enfant à l'orphelinat et sommes restés pendant trois heures, autour d'un repas, d'une prière et d'une fête de départ. Il était visiblement préparé et nous a reconnus tout de suite, en particulier son papa. Il est parti de l'orphelinat, très fier, sans se retourner.*
- *Notre enfant a été amené en avion par un responsable de l'orphelinat, car la situation politique faisait que nous n'avions pas l'autorisation de nous rendre dans la ville dans laquelle il était... Il ne comprenait visiblement pas ce qui lui arrivait et était terrorisé, passif. Il regardait dans le vide et se laissait faire comme un « sac », n'interagissant pas avec nous. Nous avons passé de longs moments à lui parler jusqu'à ce qu'il capte notre regard.*
- *Notre enfant, après trois jours de vie à l'orphelinat, est parti en faisant de grands « bye bye » au staff et aux autres enfants. Pendant ces premiers jours, il s'est comporté comme s'il avait toujours été avec nous...*
- *Pour notre enfant, la rupture avec la famille d'accueil n'avait pas été bien préparée et il n'a pas compris ce qui se passait, d'autant plus qu'on a fait revenir tout le monde pour la photo.*



## Ce que j'emporte avec moi

La plupart des enfants quittent la structure avec uniquement les habits qu'ils ont sur eux. Les plus grands ont parfois leurs cahiers. Les photos envoyées à l'enfant sont rarement laissées aux parents, même les doudous envoyés avant restent souvent dans la structure. Certaines familles ont donc acheté le doudou en double, un envoyé, un emporté avec eux !

## Je ne comprends pas vos mots

Les enfants parlent tagalog, sauf dans certaines régions, comme Mindanao dont le dialecte en est très éloigné. Les nanay et tatay des familles d'accueil ainsi que les nounous des orphelinats s'adressent aux enfants en philippin. Les responsables des structures d'accueil s'expriment quant à eux soit en philippin, soit en anglais. Ainsi, selon les âges et les lieux de vie, les enfants peuvent comprendre et s'exprimer en philippin voire en anglais, langue dont certains apprennent quelques mots à l'école s'ils sont en âge d'être scolarisés.

Même s'il ne comprend pas votre langue, l'enfant a besoin qu'on lui parle. Beaucoup de vos messages pourront passer par une communication non verbale, par vos gestes, votre sourire, votre intonation, votre regard... Vous pouvez également utiliser des images pour lui expliquer ce qui va se passer au jour le jour (sorties, démarches, l'avion...). Cela l'aidera à envisager son futur avec vous comme prévisible, donc moins stressant et insécurisant.

N'hésitez pas à verbaliser, « à *mettre des mots sur* » les émotions de l'enfant. Cela l'aidera à mieux les comprendre, à se sentir compris et autorisé à les exprimer.

## Je dois changer d'habits, me laver

Les premiers jours, se déshabiller peut être source d'inquiétude importante, se laver dans une douche peut être une expérience inconnue voire angoissante. Demandez quelles sont les habitudes de soins (douche, baquet d'eau, gant, main...). Il n'y a aucune urgence à se laver ni à changer d'habits. Les actes de soins, le change, le changement d'habits, c'est-à-dire ces partages d'intimité peuvent nécessiter l'établissement d'un lien de confiance et donc du temps.

- *Les premiers jours, notre enfant ne voulait pas changer d'habits. Rester dans ses anciens habits semblait pour lui être le signe qu'il reviendrait dans sa famille d'accueil. Nous ne l'avons pas brusqué, ni obligé à se changer. Grâce à cela, aux explications de Nanette et à la présence de son grand frère, il a fini par se sentir en confiance et accepter de nouveaux habits et se laver.*



- *Notre enfant refusait d'être déshabillé. Pour se changer entièrement ou prendre une douche, il fallait le faire par étape, le haut puis le bas, pas les deux en même temps. Nous le lavions sans gant, avec la main, doucement, assis sur les genoux.*
- *Notre enfant, une fois dans la chambre d'hôtel, a pris immédiatement une douche, a mis les habits que nous lui avons apportés, a mis ses anciens habits dans un sac qu'il a fermé et mis de côté... Une page se tournait.*

## **Je me « sépare » de vous pour la nuit**

La nuit et, en particulier, l'endormissement sont souvent décrits par les parents comme une phase délicate, pendant laquelle l'enfant ne maîtrise plus ce qui peut se passer et qui représentent pour lui une véritable séparation.

Pensez à demander dans quelles conditions l'enfant s'endort : seul dans son lit, avec d'autres enfants, avec des adultes, s'il s'endort facilement ou s'il a besoin d'être dans les bras, avec de la musique... Par exemple, un ventilateur fonctionnant en permanence fait un bruit de fond qui fait partie de son environnement.

- *Pour notre enfant, les premières nuits ont été très dures. Nanette a du parler avec lui et lui expliquer pourquoi il était là, ce qui se passait, pour l'aider à se rassurer. Et le reste des quinze jours s'est très bien passé.*
- *Pour notre enfant, l'endormissement était le seul moment difficile. Il pleurait beaucoup. Avec sa maman, il n'acceptait de dormir que s'il était dans ses bras et qu'elle restait debout. Dès qu'elle s'asseyait, il se réveillait en sursaut et pleurait. En arrivant dans l'avion, il a posé la tête sur ses genoux et s'est endormi, sans aucun pleur.*
- *Pour notre enfant, les nuits n'ont posé aucun problème.*





## Ma famille pour toujours : ces inconnus

Il est important de respecter la différence de contact physique, les enfants philippins ne font pas toujours de bisous, mais en signe de respect, ils prennent la main de l'adulte et la posent sur leur front. Selon leurs habitudes, selon leur ressenti, les premiers jours, ils peuvent manifester ou non le besoin de contacts physiques. Ils peuvent être très vite dans l'interaction, être plutôt dans l'observation ou dans le retrait. Il est important de respecter le rythme propre à chaque enfant.

- *Pour notre enfant, se coller à sa maman et être « peau à peau » a été indispensable dès le premier jour.*
- *Notre enfant, lorsqu'il était dans les bras, interposait sa main entre sa joue et la peau de sa maman, pour ne pas se mettre en contact direct.*

Les enfants n'entrent pas forcément en interaction avec tous les membres de sa nouvelle famille de la même façon ni à la même vitesse. Il ne faut pas se laisser déstabiliser par le fait que l'enfant aille plus vers le père ou vers la mère. Certains enfants peuvent mettre du temps à faire confiance à un homme, s'il n'y a pas eu d'homme présent dans leur histoire ; d'autres, au contraire, vont d'abord lui faire confiance et rester plus distant avec la mère, car ce sont souvent des femmes qui ont été à l'origine de séparations douloureuses : la mère de naissance, les nounous de l'orphelinat, la nanay de la famille d'accueil. Cela peut durer plus ou moins longtemps si l'enfant a développé une image non sécurisante de la figure maternelle.

Certains enfants cherchent des signes qui montrent que quelque chose de définitif se passe : l'aéroport, la rencontre avec l'ICAB, la remise de tous les papiers, et leur comportement change brusquement.

- *Notre enfant, était visiblement plus confiant avec son papa. Il pouvait jouer à côté de lui plus sereinement, mais était très inquiet s'il restait seul avec sa maman, voulant être tout le temps accroché à son cou et éveillé.*
- *Notre enfant, a accepté plus facilement les contacts physiques avec son papa et restait dans une attitude physique « raide » avec sa maman quand il était dans ses bras.*
- *Pour notre enfant, la présence de frères ou sœurs a été visiblement rassurante.*

## Même mes habitudes alimentaires changent

Aux Philippines, la nourriture de base se compose généralement de riz, avec des légumes et une fois par jour de poulet ou du poisson. Pour l'enfant, la rupture avec ce qui fait son quotidien est toujours source d'inquiétude. Modifier son alimentation et son rythme alimentaire peut aussi être déstabilisant.

Dans les structures, les enfants mangent en général à heure fixe, trois fois par jour. Dans les familles d'accueil, chaque enfant vit au rythme de la famille. Souvent il fait de tous petits repas plusieurs fois par jour.

Dans un premier temps, assurer une continuité dans ses habitudes alimentaires permettra à l'enfant de préserver les facultés d'adaptations déjà tant sollicitées par la rencontre et tous les changements et bouleversements de son quotidien. Sans oublier que les enfants ont une flore intestinale liée à ce qu'ils mangent habituellement. L'introduction de trop nombreux aliments nouveaux et trop rapidement peuvent produire des diarrhées et donc indisposer l'enfant dans ces moments si délicats et importants.

Par ailleurs, certains enfants, qui ont souffert de la faim étant petits, peuvent être déstabilisés par une sensation de faim qui va réveiller des angoisses.

De ce fait, il est conseillé :

- d'interroger la personne qui s'occupe de l'enfant sur ce qu'il mange, sur son rythme alimentaire, sur la façon dont il prend son biberon (seul ou avec un adulte, assis ou couché)...
- de respecter les premiers jours ses habitudes alimentaires ou, du moins, de s'organiser pour qu'elles soient possibles s'il en manifeste le besoin.
- de ne pas introduire trop rapidement et en trop grande quantité de nouveaux aliments, pour éviter les troubles digestifs (ex. chocolat chaud pour un enfant qui n'en a jamais bu). Cela dépend, bien sûr, beaucoup de la diversité alimentaire des repas antérieurs.

*- Pour notre enfant, nous avons acheté la marque exacte de lait qu'il buvait, mais il n'en a jamais voulu ! Pour lui, il était plus difficile d'accepter les textures nouvelles que les goûts nouveaux et tout nouvel aliment mélangé à du riz était accepté. Inquiétude et faim étaient très liées : il fallait toujours avoir quelque chose de prêt quand il avait faim car il paniquait et demandait toujours à manger quand il était inquiet : nous avons toujours une boîte de céréales avec nous quand nous nous déplaçons.*



- Pour notre enfant, nous avons demandé à l'orphelinat de nous donner un sachet de porridge qu'il avait l'habitude de prendre au petit déjeuner, ce qui a été très important car il s'est avéré qu'il lui était impossible, au petit déjeuner, de manger autre chose. Dans des moments d'inquiétude, il en demandait même en cours de journée.

## Je veux en même temps tout maîtriser et qu'on s'occupe de moi

Dans leur vie à l'orphelinat, certains enfants sont très autonomes, d'autres très assistés.

Les enfants très autonomes le restent en général dans un premier temps. Mais il est important de leur proposer régulièrement le choix : « *tu fais...? ou tu veux que je t'aide ?* ». Cela leur montre qu'on peut prendre soin d'eux et cela leur permet, quand ils en auront envie, de dire « *fais-le pour moi* ». Ce sera moins facile si on ne le leur propose pas. Quel que soit leur degré d'autonomie, d'emblée ou plus tardivement, beaucoup d'enfants éprouvent le besoin de régresser sur une durée plus ou moins longue. Leur poser la question leur montre aussi qu'ils sont autorisés à le faire. D'autres enfants restent, par contre, très autonomes.

*Notre enfant est arrivé très autonome. Plus les jours avançaient, plus il nous demandait de faire des choses à sa place, se laver, le faire manger, s'habiller.*

## Je ne corresponds peut-être pas à ce que vous imaginiez

Les parents doivent se préparer à cet accueil pour aider au mieux leur enfant. Ils doivent être prêts à accepter leur enfant tel qu'il est, se préparer aux difficultés de langage, de comportement, ne pas s'attendre à ce que l'enfant réagisse comme ils le souhaitent. Il faut avoir en tête que la rupture est brutale pour lui, même quand tout se passe « *apparemment* » bien. Quelques pistes pour mieux accueillir votre enfant :

- **Ne pas exiger** de choses inutiles à ce moment-là, sans tout lui laisser faire pour autant, ce qui ne le rassurerait pas. Par exemple, exiger que l'enfant mange avec une fourchette s'il a toujours mangé avec les mains, exiger qu'il se tienne bien au restaurant, exiger qu'il prenne un bain ou reste dans les bras, peuvent attendre. Les premiers jours, l'essentiel n'est pas là.
- Avoir conscience que ce sont les parents qui accueillent cet enfant et non l'inverse, et qu'ils sont là pour l'aider à vivre cette rupture et cette nouvelle vie. Ne pas exiger de lui qu'il nous accueille d'abord.

- Quand l'enfant est distant ou fait des colères, il arrive que les parents eux-mêmes établissent une distance avec l'enfant, car ils se questionnent : « *et s'il ne veut pas de moi ?* ». Cela peut être ressenti par l'enfant et interprété comme un rejet. Il est important, dans ce cas, d'accompagner l'enfant en lui montrant que l'on comprend ce qu'il ressent et de lui permettre d'avancer sereinement à son rythme dans sa découverte de la relation.
- Rechercher ce qui rassure l'enfant et non ce qui rassure les parents.
- Le change, la toilette, le repas, le soin doivent être exclusivement pris en charge par les parents. Même lorsqu'ils sont accompagnés par des tiers, ce sont des moments clés au cours desquels ils montrent à l'enfant qu'ils prennent soin de lui. Pour des moments comme les soins et la toilette, il est important pour l'enfant que les parents soient prévisibles et prennent le temps. Même quand ils ne parlent pas la même langue, ils doivent accompagner ce qu'ils font par une explication, par la parole.
  - *Notre enfant avait des plaies de grattage à notre arrivée. Mettre de la crème sur les plaies s'est transformé en « rituel » : matin et soir, il montrait la crème pour la demander et il fallait en mettre même sur les plaies cicatrisées.*
  - *Notre enfant qui, pourtant, refusait le contact s'est peu à peu détendu quand je le massais avec une crème.*





## Nos rencontres

### ◆ A la rencontre de : Perrine

Perrine  
Perrine

Nous sommes allés chercher Perrine en 2001, dans le sud de la Thaïlande.

Elle avait deux ans et quatre mois et s'est immédiatement attachée à sa maman, se montrant très craintive avec son papa et son grand frère âgé de sept ans. Dès le retour à Bangkok, elle a commencé à jouer avec son frère et à se laisser approcher par son père. Il a fallu deux mois pour qu'elle se sente bien avec lui.

Nous avons vécu un épisode étonnant de la part d'une enfant aussi petite au moment de notre départ : suite à une panne survenue au comptoir d'embarquement des bagages, nous avons dû attendre en compagnie de la directrice de l'orphelinat. Ces quelques minutes ont permis à Perrine, à mon avis, de prendre conscience que ce qui lui avait été expliqué à l'orphelinat était sur le point de se réaliser. Elle allait quitter pour l'inconnu ceux qu'elle connaissait bien : les nounous, les copains... son monde allait changer. Elle s'est mise à pleurer très fort et à se débattre. La directrice a réussi à la rassurer, mais ses pleurs ont repris de plus belle dans la salle d'embarquement.

Déjà parents d'un garçon, nous ne nous sommes pas vraiment affolés, mais nous étions inquiets à l'idée que le commandant de bord puisse nous refuser la montée dans l'avion du fait de ses cris. Après ces pleurs, Perrine s'est endormie sur l'épaule de sa maman et n'a plus jamais manifesté un tel désarroi. Elle avait, dès notre rencontre, un regard démontrant une grande intelligence et nous considérons que ce moment de grande angoisse pour elle était dû au fait qu'elle avait bien compris que tout allait changer. Mais elle a accepté notre tendresse et nous a bien montré ensuite qu'elle décidait de nous faire confiance.

Nous avons d'ailleurs été étonnés du fait qu'elle semblait avoir une idée très claire de la vie en famille, elle qui avait toujours vécu en collectivité. Nous pensons qu'on lui a bien montré notre album et expliqué la vie en famille à l'orphelinat. A son arrivée en France, elle a bien profité de la disponibilité de ses parents en se laissant vivre, se rassurant sur la présence de ses parents la nuit (quatre ou cinq fois au début) et oubliant très vite comment s'habiller pour se laisser gâter. Cette phase a duré quelques mois, puis Perrine a choisi d'aller de l'avant. A la rentrée suivante, elle est allée à l'école et ses trois années de maternelle se sont bien passées. Elle a quelques difficultés de prononciation qui subsistent mais régressent, car nous avons dû lui faire retirer deux dents infectées à son arrivée de Thaïlande. L'orthophoniste nous a annoncé, il y a quelques semaines, que son intervention n'était plus nécessaire.

Perrine réussit bien à l'école : à six ans, elle apprend à lire et commence à déchiffrer. Elle adore écrire. Elle est très fière de « sa » Thaïlande et nous avons dû lui expliquer que le pays n'était pas à elle seulement mais abritait de nombreux habitants. Elle est très active et très joyeuse, avec un caractère décidé. Elle s'entend assez bien avec son frère malgré la différence d'âge. Il est très protecteur et elle s'amuse à le taquiner. Ils jouent ensemble assez souvent.

Nous avions avant son arrivée le sentiment que notre famille n'était pas « complète », qu'il y manquait un autre enfant. Désormais, nous avons la joie d'avoir à aimer et éduquer une fille et un garçon, et le fait que Perrine soit d'origine thaïlandaise a enrichi notre vie. À Orchidée Famille, nous avons rencontré des personnes dévouées et généreuses de leur temps, ainsi que des amis. Les rencontres avec les personnes venant de Thaïlande sont pour nous un événement qui nous rapproche du pays, ce qui est important pour ma fille qui, en sachant d'où elle vient, peut savoir qui elle est. Nous irons en Thaïlande lorsque Perrine aura presque huit ans. Et nous pourrons découvrir le pays et ses habitants en espérant revoir les personnes que nous connaissons.

### ◆ **A la rencontre de : Jade et Nicolas**

Jade & Nicolas  
Jade & Nicolas

Rapidement après notre mariage, mon épouse et moi avons fait le constat de la quasi impossibilité pour nous de procréer sans avoir recours à des méthodes d'assistance médicale. Nous n'avons pas souhaité nous engager dans cette voie mais avons plutôt choisi d'adopter un enfant.

Nous avons découvert les conditions dans lesquelles une telle démarche s'inscrit, avec l'enquête sociale et psychologique en vue de l'agrément et le discours officiel selon lequel, s'il est possible d'adopter en France, le nombre d'enfants proposés à l'adoption par l'ASE reste très limité et qu'en conséquence les « chances » de succès sont plus assurées dans le cadre d'une démarche internationale. Dès lors, nous avons constitué notre dossier pour le présenter avec détermination à des associations agréées pour l'adoption internationale, avec un choix clair en faveur d'une petite fille originaire d'Asie. Un OAA a reçu positivement notre demande et nous a proposé d'orienter notre démarche vers la Chine, pays qui s'ouvrait de façon importante à l'adoption internationale avec des délais courts à l'époque.

Nous déposons donc notre dossier et restons dans une attente quelque peu fébrile, rassurés cependant par le fait d'avoir, via l'OAA, une garantie de bonne fin.

De fait, six mois après avoir déposé notre dossier, la responsable des adoptions en Chine de l'OAA nous fait part de la grande nouvelle : le CCAA nous attribue une petite fille née trois ans et demi plus tôt dans la province du Guangdong en Chine méridionale.



Joie immense... d'autant plus que le départ pour aller chercher Jade est fixé six semaines plus tard.

Nous découvrons, lors d'une réunion préparatoire, les six couples qui vont partager ces moments intenses avec nous, et les retrouvons à l'aéroport le jour du départ. Le voyage paraît interminable de Paris à Shanghai puis Canton.

Après une courte nuit à chercher le sommeil, c'est enfin le moment tant espéré de la remise des enfants. Jade arrive en seconde position. Pour elle comme pour nous, le choc est rude : Jade refuse notre compagnie et passe les trois heures de cette cérémonie à pleurer, à refuser de nous regarder, raidie dans nos bras, et à chercher à se jeter dans les bras de tous les Chinois qui peuvent passer. A force de patience, aidés par la fatigue qui gagne notre petite Jade et par le repas que nous lui proposons, nous finissons par l'amadouer, de telle sorte qu'elle fait sa première sieste dans les bras de sa maman durant une bonne partie de l'après-midi. Le soir à l'hôtel, ce sont les premiers jeux et rires avec papa et maman dans les couloirs du centre commercial attenant et dans la chambre. Pour nous, la crise semble surmontée, Jade comprend qu'elle est le centre de notre attention et manifeste clairement la volonté de nous être agréable. Le séjour en Chine avec les sept petits enfants (six filles et un garçon dans notre groupe) et leurs parents se déroule pour le mieux : libérés de toute contingence du fait de la qualité de l'organisation de notre séjour, nous n'avons qu'à nous préoccuper de nos enfants.

De retour en France, notre nouvelle vie s'organise et Jade entreprend très vite de parler le français, de telle sorte que nous pouvons la scolariser dès le début du mois d'avril, soit après trois mois.

Deux ans après l'adoption de notre petite fille, et comme tout se passait pour le mieux pour elle comme pour nous, nous avons rapidement souhaité accueillir un deuxième enfant. Nous avons donc relancé la procédure d'agrément auprès du conseil général, et une fois le sésame obtenu, avons recontacté notre OAA. A l'occasion de notre entretien, nous avons été orientés vers l'adoption d'un enfant à particularités.

Cela a été source de réflexion pour nous car cette démarche implique d'être au clair avec ce que nous sommes prêts à accepter. Nous avons pu échanger de façon très ouverte et directe avec l'OAA sur ces questions. Au terme de cette démarche, nous avons accepté un enfant présentant une cardiopathie. En effet, il nous a semblé que si un enfant atteint d'une affection cardiaque survivait, la résolution de sa pathologie devait être plus simple car quasi mécanique.



Le jour de l'anniversaire de Jade, en février, le téléphone sonne et la responsable Chine de l'OAA nous apprend qu'elle peut nous proposer un petit garçon âgé d'un an et demi présentant une cardiopathie. Le dossier transmis par l'OAA comprend des photos de notre petit Nicolas à un an, et des éléments d'ordre médical relatant la cardiopathie (communication inter-ventriculaire) dont il est atteint. Ce dossier permet aux spécialistes consultés de donner un avis sur une base étayée (pathologie susceptible d'être prise en charge sans grande complication après indication opératoire), avec les réserves d'usage cependant.

Forts de ces avis et de notre envie, nous avons confirmé notre accord à l'OAA et avons donc finalisé la constitution de notre dossier.

Le délai d'attente, de trois mois, est passé à six mois. Entre-temps, le CCAA a fait savoir que notre Nicolas avait été opéré de sa cardiopathie... Grande inquiétude car les seules informations obtenues étaient que le geste opératoire s'était bien déroulé et que l'enfant se portait bien.

Voici enfin venu le temps d'aller chercher notre petit garçon, qui vient d'avoir deux ans, à Chengdu. Nous partons à trois pour accueillir le petit frère de Jade. Après deux jours de voyage, nous arrivons à l'orphelinat de Chengdu, bâtisse toute neuve construite, nous dit-on, au moyen des dons de précédents adoptants. Nous sommes conduits dans la chambre occupée par notre petit Nicolas, et pendant que l'on part le chercher, l'interprète nous montre son lit et celui de son amie qui doit partir très prochainement aux Etats-Unis. Puis, encadré de deux nounous, nous voyons arriver notre petit garçon tout intimidé qui avance d'un pas mal assuré sur des petites jambes toutes frêles... Manifestement, Nicolas est dubitatif quant à ces gens qui lui sourient et qu'il ne connaît pas. Seule sa sœur Jade l'intéresse, et très rapidement, elle le conduit avec Maman pour jouer dehors pendant que je règle les formalités avec le directeur de l'orphelinat. Je profite de ce temps pour demander un compte-rendu opératoire, remis en chinois traduit en anglais, qui m'apprend que l'opération a consisté en une réduction de la CIV, que l'acte s'est bien déroulé et les suites opératoires ont été normales jusqu'à la sortie de l'hôpital.

La suite de la journée se déroule bien sur le même mode : Nicolas en observateur attentif d'un monde étrange qui l'entoure, avec un point de repère important, sa sœur. Le lendemain, nous vivons le premier signe d'attachement de Nicolas à sa nouvelle famille, lors de la visite chez le notaire : alors que la directrice de l'orphelinat s'approche gentiment de Nicolas, celui-ci recule et finit même par s'agripper à sa maman. Par la suite et jusqu'au terme de notre séjour en Chine, sa sœur Jade va prendre totalement en charge son petit frère, que ce soit pour jouer ou pour l'aider à manger au restaurant...



Pour ce qui est de la santé, tout a l'air normal : Nicolas, au-delà de la grosse cicatrice qui lui barre le thorax, fait montre d'un développement cohérent, notamment en termes de motricité, avec les limitations induites par l'insuffisance respiratoire qu'il a dû connaître.

Le retour en France, au terme du séjour de quinze jours à Chengdu et Pékin, permet à la famille de trouver son nouvel équilibre, avec une Jade beaucoup moins enthousiaste à partager son univers quotidien avec un petit frère... Rien que de très normal. Nous allons consulter rapidement dans un centre universitaire en cardiologie pédiatrique : l'examen, guère apprécié de Nicolas, nous permet d'être rassurés, la CIV apparaissant bien colmatée et le fonctionnement cardiaque étant normal. Un suivi à un an finira de nous conforter : Nicolas peut mener une vie totalement normale, à la restriction près de la pratique intensive du sport. Depuis lors, son développement est tout à fait satisfaisant.

Au total, dix ans après l'adoption de Jade et huit ans après celle de Nicolas, nous avons deux enfants qui évoluent normalement sans que la question de leur parcours différent des autres ne pose, à ce jour, de réelles difficultés au-delà de celles auxquelles sont confrontés tous les parents.

## ◆ A la rencontre de : Mathieu et Colin

Mathieu & Colin  
Mathieu & Colin

Comme la plupart des parents adoptifs, le cheminement vers la démarche d'adoption a été progressif. Il nous a fallu, tout d'abord, accepter de renoncer à être des parents biologiques et ce n'est qu'après de longues discussions et beaucoup de réflexion sur le sujet que nous avons entrepris à l'automne 2000 de déposer un dossier auprès de la Direction de l'Action Sociale de notre département.

D'emblée, notre souhait était de nous diriger plutôt vers l'adoption d'une fratrie car nous percevions bien l'accueil simultané de deux (voire trois enfants). Nous trouvions cela plus enthousiasmant et cela nous évitait d'avoir à revivre une très longue attente pour une deuxième adoption. Pour nous, entre l'agrément et la rencontre avec nos garçons, il aura fallu cinq ans et demi. Notre expérience nous a montré que l'adoption d'une fratrie fut plutôt sécurisante et confortable pour les enfants, un peu moins pour les parents : les enfants, au départ, se tournèrent moins vers nous, ils faisaient « bloc » et leur complicité nous perturbait. Le « choc » pour nous, par contre, fut beaucoup plus grand, ce qui nous demanda une énorme dépense d'énergie. Malgré tout, c'est une expérience que nous ne regrettons pas.

La première photo des petits garçons de trois ans et demi et quatre ans et demi que la Thaïlande nous proposait fin 2005 renvoyait une image d'enfants plutôt tristes, voire durs. Nous nous demandions si ces photos reflétaient vraiment la réalité.

Nous fûmes anxieux jusqu'à la première rencontre, à l'orphelinat, début 2006. Nous trouvâmes Mathieu, l'aîné, très timide, ne se livrant pas facilement, contrairement à Colin, beaucoup moins farouche et très enthousiaste.

Nous ne les vîmes qu'un quart d'heure, devant revenir le lendemain pour les emmener avec nous. Le lendemain, ils ne semblaient plus, ni l'un ni l'autre, avoir beaucoup d'appréhension, et leur joie quand ils montèrent dans le taxi vers l'hôtel nous rassura et nous plongea rapidement dans la réalité parentale. Pas vraiment de bisous et de câlins dans les débuts, mais des enfants heureux qui parlaient tout le temps, entre eux bien entendu, en thaï, et qui couraient partout... Difficile de se faire obéir avec en plus la barrière de la langue !

Notre séjour à Bangkok, puis à Rayong, au bord de la mer, en attendant les papiers officiels, nous confirma cette joie de vivre, cette curiosité de découvrir le monde, mais aussi de fortes personnalités, particulièrement chez le plus petit. Il a fallu très tôt que nous imposions nos règles et, au lieu de la tendresse attendue, nos premières relations se sont souvent transformées en rapport de force. Les deux garçons oscillaient entre complicité et compétition (le premier qui appuie sur le bouton de l'ascenseur, qui plonge dans la piscine dans les bras de papa, etc.). Quand ils parlaient thaï (sans arrêt) dans les taxis en décrivant la ville, nous nous sentions exclus.

Ils avaient vécu, dans leur passé, des moments intenses, parfois tragiques et douloureux, le grand protégeant le petit, et continuaient de vivre l'aventure à côté de nous à travers une relation qui restait très fusionnelle entre eux (et qui continue de l'être). Ils étaient heureux d'avoir des parents, mais nous avions le sentiment que peu importait lesquels. Les rares moments de tendresse étaient les moments de sieste, quand ils s'endormaient dans nos bras.

Cette nouvelle vie engendrait chez eux, alors qu'ils étaient très vifs, beaucoup d'agitation liée vraisemblablement à une anxiété intérieure. Les choses se mettant en place progressivement, l'agitation diminua peu à peu mais pas forcément de manière linéaire. Cette agitation, actuellement encore, est toujours présente selon les périodes.

Un problème d'avion nous obligea à rester dix jours de plus à Bangkok, ce qui rendit la situation un peu plus complexe et tendue. Nous étions fatigués et les enfants attendaient l'avion avec impatience.

Devant le Board, alors que nous étions déjà exigeants envers eux pour nous faire obéir, ils avaient sans aucune hésitation émis leur désir de rester avec nous et de prendre l'avion. Un bon signe. Les gens du Board nous avaient souhaité « *bon courage* » en nous disant que nous étions courageux d'adopter deux garçons, qu'il fallait maintenant adopter deux filles. Un peu d'humour... pour les filles, on verra plus tard, surmontons déjà ce premier tsunami émotionnel... !



Quand nous avons enfin pu nous envoler pour la France (en passant par le Vietnam), ils ont dormi durant tout le voyage, comme apaisés et rassurés. Arrivés en France, accueillis à l'aéroport par des amis et les grands-parents, ce fut la fête et le passage du chaud au froid, la découverte des anoraks et des cagoules, les couches de vêtements qui se superposent. Les enfants se sont très vite adaptés et, quinze jours plus tard, ils fréquentaient déjà l'école du village rural où nous habitons. Très sociables (mais aussi très accaparants), ils ont vite charmé les enseignants, mais il fallut aussi, très rapidement, que la maîtresse impose ses limites et finisse par faire en sorte qu'ils ne restent pas toute la journée « collés l'un à l'autre » car ils fréquentaient la même classe à double niveau (PS-MS).

En deux ans, nous avons pu construire un tissu familial plus solide, avec des hauts et des bas, des moments de grâce et d'autres plus conflictuels. En effet, ils nous ont régulièrement « testés », en s'entraînant réciproquement, et ce n'est que très progressivement et irrégulièrement qu'ils ont accepté les contraintes de leur nouveau cadre de vie. Certes, en tant que nouveaux parents, on ne s'attend pas forcément à cela, surtout au départ, mais il est très important de mettre en place des règles et de s'y tenir même si cela demande beaucoup d'énergie et si le travail est plutôt ingrat. Les liens affectifs n'ont pas été immédiats mais progressifs. Aujourd'hui, tout le monde est à sa place et nous formons une famille unie.

Au cours des mois, les câlins ont été plus nombreux et une forme de complicité s'est instaurée entre nous quatre. L'éducation des enfants nécessite de la persévérance et de la patience. On ne peut ignorer ce qui s'est passé avant même si, dans notre cas, nous ne savons rien, mais nous devons aller de l'avant avec eux et repartir sur de nouvelles bases. Les voir grandir et évoluer reste passionnant.

Nous ne manquons jamais une occasion de leur faire découvrir le monde à travers des promenades, des visites, des activités diverses, des petits séjours en France (en attendant l'étranger). Ils nous suivent partout. Et quand nous les voyons s'éveiller, nous avons la meilleure des récompenses. L'apprentissage de la langue française se fait progressivement mais sûrement : le plus grand a appris à lire cette année dans sa classe de CP.



## ◆ A la rencontre de : Vincent

À la dernière assemblée générale d'Orchidées Famille, lorsque nous avons rencontré la directrice de l'orphelinat de Bangkok auquel nous nous étions adressés, celle-ci nous a indiqué que notre dossier était « *very soon* », très proche d'aboutir. Effectivement le lendemain, pendant l'hiver 2009, le rédacteur Asie de l'AFA nous a appelés en fin de journée pour demander si nous voulions toujours bien adopter. Quelle question ! Et il nous a envoyé le dossier par e-mail. Nous avons enfin découvert la première photo de notre fils : il paraissait si sérieux ! C'était une photo, comme une photo d'identité, accompagnée de sa biographie.

Le calendrier s'est ensuite un peu affolé avec tant de choses à faire en peu de temps, après tant de mois d'attente...

Nous prenons l'avion le mois suivant, un peu fatigués mais extrêmement heureux. Deux jours plus tard, nous rencontrons une assistante sociale de l'orphelinat, et le lendemain, ENFIN, rencontre avec Vincent à l'orphelinat. Il est arrivé tout sourire avec des fleurs, accompagné des représentants de son orphelinat.

La charge émotionnelle est immense, mais comme il y a beaucoup de monde autour de nous, cela nous fait tout drôle. Vincent est enfin là, notre fils tant attendu et désiré. Maintenant, nous allons devoir apprendre à nous connaître, à nous découvrir...

Nous repartons tous vers l'orphelinat. En arrivant, les autres enfants sont beaucoup plus énervés que Vincent, qui est tout sourire, mais qui paraît un peu distant avec nous (ce qui est normal) et fier avec ses petits copains. Nous nous rendons compte que le calendrier photo que nous avons donné à la directrice a bien été remis à Vincent, ainsi que l'album photo que nous lui avons envoyé, et qu'il connaît toutes les photos par cœur.

Nous passons la journée à l'orphelinat où Vincent continue ses occupations habituelles et nous, nous le regardons évoluer. Nous jouons avec lui et essayons de nouer des contacts ; nous avons emmené un mini-ordinateur avec des photos de la famille, de la maison, de notre région... Vincent et ses petits copains sont évidemment passionnés, autant par les photos que par l'ordinateur...

En fin de journée, le pick-up de l'orphelinat nous ramène à l'hôtel et nous nous retrouvons tous les deux avec des tonnes d'émotions à digérer. Normalement, le lendemain étant férié, nous ne devons pas voir Vincent, mais l'orphelinat nous dit que nous pouvons tout de même venir. Nous avons passé la matinée avec les enfants dans un parc floral. Nous avons piqué ensemble et sommes ensuite rentrés à l'orphelinat pour la sieste des enfants.



Et là, la *nanny* de Vincent nous a dit que nous pouvions faire la sieste avec lui, ce que nous avons évidemment accepté... Tout le monde faisant la sieste dans la même pièce, autant dire que personne ne dormait et que les fous rires et la curiosité prenaient le dessus... Ce fut magique, les premiers échanges et câlins avec Vincent ! La première fois où il montrait vraiment qu'il avait compris que nous étions papa et maman...

Le soir, retour à l'hôtel ; la soirée et la nuit ont été longues avant ce jour où nous allions enfin pouvoir commencer cette nouvelle vie à trois.

Nous avons passé la matinée à faire des achats pour Vincent ; il était un peu énervé car c'était la première fois de sa vie qu'on lui achetait autant de vêtements rien que pour lui... L'après-midi, il y a eu la cérémonie de départ où tout le monde a pleuré, c'était très chargé en émotion. L'orphelinat nous a remis des présents pour Vincent, et trois magnifiques albums photos de Vincent, retraçant toute sa vie à l'orphelinat.

L'arrivée à l'hôtel fût un peu houleuse. Heureusement que le personnel de l'hôtel était prévenu... Vincent n'a pleuré qu'un petit quart d'heure mais qui nous a paru une éternité, nous étions un peu désarmés !

Ensuite, le séjour s'est bien déroulé. Une maman adoptante nous avait donné un conseil précieux : faire un calendrier pour expliquer les différentes étapes jusqu'à l'avion et le retour en France. Cela nous a grandement facilité la tâche, car pour créer la confiance nécessaire, tous les jours nous commençons par expliquer ce que nous allions faire et comment : la photo pour le passeport, le visa, la commission, le taxi, la mer (une grande découverte pour Vincent !)...

Vincent ne se sentait en sécurité qu'avec nous à l'hôtel ou avec des personnes ayant des fonctions officielles (chauffeur de taxi, douanier, portier, femme de chambre, vendeur ambulancier), mais pour toute autre personne, thaïe ou occidentale, il y avait un blocage et il fallait beaucoup de patience pour y remédier.

Enfin, le départ vers l'aéroport ! Mais une attente trop longue et un départ très tard en soirée pour un enfant de cet âge ont créé un stress important chez Vincent. Cependant, quand nous avons pu enfin embarquer dans l'avion, pas question que quelqu'un d'autre que lui ne prenne sa valise... Vincent a dormi neuf heures sur les douze heures de vol, et il est arrivé à Paris en pleine forme. Au préalable, il a béni l'avion et souhaité un joyeux Noël à tous les papas et les mamans de l'avion. Il était très bavard et curieux, et posait plein de questions en thaï à nos voisins qui nous traduisaient.

Depuis qu'il est en France, il n'a plus peur des personnes « *sans fonction officielle* » et il nous étonne de jour en jour. Il est heureux, joyeux, il chante tout le temps, fait des progrès considérables en français... Sa maîtresse et ses nouveaux petits copains en sont épatés. L'école n'a posé aucun problème. Nous avons tout bien expliqué à Vincent. Il avait vu les photos de son école, de sa maîtresse et de ses petits copains de classe avant d'y aller réellement...

L'autre jour, il disait en chantant, « *c'est chouette, c'est chouette* ». Nous lui avons demandé ce qui était chouette. Et voilà qu'il nous a répondu « *c'est chouette d'avoir papa et maman* ». Evidemment, nous avons craqué... et nous lui avons dit que c'était chouette effectivement d'avoir un papa, une maman et un petit garçon comme Vincent.

L'assistante sociale sur place a été remarquable avec nous. Elle nous a facilité la tâche afin que tout se passe bien en temps et en heure, et nous l'en remercions vivement. Le personnel de l'orphelinat a été formidable avec Vincent pendant les cinq années qu'ils ont partagé car c'est un enfant très éveillé, curieux de tout, heureux de vivre, charmeur... Nous remercions également toutes les personnes qui nous ont soutenus durant ces trois années d'attente.

## **L'accompagnement sur place**

**Au Vietnam, au Cambodge, en Chine et aux Philippines, les familles sont prises en charge pour la totalité de leur séjour et démarches sur place.**

### **L'accompagnement par l'AFA au Vietnam et la remise officielle de l'enfant**

Dès leur arrivée au Vietnam, les familles adoptantes contactent le représentant de l'Agence Française de l'Adoption sur place afin de convenir d'un rendez-vous avec l'équipe locale de l'AFA.

La première rencontre avec les familles est l'occasion de mettre un visage sur des noms, de répondre aux nombreuses questions quant à la procédure et d'évoquer le calendrier des échéances à venir. Les familles reçoivent des conseils sur la culture et les usages vietnamiens, notamment sur les comportements à adopter en cas d'incident. Des adresses utiles leur sont communiquées et quelques précautions d'usage relatives à la circulation dans les rues de Hanoï leur sont données. Pour beaucoup, le Vietnam est un pays totalement inconnu, voire fantasmé. Il est donc opportun d'en aborder librement certains aspects afin de minimiser le choc culturel que beaucoup ressentent à l'arrivée.



Une présentation de l'équipe locale est réalisée afin d'identifier les différents interlocuteurs et les tâches qui leur incombent. Puis, le calendrier des étapes de la procédure est rapidement abordé.

A ce stade, la date de cérémonie de remise officielle n'est généralement pas fixée par les autorités. Elle est habituellement communiquée dans les dix jours qui suivent l'arrivée des familles. Cette incertitude qui pèse, non pas sur l'aboutissement de la procédure, mais sur l'absence de calendrier précis, justifie la présence des familles sur place pendant environ trois semaines ainsi que leur disponibilité permanente par téléphone. En effet, il est récurrent d'être informé tardivement de la date de cérémonie de remise officielle de l'enfant. Les familles sont donc quotidiennement en contact avec le représentant afin d'assurer une bonne communication.

Cette incertitude concernant la date de remise officielle de l'enfant peut générer des doutes, des impatiences et de l'irritabilité chez les familles. C'est donc notre priorité de les accompagner dans cette délicate période et d'expliquer, dans la mesure du possible, les impératifs du calendrier notamment l'agenda des autorités locales. On prend également soin de rappeler que toutes les autres familles adoptantes ont dû gérer cette attente et que, sauf exception, le temps de séjour annoncé a été respecté. La date de cérémonie peut cependant être plusieurs fois modifiée par les autorités vietnamiennes et, dans cette hypothèse, il est important de faire preuve de mesure et de patience.

Une fois la date de cérémonie définitivement arrêtée, une visite au centre de protection sociale où séjourne l'enfant est fixée et nous expliquons alors aux adoptants quelle attitude avoir vis-à-vis des cadres et des nounous du centre.

La rencontre avec l'enfant est généralement pleine d'émotions.

Un moment d'échange avec les nounous est également prévu et les sujets à aborder sont à préparer à l'avance afin de n'omettre aucun élément important pour l'enfant : comportements, habitudes alimentaires, rituels d'endormissement, santé, vaccination... En revanche, les conditions de son abandon ne seront pas abordées. Seul le rapport de police, remis lors de la cérémonie, en fera mention.

Naturellement, la remise officielle de l'enfant et les échanges avec le personnel du centre se feront avec l'aide d'un interprète ou du représentant local de l'Agence.

A tout moment, les familles peuvent solliciter le représentant si elles souhaitent être mises en relation avec le médecin ou la psychologue de l'Agence ou si elles souhaitent être dirigées vers un service médical local de qualité, que ce soit pour eux ou pour leur enfant.



## La cérémonie de remise officielle

Une note, rédigée par le Service Judiciaire de la province dont dépend le centre de protection sociale où réside l'enfant, est adressée au Comité Populaire de ladite province après l'arrivée des familles. Cette note donne permission au Service Judiciaire d'organiser la cérémonie de remise de l'enfant et elle doit être signée par le Président du Comité Populaire ou par un de ses adjoints. Le Comité Populaire de la province est la plus haute autorité locale. Nous n'avons donc aucun pouvoir d'intervention auprès de ses services pour définir une date.

Une fois ce document signé, le Service Judiciaire de la province choisira une date en fonction de son agenda, et parfois en tenant compte également du nombre de familles adoptantes présentes, tous opérateurs confondus. Une fois annoncée par les autorités vietnamiennes, la date de cérémonie n'est pas négociable, sauf exceptionnellement pour raison de santé.

Une tenue adaptée à la solennité de la cérémonie est requise et l'offre de petits cadeaux (alcools et parfums) pour les cadres satisferont les usages locaux. Lors de la cérémonie, le directeur du service judiciaire, assisté d'un représentant du Centre de Protection Sociale et d'un greffier, fera une lecture des textes relatifs à l'adoption et invitera chaque conjoint à signer les documents actant de l'adoption de leur enfant.

Un discours de remerciement de la part des familles sera particulièrement apprécié par les représentants des autorités locales. La cérémonie achevée, les familles seront officiellement les parents de l'enfant et ils se verront remettre les documents officiels leur permettant de procéder à une demande de passeport et de visa pour l'enfant.

**Emmanuel POLLEIN**

*Correspondant Local de l'AFA au Vietnam*





# L'arrivée en France

## CHAPITRE 6 : L'arrivée en France

### Démarches à l'arrivée

Dès le retour à la maison, vous devez prévenir l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) de votre département.

On vous remettra alors un carnet de santé pour votre enfant, ainsi qu'une attestation d'arrivée pour la prise en charge de l'enfant par la Sécurité Sociale et les organismes de prestation sociale (mutuelles, CAF).

Concernant les congés, les parents ayant adopté ont des droits équivalents à ceux des parents biologiques (voir congés dits de « *pré-adoption* » ou « *congé d'adoption* ») selon le souhait et la situation de chacun.

Pour cela, vous devez accomplir les formalités d'inscriptions sur le site de la CAF ([www.caf.fr](http://www.caf.fr)). Vous y trouverez toutes les prestations à votre disposition, ainsi que les conditions vous permettant d'y avoir droit. Vous pourrez dès lors remplir les formulaires correspondant aux prestations pouvant être perçues, directement sur le site de la CAF.

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) comprend la prime à l'adoption, l'allocation de base, le complément libre choix du mode de garde et le complément libre choix d'activité (voir conditions de ressources).

### Importance des rapports de suivi

Les premiers mois suivant l'accueil de l'enfant sont extrêmement importants pour la réussite de l'adoption et la construction du lien. .

Les adoptants doivent se conformer, en lien avec leur conseil général ou leur OAA, à la périodicité des rapports de suivi à laquelle ils se sont engagés auprès du pays d'origine de l'enfant (Cf. fiches pays) et aux demandes des tribunaux pour l'adoption plénière le cas échéant.

Les pays qui confient des enfants en adoption sont particulièrement attachés au fait de recevoir ces rapports, qui contribuent à maintenir la relation de confiance entre les pays.

Le suivi post-adoption doit permettre :

- la supervision du développement de l'enfant et de son adaptation à sa nouvelle famille par les services responsables du pays d'accueil,
- une information du pays d'origine pour lui permettre d'améliorer son propre système d'adoption en fonction du devenir des précédentes adoptions finalisées,
- à l'État d'origine de garder une responsabilité du mineur en cas de double nationalité de l'enfant.

## **Les prises en charge éventuelles**

Le projet d'accueil d'un enfant déjà grand ou d'une fratrie doit avoir été réfléchi dans un esprit de disponibilité et une aptitude à se décentrer de soi-même car, bien souvent, des prises en charge sur la durée seront nécessaires pour l'enfant, notamment en raison des privations socio-affectives et retards de développement psychomoteur et/ou du langage fréquents.

Ces prises en charge seront à prévoir, dans toute la mesure du possible, à la proximité du domicile, car elles nécessiteront disponibilité, déplacements et présence régulière et répétée. La proximité est très importante parce que cette prise en charge a des effets dans la vie quotidienne avec l'enfant.

Au-delà de la bonne compréhension des besoins spécifiques de l'enfant, devront être anticipées l'acceptation de ses difficultés ou de sa maladie, mais aussi l'acceptation du regard des autres, car l'enfant pourra solliciter des explications à adapter progressivement à son âge et à sa compréhension.

## **Les consultations pédiatriques adoption**

Une vingtaine de Centres Hospitaliers (CHU ou assimilés) proposent des consultations de pédiatrie ayant une spécificité reconnue auprès des enfants adoptés et, le plus souvent, constituées en réseau avec des spécialistes de pédopsychiatrie, neuropédiatrie et/ou de parasitologie.

Il s'agit de consultations longues (une heure environ), ayant une périodicité variable d'une à trois fois par semaine ou par mois selon les cas, prenant en compte, dans toute la mesure du possible, les situations urgentes et destinées à faciliter, en raison de leur expertise et en lien avec le médecin traitant :

- la prise de décision avant adoption (sur le seul dossier de l'enfant),
- le bilan d'arrivée de l'enfant, généralement dans le mois qui suit son arrivée sauf urgence,
- la prise en charge médicale et/ou l'aide à l'intégration de l'enfant à distance, si nécessaire.



Les compétences de ces consultations hospitalières peuvent être ainsi résumées :

- répondre, avant l'apparement, aux questionnements des familles afin de les aider à la lecture et à la compréhension du dossier médical remis avec la proposition d'enfant ;
- conseiller les parents avant le voyage ;
- évaluer, à la demande des parents, l'état de santé global de l'enfant à son arrivée et faciliter son orientation grâce au plateau technique hospitalier ;
- assurer le lien avec le médecin traitant de ville de l'enfant par un retour détaillé sur cette consultation ;
- réaliser, si nécessaire, un suivi à distance par un bilan psychométrique en cas de troubles des apprentissages scolaires ou de doute sur l'âge réel, ou encore une prise en charge de troubles du développement staturo-pondéral ou pubertaire ;
- soutenir la parentalité en guidant et accompagnant les parents en difficulté, à l'arrivée (questions éducatives) et/ou lors des périodes sensibles de (pré)adolescence notamment.

Leurs coordonnées sont disponibles sur les sites de l'AFA et d'EFA (Angers, Brest, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Hyères, Lille, Lyon, Nancy, Nantes, Nice, Marseille, Paris, Pau, Péronne, Pontoise, Reims, Rennes, St Quentin, Toulouse, Tourcoing, Tours, Versailles).

## **Les consultations psy adoption**

Elles commencent à se développer, mais existent essentiellement en région parisienne. Leurs coordonnées sont disponibles auprès de la psychologue de l'AFA.

## **Les lieux d'accueil enfants/parents gratuits (réseau LAEP 0-6 ans)**

Les LAEP, en référence à la Maison Verte impulsée par Françoise Dolto, sont des espaces prévus pour accueillir enfants et parents ensemble dans les jeux et les échanges. La spécificité de ces lieux se fonde sur le lien familial et la prévention de la relation enfants/parents.

L'enfant est accueilli en présence d'un parent dont la participation est basée sur l'anonymat et la confidentialité.



## **Les centres de prises en charge pluridisciplinaires**

Composés d'équipes pluridisciplinaires, les centres d'action médico-sociale précoce (deux cent cinquante CAMSP en France) sont des lieux de dépistage et de prise en charge pour les enfants de moins de six ans. Ils peuvent être d'une grande utilité, de même que les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres médico-psychopédagogiques (CMPP) pour les enfants plus grands. Ils sont gratuits et présents sur tout le territoire. Les psychologues et psychomotriciens libéraux peuvent aussi apporter une aide précieuse.

- **Les CAMSP** interviennent auprès des enfants de zéro à six ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales, ou le suivi d'anciens prématurés. Ils exercent des actions préventives et peuvent être spécialisés ou polyvalents. Ils assurent également une guidance parentale dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'enfant, l'aide à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance (crèche, halte-garderie, école maternelle) et le lien avec les structures hospitalières et « *de ville* ».
- **Les CMP et CMPP** assurent, pour les enfants et adolescents de trois à dix-huit ans, le dépistage et la rééducation de troubles neuropsychologiques (difficultés psychomotrices, orthophoniques, troubles de l'apprentissage) ou de troubles du comportement susceptibles de nécessiter une thérapie médicale, une rééducation médico-psychologique ou psychopédagogique sous autorité médicale.
- **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)** assurent un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie aux enfants et adolescents jusqu'à vingt ans, en liaison avec les familles. Ils sont spécialisés par handicap (moteurs, sensoriels ou intellectuels).
- **La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** a été créée par la loi du 11 février 2005 pour « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». Il s'agit, dans chaque département, d'un lieu unique d'accueil et de reconnaissance des droits -avec parfois prestations ou allocations- pour l'ensemble des usagers, enfants et adultes, quel que soit leur handicap. Elle permet, le cas échéant, une prise en charge dans les différents lieux de vie de l'enfant. Elle peut permettre aussi, s'il y a lieu, une demande relative à un parcours de scolarisation (adaptation de la scolarité voire orientation vers une scolarité spécialisée), de formation ou de soins en établissement ou service médico-social.



- **Les centres de référence du langage et des apprentissages** sont des centres ressources qui reçoivent, en accord avec leurs parents, des enfants adressés par des professionnels de la santé ou de l'éducation (médecin d'un établissement scolaire, par exemple) pour des évaluations complémentaires à visée diagnostique ou thérapeutique, complétant les évaluations et bilans effectués par les professionnels en amont. Ils ont également des missions de formation et de recherche.
- **Les Maisons départementales des adolescents (MDA)** sont des lieux d'accueil et d'écoute pluridisciplinaires pour les jeunes de douze à vingt-et-un ans et leurs familles. Elles sont constituées d'accompagnants sociaux, de médecins, psychologues, psychiatres, animatrices et infirmières.

## Les professionnels de l'Éducation nationale

A l'école, un dialogue avec votre professeur des écoles et le médecin de santé scolaire peut être utile afin de sensibiliser l'enseignant aux besoins spécifiques d'un enfant adopté et, surtout, au temps d'adaptation nécessaire selon son histoire (Avait-il déjà été scolarisé ? A-t-il des problèmes de santé ? De nouveaux repères dans tous les domaines sont à mettre en place par l'enfant : importance de lui laisser du temps, de ne pas « *lui mettre la pression* » et de ne pas lui imposer d'exigences démesurées au début...).

Les personnels des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (**RASED**) traitent des difficultés scolaires à l'école primaire. Les enseignants spécialisés et psychologues scolaires apportent leur expertise au sein de l'équipe enseignante. Le cas échéant, ils aident au repérage des élèves en situation de handicap et à la réalisation des **projets personnalisés de scolarisation (PPS)**. Ils contribuent à une relation positive avec les parents pour faciliter la réussite scolaire.

Outre le médecin et l'infirmière de l'Éducation Nationale, et l'équipe des RASED, il existe parfois un référent adoption dans certaines Inspections d'Académie qui peut vous apporter son écoute et son aide.



## En effet, deux sortes de difficultés peuvent être rencontrées à l'école

- **D'intégration**, par méconnaissance du monde scolaire et de ses règles, difficulté à quitter ses parents...
- **D'apprentissage** (non scolarisation antérieure, nouvelle langue, difficulté de concentration, anxiété...).

D'où l'importance d'instaurer un climat serein autour des apprentissages, de faire confiance à l'enfant, de le conduire et d'aller soi-même le chercher... De ne pas exiger de prouesses (à l'école), de ne pas le laisser seul (à la maison), et d'éviter les séparations trop précoces ou trop fréquentes qui réveillent des souvenirs de changements brutaux, de ruptures...

Au milieu de toutes ces contraintes, parvenir à laisser du temps au jeu : jouer, c'est sérieux ! Donner à l'enfant la possibilité de découvrir des domaines moins « scolaires », sans excès toutefois, afin de ne pas ajouter trop d'activités -de tous ordres- et de conduites d'un lieu à l'autre à un rythme qui risquerait de devenir épuisant pour lui.

Parvenir à lui laisser des temps neutres, reposants et, de la même manière, le rassurer par une autorité bienveillante, paisible, patiente... « *Tu n'y arrives pas ? Ce n'est pas grave, ça va venir. Demain tu réessayeras* ».

La loi prévoit un accompagnement de proximité et un suivi de l'insertion familiale et sociale de l'enfant par l'équipe du Conseil Général, lequel pourra être de bon conseil pour vous guider et vous orienter si nécessaire vers ces différents services.





## Une disponibilité indispensable : l'exemple de l'accueil d'une fratrie en solo

Plusieurs enfants d'âge différent n'arrivent jamais simultanément dans une famille, en filiation biologique !

Quel bouleversement cette fratrie va-t-elle soudain engendrer chez une personne adoptant en célibataire ? Quel rythme de vie, sportif sans aucun doute, devra mener celle-ci du jour au lendemain ?

Attention déjà en amont, au moment de la délimitation de son projet, de ne pas chercher à reconstruire ce que l'on a vécu dans son enfance, en idéalisant la famille nombreuse au regard de sa propre histoire.

Plus tard, dès la période de convivialité dans le pays, il faudra être en mesure de se rendre disponible à chaque enfant au quotidien, permettre à chacun de trouver sa place, et cette disponibilité devra être multiforme : psychique, physique et matérielle. En anticipant en termes d'organisation matérielle, mais aussi en déployant de singulières qualités d'énergie, de souplesse et de patience.

D'où l'importance de pouvoir s'appuyer, si besoin, sur une tierce personne que l'on aura choisie si, un jour, des difficultés d'ordre pratique ou psychologique venaient à se présenter, ou lorsqu'il faudra mettre de la distance entre la mère et l'enfant, par exemple lors de l'adoption d'un garçon par une célibataire (difficultés prévisibles à la période adolescente) ; ou chez une fille vers 9-10 ans, quand se profile la puberté (et la préadolescence avec son cortège de questionnements pouvant mettre en difficulté la relation).

De façon plus générale, quel rapport à l'autorité, à la liberté auront ces enfants ?

Se sentir solide et en capacité de tenir bon si cela se passe mal, assurer malgré tout la « *permanence* » d'un cadre familial et de repères stables et rassurants, ne pas hésiter à se faire conseiller et entourer. Faire attention à tout ce qui va venir « *faire résonance* » avec sa propre histoire.

Enfin, mesurer si l'on pourra et saura faire preuve de disponibilité en cas de prises en charge multiples ou rapprochées (psychomotricien, orthophoniste, soutien scolaire, psychologue, etc.) ou, tout simplement, lorsque l'on travaille, pour organiser les prochaines vacances scolaires des enfants tout au long de l'année.



# L'adaptation de l'enfant

## CHAPITRE 7 : L'adaptation de l'enfant

### **Accueillir son enfant**

#### **a) Apporter les premiers soins**

C'est effectivement la priorité absolue, surtout sur le plan de la santé.

**Dès la première rencontre et durant la phase d'apprivoisement de l'enfant, la priorité est de répondre aux besoins physiologiques de l'enfant (manger, boire, dormir, être soigné) et de lui montrer qu'il est en sécurité chez vous.**

Pour cela, adoptez un rythme de vie le plus calme possible avec des horaires réguliers, ne partez pas tout de suite en visite ou en voyage. Laissez votre enfant se poser, prendre confiance dans la constance et la fiabilité du nouveau nid qui lui est proposé. Il a connu trop de bouleversements et de changements auparavant. Aussi a-t-il besoin de compenser ses carences dans le calme.

Vous êtes vous-même dans un état d'émotivité intense : votre projet se réalise enfin, vous avez vécu l'incertitude des démarches et toutes ces années d'attente derrière vous ! Vous aussi avez besoin de repos, de retrouver un cours de vie paisible. Votre enfant a besoin de parents sereins qui assurent le quotidien sans émotions excessives.

**Ne cherchez pas trop vite à le couvrir d'affection mais à lui montrer qu'il est en sécurité et que vous êtes dignes de confiance.**

Le sentiment de sécurité est le premier pas de la relation affective qui va permettre l'attachement. Si l'enfant refuse les bisous et les câlins, ne vous sentez pas rejeté. Soyez patient et continuez à assurer ses besoins de base. Le lien parent/enfant indestructible naît de ces interactions constantes et quotidiennes dans la réponse aux besoins de base de l'enfant.

***Mais attention : répondre aux besoins fondamentaux, ce n'est pas « gaver » l'enfant pour qu'il récupère.*** Faites-vous conseiller par votre médecin. N'écoutez pas les conseils bien intentionnés mais souvent ignorants de votre entourage.



Le maternage des premiers temps a pour but de remettre l'enfant en forme physique et de favoriser l'attachement, en lui montrant quelles sont les personnes référentes qui veillent à ses besoins et sa sécurité. **Les personnes référentes, au début, ne doivent être que les parents.** C'est pourquoi il est conseillé de retarder au maximum l'entrée en crèche, en garderie ou la mise à l'école trop rapide.

**Lorsque l'enfant se sent en sécurité**, qu'il laisse tomber un peu son hypervigilance, **il peut s'autoriser à régresser** avec ses nouveaux parents (il peut demander à être porté, à être nourri, à dormir auprès de quelqu'un, même s'il est déjà un peu grand). C'est comme si l'enfant revivait avec ses nouveaux parents des stades antérieurs en réimprimant de nouvelles émotions positives dans son processus de développement. La régression est fréquente : elle est parfois surprenante et fatigante pour les parents, mais très gratifiante. Elle exige, en tout cas, beaucoup de disponibilité.

***Dans les premiers temps, tout ce qui n'est pas recommandé pour un enfant sécurisé qui doit apprendre l'autonomie sera indispensable pour un enfant insécuré.***

Ne vous laissez pas influencer par le regard des autres qui pensent que vous couvez trop votre enfant.

Mais, accepter la régression, ce n'est pas installer l'enfant dans cette régression. Dès que vous le sentirez prêt, en sécurité (comptez plusieurs mois), il faudra lui apporter des stimulations pour l'aider à grandir.

Beaucoup d'enfants qui ont souffert, qui ont vécu en institution, présentent des retards de développement. Ils ont besoin d'être stimulés mais en respectant toujours leur rythme personnel, sans comparaison avec des enfants nés en France. Vous serez les premiers rééducateurs de votre enfant mais, attention, ne faites pas de forcing : **tous les stades prévus par l'évolution naturelle doivent être vécus en respectant le rythme de l'enfant** (par exemple : avant de se tenir debout, il faut savoir tenir sa nuque, puis apprendre à s'asseoir, puis marcher à quatre pattes, enfin on peut tenir sur ses jambes). Prenez conseil auprès de votre médecin.

Souvenez-vous toujours : ***un enfant peut être hors normes sans être anormal.***

**Pour un plus grand : les stimulations devraient être apportées, non pas tant au niveau intellectuel** (même pour un enfant arrivé grand, ce n'est pas la priorité), **mais dans le domaine de la sensorialité**, base du système émotionnel, du système de la motivation. Lui redonner le plaisir de faire, de se développer, d'expérimenter en faisant avec lui, au début, dans le rire et la tendresse puis en le laissant faire par lui-même.

- **C'est pourquoi on favorisera, comme avec un tout petit bébé, le portage, le bercement, le contact corporel** (en tenant compte des réticences d'un enfant grand qui a subi des maltraitances) et tout le langage non verbal (contact visuel, gestes tendres, mimiques accentuées, sans brusquerie) et les jeux qui favorisent ce rapprochement (jeux dans le bain, dans la piscine, dans la nature).
- **La parole est également importante** : parler de son histoire même et surtout si elle a été traumatisante, mettre des mots sur la peur et l'angoisse qu'il a dû ressentir, sur la tristesse d'avoir quitté ses amis et ses copains si brutalement, sur tout ce qui le heurte et lui pose question dans notre monde si différent du sien. Mais ne l'agressez pas non plus avec des questions perpétuelles. Soyez à l'écoute quand il ne va pas bien, et à ce moment-là, essayez de mettre des mots sur ce que vous ressentez ou devinez. Parlez-lui aussi de vos propres émotions.
- **On peut utiliser le langage symbolique, surtout avec un enfant qui ne parle pas. Ce langage parle directement au cerveau droit de l'enfant, cerveau des émotions et de l'inconscient** : lire des contes, utiliser des poupées et des peluches pour lui raconter son histoire et des histoires d'abandon, des épreuves difficiles de la vie qui se terminent bien.

## **b) Comprendre les comportements difficiles de votre enfant / la résilience**

- **Un enfant qui a souffert d'abandon, qui a subi des ruptures répétées, peut présenter des difficultés dans la mise en place de relations affectives proches : il se méfie des adultes, doute de leur fiabilité et de leur constance.** De plus, le monde lui paraît dangereux et il se sent peu digne d'être aimé (les derniers événements qu'il a vécus l'ont confirmé dans ces représentations négatives du monde, des adultes et de lui-même).
- Il peut être si anxieux qu'il en devient dépendant, accroché à vous, avec la hantise constante de la séparation. Son anxiété peut aussi le rendre hyperactif, agité en permanence, sollicitant une attention constante.
- Il peut ressentir de la rage contre vous à chaque séparation et devenir alors opposant et agressif, avec des colères hors de proportion ou en contrant sans arrêt vos propositions.
- Ou bien il peut s'isoler, se gérer lui-même en refusant votre aide et trouver son plaisir dans le monde des objets, préférant penser ou pleurer dans son coin et refusant de vous parler.
- Ou bien, à l'inverse, il semble hyper-sociable, très adapté, mais de façon très superficielle : il joue de la séduction mais ne s'attache pas vraiment.



Toutes ces difficultés s'estompent avec le temps. Mais, si elles vous paraissent majeures ou trop durables (plus d'un an), n'hésitez pas à consulter et **faites-vous aider en tant que parent, car les sentiments d'abandon de votre enfant vont réveiller vos propres blessures d'enfant**. Vous pouvez revivre, vous aussi, des sentiments d'abandon, de rejet. Vous pouvez vous sentir malmenés par cet enfant et lui en vouloir. Vous pouvez même, par moment, le détester, avoir de la rancœur contre lui, ce qui vous empêchera de rester un bon donneur de soins et un bon contenant pour éduquer votre enfant. Car il aura aussi besoin d'un cadre ferme et de limites posées avec calme, conviction et justesse sans autoritarisme. Ce n'est évident pour aucun parent, encore moins lorsque l'enfant a souffert et projeté sur vous ses souffrances.

**D'autre part, un enfant qui a été traumatisé peut développer, dans les mois qui suivent le traumatisme, ou après un délai, un certain nombre de troubles psychiques qui perturbent ses réactions et son comportement.**

- **L'enfant revit l'événement traumatisant de façon répétitive** sous forme de cauchemars ou de rêves éveillés angoissants. Le déclenchement peut être une situation « *tilt* » pour l'enfant mais anodine pour les parents, d'où leur incompréhension. Cela risque d'être mal compris ou interprété comme un rejet parental, un caractère difficile, une crise passagère...
- **Pour éviter ce retour d'angoisses, l'enfant évite certaines situations stressantes** pour lui, mais parfaitement incompréhensibles pour l'entourage. Cela peut déboucher sur du désintérêt massif pour des activités quotidiennes.
- Enfin, l'enfant est en état constant d'**hypervigilance** (comme si un danger allait arriver brusquement). Il manifeste une anxiété constante pour tout. Il a des angoisses. Il est irritable. Il se met facilement en colère. Il a des troubles du sommeil, des difficultés de concentration.
- **On comprend que, dans ce cas, il lui est impossible de faire des apprentissages scolaires dans de bonnes conditions.**
- **La priorité est donc déjà de le sécuriser et qu'il puisse retraiter son traumatisme par différents moyens : parole, dessin, modelage, corps, avec quelqu'un de compétent.**

**Etre un bon contenant**, c'est ne pas laisser l'enfant prendre le contrôle par ses colères ou ses caprices. Cela nécessite **de trouver la bonne distance émotionnelle et affective avec l'enfant et c'est à ce niveau que tout parent a besoin d'être aidé**. En effet, répondre aux besoins d'un enfant ne veut pas dire satisfaire ses envies, caprices et désirs, et contrôler la violence d'un enfant ne signifie pas lui infliger des punitions abusives et coercitives. **Votre rôle de parent n'est pas de séduire l'enfant, de vous faire aimer de lui, mais de le protéger, de le nourrir et de le « cadrer » avec empathie et fermeté bienveillante.**

**Les premiers moments avec votre enfant peuvent être éprouvants** : l'attente et les démarches à faire ont été difficiles. Bien sûr, vous aurez des retours rapidement merveilleux (des manifestations d'amour, des câlins, des bisous, de la joie de le voir s'épanouir, progresser, grandir, s'intégrer), mais vous devez beaucoup investir dans les premiers temps et les nuits sont parfois courtes surtout si le sommeil de l'enfant est perturbé. Si vous avez d'autres enfants, il vous faudra conjuguer entre la demande d'attention des plus grands et la demande d'exclusivité du dernier, gérer les rivalités fraternelles, puis s'occuper de l'intégration scolaire et sociale.

**Il faut compter une année pour que la vitesse de croisière familiale soit stabilisée.** Certains parents le vivent très bien. D'autres peuvent craquer et ressentir une forme de dépression, le ***baby blues*** post-adoption. Cela se manifeste par une tristesse, de l'abattement, une grande fatigue, des troubles du sommeil et de l'appétit, des sentiments d'incapacité de ne pouvoir faire face, d'impuissance, de dévalorisation, de culpabilisation... Cela s'explique fort bien : deuil de la vie antérieure, contrecoup de la fatigue et des stress de l'adoption, ajustements difficiles. Pendant ce temps, l'entourage vous congratule pour la réussite de votre adoption si attendue et vous impose involontairement le silence sur vos difficultés. **Faites-vous aider par des gens compétents, ne vous négligez pas.**

### **c) Apprendre à écouter les émotions et les sentiments de votre enfant**

**Pouvoir être écouté et entendu est un besoin fondamental chez l'enfant. S'il a souffert, ce besoin est exacerbé mais l'enfant a encore moins les mots pour expliquer ce qu'il ressent.** Les parents par adoption doivent apprendre à décoder les messages et les différents langages de leur enfant récemment arrivé. **C'est une très bonne façon d'acquiescer sa confiance. C'est essentiel pour qu'il puisse panser ses blessures.**

D'autre part, lorsque l'on écoute vraiment, on envoie le message suivant : *ce que tu dis, ce que tu penses, ce que tu ressens est important. Tu es quelqu'un qui a de la valeur, qui mérite de l'attention.* **C'est le moyen le plus sûr pour développer « l'estime de soi » d'un enfant.** Pour cela, il faut développer **beaucoup d'empathie**, c'est-à-dire une attitude d'accueil et d'acceptation inconditionnelle de l'enfant, pour essayer de comprendre le monde (matériel et psychique) dans lequel il vit, ce qu'il ressent, ses modèles de références, sans a priori, sans jugement, tout en essayant de garder une distance émotionnelle avec l'autre. **Être disponible pour l'autre sans le confondre avec nous-mêmes, sans s'identifier à lui, sans forcément être d'accord avec ce qu'il dit, c'est accepter la différence.** On n'écoute pas pour donner des solutions, des conseils, mais pour permettre à l'enfant de dénouer sa pensée, de clarifier ce qu'il ressent afin de trouver lui-même les solutions à ses problèmes.



**Il faut beaucoup d'humilité aux parents pour écouter et une grande confiance dans les capacités de leur enfant à trouver ses propres ressources.**

**Il est dangereux d'écouter avec trop de pitié et de commisération car on empêche son enfant de se sentir fort pour réagir.** C'est pourquoi, lorsque l'on se sent trop touché personnellement par les propos de l'enfant, lorsqu'il évoque des souffrances très profondes de son passé, il vaut parfois mieux confier cette écoute à un professionnel.

Accompagner les deuils que l'enfant doit faire, supporter les pleurs, la douleur vive encore présente, n'est pas évident. Cela nous renvoie à nos propres blessures. D'ailleurs, l'enfant perçoit si vous êtes capable de le supporter ou non. S'il sent qu'il vous met en danger, il ne vous en parlera pas. Dites-lui simplement que c'est trop difficile pour vous d'entendre tout cela et que vous ne vous sentez pas capable de l'aider, mais que d'autres peuvent le faire (écoutants professionnels).

**Soyons clairs : nous ne sommes pas les sauveurs de notre enfant.** Nous sommes simplement des tuteurs, car c'est l'enfant qui se réparera lui-même. Bien sûr, nous apportons soins, accompagnement, éducation mais c'est l'enfant qui reste responsable de son propre devenir au fur et à mesure qu'il grandit. Il aura besoin, aussi, d'autres personnes référentes, en dehors de nous, pour se réparer et se construire. Cela nous invite à plus **d'humilité et plus de lâcher prise** (moins de prise de pouvoir sur notre enfant, moins d'emprise, de possessivité et d'hyperprotection).

**Écouter un autre nous renvoie toujours à nous-mêmes**, réveille en nous des émotions, des jugements, des comparaisons par rapport à notre propre vécu. En prendre conscience permet de diminuer les projections, les interprétations qui nuisent à l'écoute. Ecouter nécessite **beaucoup de prudence dans notre interprétation des choses**, dans ce qu'on croit avoir compris. Pour cela, il vaut mieux poser des questions ouvertes (qui n'induisent pas la réponse oui ou non).

On pense trop souvent que l'enfant nous en veut ou qu'il le fait exprès. Ecouter et refléter les sentiments de l'enfant sans vouloir les supprimer, ni les raisonner, empêche souvent le passage à l'acte dangereux, les réactions agressives et violentes ou les somatisations. *« On passe ainsi de l'interprétation : "mon enfant ne m'aime pas, mon enfant est dangereux pour moi", à la conscience suivante : "mon enfant a besoin de moi de façon spécifique" ».* Robert MARVIN. Cela ne veut pas dire qu'on n'a pas le droit de se positionner en tant que parent en donnant son avis, son appréciation de la situation, ses suggestions, mais dans un premier temps, laissons à l'enfant le temps de cheminer personnellement, le temps de réaliser par lui-même ce qu'il vit et a vécu.

**On écoute d'abord, on donne sa position ensuite.** C'est beaucoup plus efficace de donner des limites, de mettre des sanctions, bref d'éduquer si on a pris le soin d'entendre, avant, le point de vue de l'enfant. **Combien de colères, de désobéissances, de révoltes seraient évitées si l'on avait pris le temps d'écouter vraiment un enfant en souffrance !**

Montrons-lui d'abord une acceptation totale de ce qu'il est, ici et maintenant, sans le figer dans cet instant T. Le positionnement du parent se fait dans un deuxième temps.

### **Comment manifester cette écoute et cette acceptation inconditionnelle de l'enfant ?**

- **Par des messages non verbaux** : un bon regard, un sourire, une attitude corporelle d'invitation à poursuivre, un silence attentif, **bref, du temps et de la disponibilité**. Les parents ne sont pas obligés d'écouter tout le temps. Ils peuvent ménager des plages d'écoute dans leur emploi du temps lorsque l'enfant les interpelle pour quelque chose d'important, mais ils peuvent aussi écouter dans le quotidien certains langages non verbaux (des réactions, des actes, des comportements, des somatisations) parce qu'ils ont développé cette capacité d'écoute.
- **Par une formulation verbale** :
  - soit en confirmant qu'on a bien entendu les émotions, sentiments, convictions, dits ou exprimés par l'enfant : « *Tu as été déçu par ton copain ?* », « *Tu as eu peur de moi ?* », « *Tu en veux beaucoup à ton père ?* », « *Tu n'aimes pas ta sœur ?* »... Sans pour autant les partager ou les approuver, en reconnaissant juste qu'ils existent chez lui en ce moment.
  - soit en reformulant ce que nous avons compris de son discours ou de son ressenti sous forme interrogative : « *Si je comprends bien, tu veux manger très vite pour aller jouer ?* », « *Je crois deviner que tu n'as pas envie d'aller voir ta grand-mère, je me trompe ?* »... Cela permet à l'enfant de préciser ses désirs, de voir clair en lui-même.
- **Par des moyens symboliques**, en lui proposant de nous montrer avec des objets, des jouets ou un dessin, ce qu'il veut dire ou exprimer. Les parents peuvent aussi mettre en scène des jouets, des peluches pour aider l'enfant à visualiser une situation difficile, pour l'aider à comprendre quelque chose d'important.



## **d) Prendre le temps**

Votre enfant a beaucoup souffert, vous aussi.

Une fois l'urgence vitale désamorcée, prenez le temps :

- **Les progrès de l'enfant ne seront pas en courbe croissante continue.** Il y aura des avancées et des reculs, c'est normal. Patience !
- **L'attachement réciproque parent/enfant met parfois beaucoup de temps** à se construire. C'est normal, vous êtes au départ complètement étrangers l'un à l'autre. La construction d'une histoire commune faite de joies et de confiance se fait petit à petit, malgré et à travers les frustrations et les contraintes. Patience !
- Tout enfant, même biologique, doit être adopté par ses parents.
- **La scolarisation se fera à son rythme.** Ne vous fiez pas à tous ceux qui voudront que votre enfant rattrape vite sa classe d'âge : il n'est pas du tout certain que le BAC à dix-huit ans soit mieux que le BAC à vingt ou vingt-deux ans, ni que les titulaires d'un CAP (choisi) soient moins heureux que les cadres surmenés. Patience !
- **Prenez du temps pour vos autres enfants.** Ils ont besoin de savoir que leurs parents gardent la préoccupation de leur personne et de leurs besoins, même s'ils ont peu de temps à leur consacrer.
- **Prenez du temps pour vous. Prenez du temps aussi pour votre couple.** Vous avez besoin de vous ressourcer et de vous redynamiser. **L'enfant ne doit pas croire qu'il est le centre du monde**, même s'il a pu le penser dans les premiers temps. Ce n'est pas bon pour sa construction psychique.

Prenez le temps de vivre avec votre enfant des moments heureux de plaisirs partagés, sans idée de performance, dans l'humour et la gaîté.

Prenez le temps de profiter les uns des autres, en famille, dans le seul but de partager de bons moments.

Et surtout, prenez le temps de vous émerveiller de tout ce qui, de façon imperceptible, progresse et permet à chacun (parents et enfant) de grandir vers plus d'humanité.

Et remerciez la vie pour cela ! Bonne route en famille !

**Dr Blandine HAMON**



## Scolarité

### La scolarisation des enfants adoptés « grands » : petit mémo d'aide pour les parents

L'arrivée de nos enfants est une source de joie et de bonheur après ces longues années d'attente et de doute.

Cependant nous devons reprendre la vie quotidienne et, pour nos enfants, cela signifie l'école. Si une période d'adaptation à la maison d'au moins un mois avec leurs nouveaux parents est souhaitable, la scolarisation doit intervenir dans un délai raisonnable. Pour les enfants arrivés petits (entre un et quatre ans), les difficultés de langage et d'expression orale ont le temps de se résoudre sans problème particulier dans la majorité des cas. Pour les enfants arrivés « grands » (au delà de 5 ans), l'acquisition de la langue française reste un objectif majeur pour une scolarisation réussie.

Les instances ministérielles ont mis au point une pléiade de mesures destinées à aider nos enfants dans ce sens. Hélas, sur le terrain, la réalité est autre. Nous avons la possibilité d'inscrire nos enfants dès leur arrivée, et ce même si nous ne disposons pas, dans un premier temps, de tous les documents officiels d'adoption : *« l'inscription, dans un établissement scolaire, d'un élève de nationalité étrangère, quel que soit son âge, ne peut être subordonnée à la présentation d'un titre de séjour<sup>2</sup> »*.

Les mesures prises pour accueillir et scolariser nos enfants sont les suivantes : dans la mesure où l'enfant est inscrit dans une structure « traditionnelle », la première chose à demander, si ce n'est pas proposé spontanément, c'est la mise en place d'un PPRE (Plan Personnalisé de Réussite Éducative). C'est un « contrat » passé avec l'équipe enseignante qui détermine les besoins spécifiques de l'enfant et décide de la mise en place des différents intervenants.

### Création de structures d'accueil : les CLIN et les CLA-NSA

L'Éducation Nationale a aussi prévu des classes d'adaptation aux enfants arrivant de l'étranger :

**CLIN** : Classe d'INitiation pour un enseignement de Français seconde langue, destinée aux élèves du premier degré, quotidiennement, et pour un temps variable en fonction des besoins de chaque enfant. L'objectif consiste à ce que l'élève puisse, au plus vite, intégrer le cursus « normal » avec une maîtrise de la langue française suffisante.

---

2 - Circulaire n°2002-063 du 20/03/2002 : « Modalités d'inscription et de scolarisation des élèves de nationalité étrangère du premier et du second degré ».



**CLA-NSA** : Classe d'Accueil pour élèves Non Scolarisés Antérieurement. Pour les élèves du second degré.

Hélas, les **CLIN** et les **CLA-NSA** n'existent pas dans toutes les écoles, ni même dans toutes les villes. Il faut parfois faire plusieurs dizaines de kilomètres pour en trouver une ! De plus, il faut être vigilant sur la composition de ces classes. En effet, il arrive très souvent qu'au sein d'une de ces classes, on trouve à la fois des enfants ne maîtrisant pas le Français à cause d'une arrivée tardive sur le territoire, mais aussi des enfants qui présentent un retard de langage, et des enfants en difficulté que l'on a du mal à intégrer dans des classes ordinaires. Il faut donc être attentif à la composition de la structure que l'on propose pour nos enfants. Cependant il existe des **CLIN** et des **CLIS** tout à fait compétentes et très bien structurées qui effectuent un énorme travail. A nous d'être attentifs !

Il faut demander, auprès de l'équipe enseignante, **une évaluation des acquis** afin de savoir quel processus sera le plus adapté. Cette évaluation doit être réalisée par un membre du CASNAV (Centre Académique pour la Scolarisation des Nouveaux Arrivants et des Enfants du Voyage).

Suite à cette évaluation, on pourra proposer **la mise en place d'une aide personnalisée**, en dehors du temps scolaire, dispensée par un enseignant volontaire ayant suivi une formation spécifique. Ce dispositif peut être d'une durée de quinze heures renouvelables. Là encore, il faut être persévérant et ne pas hésiter à relancer le CASNAV régulièrement.

Nos enfants peuvent aussi bénéficier d'**une AVS (Assistante de Vie Scolaire)**, quelques heures par semaine au sein de leur classe, qui leur explique individuellement le travail demandé (compréhension des consignes).

Enfin, le **RASED (Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté)** peut les prendre en charge dans le cadre de l'école, sur les heures scolaires mais en petit groupe, avec un enseignant spécialement formé.

Toutes ces structures existent mais sont peu mises en place, car les académies manquent de moyens et ne connaissent pas toujours les ficelles. Il importe donc de se mobiliser personnellement pour que nos enfants puissent bénéficier des meilleures aides possibles.

A titre personnel, il est entendu que le recours à l'orthophonie est souvent indispensable ; les enfants arrivés « grands », même s'ils ne manifestent pas de problèmes de prononciation, ont des difficultés à s'approprier notre langue. Leur langue et leur palais n'étant pas habitués à prononcer certains sons, c'est pour eux difficile, et l'orthophonie leur est d'un grand secours.

Des orthophonistes sont consultables auprès d'équipes pluridisciplinaires (psychomotriciens, psychologues, etc.) dans les centres médico-psychologiques. Les orthophonistes libéraux peuvent aussi, sur prescription médicale, procéder à des bilans qui aideront à comprendre certaines difficultés ponctuelles et à mettre en place les soutiens spécifiques (bilan logico-mathématique, bilan spatio-temporel, etc.).

On pourra également trouver de l'aide auprès des associations départementales d'EFA (Enfance et Familles d'Adoption) pour des questions plus personnelles.

**Mme DAURON**  
*Vice-Présidente de PAEPAMA*

## **En cas de problème scolaire : quelles solutions ?** **Etat des lieux de ce qui existe**

Vous trouverez à l'adresse ci-dessous un mémento qui vise à donner aux parents quelques éclaircissements sur les différentes aides proposées par le ministère de l'Éducation nationale pour les enfants en difficulté scolaire ou atteints d'un handicap. Néanmoins, il ne saurait être totalement exhaustif sur certains dispositifs parfois très complexes.

Les solutions apportées doivent tenir compte de la nature, mais aussi du degré de difficultés rencontrées afin d'adapter la stratégie de soutien aux besoins réels des élèves concernés.

Plusieurs niveaux d'intervention sont à envisager :

<http://www.adoptioneafa.org/index.php/la-scolarite-des-enfants-adoptes>

Vous y trouverez un glossaire des sigles utilisés dans ce contexte :

<http://www.adoptioneafa.org/index.php/la-scolarite-des-enfants-adoptes/436-scolarite-glossaire>

De plus, un guide à l'intention des enseignants, conçu et édité par EFA, est disponible à cette adresse :

[http://www.adoptioneafa.org/images/stories/pdf/commande\\_guide\\_scolarite\\_efa.pdf](http://www.adoptioneafa.org/images/stories/pdf/commande_guide_scolarite_efa.pdf)

Voir également un guide réalisé par des enseignants du CRI de la Loire, qui a pour but d'aider les maîtres à accueillir un enfant nouvellement arrivé en France :

<http://www.ia42.ac-lyon.fr/index.php?module=media&action=Display&cmpref=310502&lang=fr&width=&height=&format=&alt=>



## A propos des troubles du langage et de la parole

Le langage oral, vecteur de la relation avec autrui, est une compétence extrêmement complexe et le présent exposé ne fait référence qu'à quelques grandes généralités.

Le langage oral est un moyen de communication très organisé et codé dans une « *société donnée* », permettant l'expression et la compréhension de messages allant d'un langage simple et concret à un langage très élaboré et abstrait. A l'intérieur même d'une langue transmise, chaque individu a une perception et une sensibilité qui lui est propre.

On imagine aisément que des troubles divers, plus ou moins profonds, peuvent perturber l'installation du langage ou apparaître suite à une maladie, à des traumatismes organiques ou psychologiques. Les origines des difficultés langagières peuvent être nombreuses, quelquefois impossibles à définir avec précision. On peut citer quelques pathologies lourdes qui gênent l'accession au langage ou qui entraînent des troubles de l'expression et de la compréhension orales : la déficience auditive, certaines lésions cérébrales, des troubles psychologiques, des atteintes au niveau des organes de phonation...

Mais un certain nombre de petits patients, suivis en orthophonie pour des troubles de la parole et du langage, ne présentent pas de lésions décelables. On pourrait très schématiquement les répartir en deux groupes :

- Ceux qui ont un niveau d'expression et de compréhension normal, mais chez qui persistent manifestement, au-delà de quatre ans, des difficultés de « *perception* » auditive (s'il était question de musique, on dirait qu'ils « *n'ont pas l'oreille* ») : ces enfants perçoivent difficilement les phonèmes qui composent les mots (articulation floue), l'écoulement de ces phonèmes ou des syllabes dans l'espace-temps (herbe ◇ hèbre ou caméra ◇ mécara), ils ne différencient pas certains sons « *auditivement proches* » (chat ◇ sa, bon ◇ pon...), ils ne repèrent pas certains phonèmes dont l'articulation est moins appuyée (porte ◇ pote)...

Fréquemment, on observe aussi, de façon isolée ou associée à d'autres difficultés, l'existence d'un déficit du contrôle de la motricité fine, ce qui entraîne des troubles d'articulation.

- Ceux qui présentent des problèmes d'expression (vocabulaire pauvre, difficulté à trouver les mots adéquats, quelquefois phrases syntaxiquement pauvres ou incorrectes) ou/et des problèmes de compréhension (en général, difficulté à saisir des phrases de construction un peu plus complexe que le langage quotidien ou des messages plus implicites, plus abstraits).

Ces difficultés sont souvent accompagnées d'un retard de parole.

## **Qu'en est-il des enfants adoptés qui ne parlent pas notre langue ?**

Au départ, on a l'impression qu'ils présentent les troubles du langage décrits ci-dessus. En ce qui concerne les enfants dont la langue maternelle se rapproche du système de la langue française, l'apprentissage se fera rapidement. Le temps d'adaptation sera d'autant plus long que la syntaxe, l'aspect phonémique, la gestuelle articulatoire, la « *chanson* » de la langue d'origine seront éloignés de celle de la famille d'accueil. La rapidité des progrès réalisés par les enfants varie selon la compétence, la sensibilité de chacun.

Dans certains cas, l'apprentissage du langage écrit peut être un support efficace.

## **Quels sont les signes qui peuvent faire penser à des troubles du langage oral chez ces enfants ?**

Si l'évolution est lente, si des difficultés d'articulation, une « *déformation* » systématique des mots, une expression ou une compréhension difficiles persistent, il convient d'envisager un bilan orthophonique. L'orthophoniste pratiquera des tests, s'entretiendra avec la famille et, selon les résultats, jugera de l'utilité de séances de rééducation, de la nécessité d'entreprendre des examens complémentaires, par exemple examen ORL, audiogramme, examen neurologique, tests psychologiques...

Je voudrais ajouter une petite note personnelle : quand l'adoption se réalise et que les enfants arrivent dans nos foyers, il faut avant tout leur laisser le temps de « *poser leur valise* ». Nous sommes tous impatients et fiers de les voir progresser, mais tous ces professionnels qui « *rectifient* » le dos, les dents, la parole... interviendront un peu plus tard et certainement plus efficacement quand nos petits auront installé leurs nouveaux repères et adopté leur nouvelle famille !

**M-L SPRAUER**

*Orthophoniste et mère adoptive*



# Regards croisés

## CHAPITRE 8 : Regards croisés

### Avec une association d'adoptés

#### *Le syndrome de la « Banane »<sup>3</sup>*

L'Asie, un continent si vaste, si lointain et si peu connu du vieux continent : en venant d'aussi loin, nous sommes régulièrement confrontés à la méconnaissance de nos origines. Nous portons ainsi les stigmates d'un pays dont nous ignorons tout, ou presque, et avons le comportement, la culture et le nom d'un pays auquel nous ne ressemblons pas. Par ailleurs, il n'est pas rare que nos parents soient tout aussi ignorants de notre pays d'origine et ne nous communiquent que la culture de notre pays d'adoption. Ces différents éléments font de nous, qui avons été adoptés, de bien étranges citoyens du monde : des « Bananes ».

En nous adoptant, nos parents nous apportent ce que nous n'avions pas ou plus dans notre pays d'origine : une famille pour nous accueillir, nous élever et nous instruire, et de l'amour. Pour autant, nous ne devons pas nier le fait que l'adoption est provoquée par un élément fort dans la vie d'un adopté : l'abandon. L'abandon par sa famille biologique et l'abandon par son pays d'origine, dans le cas de l'adoption internationale. Ces deux éléments lourds de conséquences dans nos parcours de vie ne doivent, en aucun cas, être niés par nos familles adoptives.

Pour beaucoup d'adoptés, il n'est pas toujours aisé, voire possible, d'aborder ces sujets en famille sans risquer une forme de gêne, de mutisme ou pire encore de conflit. Il est, au contraire, essentiel pour nous que nos familles acceptent et comprennent que les questions que nous nous posons sur notre passé, aussi éphémère qu'il ait été, ne soient pas interprétées dans un sens qui ne serait pas celui que nous lui donnons. Il s'agit pour nous de comprendre

---

3 - « Le syndrome de la banane » qualifie de manière imagée les personnes d'origine asiatique ayant grandi en dehors d'Asie dans un contexte culturel non asiatique. Imprégnées de la culture de leur pays d'adoption, elles méconnaissent peu ou prou leur culture d'origine. Cette situation ne signifie en rien une négation de cette dernière, mais plus simplement l'absence d'opportunité pour s'y intéresser. Ce syndrome définit tout particulièrement les adoptés d'origine asiatique.

ce qui s'est passé et de nous réapproprier notre histoire. L'histoire de nos premiers jours, mais également l'histoire du pays d'où nous venons. Bien souvent, en nous intéressant à cette dernière, nous comprenons mieux la nôtre, l'adoption trouvant, dans de nombreux cas, des motifs économiques, culturels et sociétaux. Qui ne serait pas subjugué de visiter la Corée du Sud aujourd'hui, mélange de modernisme et de traditions ? Elle a pourtant participé de manière massive à l'adoption internationale ces dernières décennies. N'oublions pas qu'il y a soixante ans, ce pays sortait effondré économiquement d'une guerre terrible et qu'il est resté sous le joug de régimes militaires jusqu'à il y a encore trente ans. Les LG et autres Samsung que nous connaissons tous n'étaient, à cette époque, que de petites PME : de tels changements se sont faits au prix d'efforts et d'importantes concessions.

En adoptant un enfant à l'international, c'est chargé de sa culture d'origine qu'il arrivera dans son pays d'accueil. Mais, en réalité, il nous faut du temps pour nous y intéresser et pour exprimer la volonté d'y retourner, de le visiter, ou par la suite d'y rester pour des séjours plus longs. À ces étapes de notre vie, c'est du soutien de celles et ceux qui nous ont accompagnés durant tout ce temps dont nous avons besoin. Il importe que nos parents soient préparés, conscients et ouverts à ces questions.

La recherche, pour une meilleure compréhension de nos origines, est un élément central de notre construction : elle nous appartient et nous sommes les seuls à décider du sort que nous voulons lui donner.

Ainsi, nous attendons de nos parents, tout en étant ouverts, de veiller à ne pas nous imposer un intérêt artificiel pour notre pays d'origine, ce qui peut être vécu comme pénible, voire comme inquiétant (« *s'ils m'en parlent tout le temps, c'est qu'ils veulent peut-être m'y renvoyer* »). Il est préférable qu'ils nous ancrent pleinement dans leur propre histoire et leur propre culture : on ne peut donner que ce que l'on est. On adopte avant tout un enfant, c'est-à-dire une personne, pas le pays et sa culture, ce qui n'empêche en rien nos parents de rester disponibles et ouverts sur les intérêts et les questionnements que nous pouvons avoir sur notre pays d'origine.

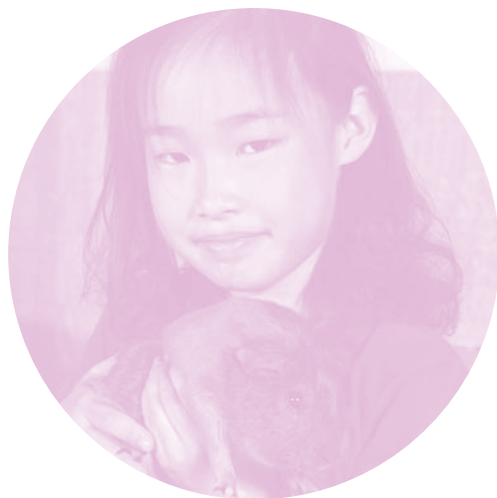
**David HAMON**

*Président de l'Association Racines coréennes,  
Membre du Conseil Supérieur de l'Adoption*



## « Les dix commandements de l'enfant adopté »

1. J'ai subi une perte considérable par le passé : vous n'en êtes pas responsables, mais soyez indulgents et compréhensifs.
2. J'ai peur d'être à nouveau abandonné, ne trahissez pas ma confiance.
3. J'ai besoin que l'on m'explique que le choc causé par l'adoption m'a causé des besoins spéciaux mais que je n'ai pas à en avoir honte.
4. J'ai parfois des difficultés à savoir qui je suis : aidez-moi à découvrir ces parties de moi-même que je ne connais pas encore.
5. J'ai besoin que vous m'accueilliez et appréciez mes différences.
6. Si je ne parle pas de ma famille d'origine, cela ne signifie pas que je ne pense pas à elle.
7. J'ai besoin de connaître la vérité à propos de ma conception, de ma naissance, de mon histoire familiale, même si les détails peuvent être très pénibles pour moi.
8. Je reste un enfant, je fais des caprices pour tester vos limites, alors ne me gênez pas : si vous en faites trop pour moi, cela me laisse penser que mes efforts ne seront jamais à la hauteur de vos attentes.
9. Donnez-moi la liberté de prendre des décisions par moi-même, et permettez-moi d'échouer.
10. Laissez-moi être moi-même... mais ne me laissez pas me couper de vous.





## Et enfin quelques dernières réflexions avec vous

Ce cahier avait pour objectif de permettre un approfondissement personnel et/ou en couple d'un projet spécifique d'adoption et de mieux mesurer avec d'autres adoptants, des parents adoptifs et des professionnels, l'importance de partager des attentes et interrogations souvent communes, avant comme après la réalisation de cette adoption.

### **Des thèmes de conclusion à méditer seul ou en couple**

Après la rencontre et la période de convivialité dans le pays, viendra le temps du retour en France, de l'accueil de l'enfant (ou de la fratrie) dans sa famille et son adaptation progressive.

Il semble utile de conclure sur :

- une vie à construire ensemble ;
- permettre à chacun de trouver sa place d'enfant(s), de parents, de grands-parents ;
- donner du temps à l'intégration familiale et sociale progressive ;
- une scolarité à guider sans exigence excessive ;
- un état d'esprit : patience et adaptabilité psychique ;
- savoir faire le deuil de son projet de départ pour accompagner le schéma de fonctionnement de l'enfant et adopter son histoire ;
- avoir conscience du fort niveau d'implication et d'initiative nécessaires et du rôle de l'environnement familial et social ;
- savoir aussi poser des limites à l'enfant si nécessaire (« *des parents protecteurs et contenant*s ») ;
- savoir prendre du recul en situation de doute ou de crise ;
- accepter d'avancer, pas à pas, avec l'aide de l'expérience et de la compétence d'autres parents adoptifs (rôle précieux des associations de parents) ou de professionnels de l'adoption ;
- prendre conscience que l'on crée, quoi qu'il en soit, « *un dynamisme, du chemin, de la vie* » ;
- un développement de l'enfant est toujours possible à accompagner sur la durée (rien n'est jamais figé : l'être humain est, durant toute sa vie, en développement) ;
- on a le droit d'être des parents imparfaits, mais pas de rester isolé(s) face aux difficultés rencontrées !



## **BIBLIOGRAPHIE**

### **ADOPTION TARDIVE, S'ADOPTER, PARLER DE L'ADOPTION**

Les quelques titres proposés ci-dessous ont été retenus parce qu'ils nous ont paru accessibles au plus grand nombre, tout en pouvant conduire ceux qui le souhaitent vers des lectures plus pointues. Chacun pourra se tourner également vers les sites répertoriés qui proposent des bibliographies plus complètes.

#### **ACCUEIL, revue d'EFA**

- *"Frères et sœurs dans l'adoption"*, novembre-décembre 2007 (voir sitographie)
- *"Adopter un enfant grand"*, mai 2008

#### **CHICOINE Jean-François, GERMAIN Patricia, LEMIEUX Johanne**

- *"L'enfant adopté dans le monde"* (en quinze chapitres et demi) - Ed. Hôpital Sainte-Justine, 2003

#### **CHOULOT Jean-Jacques et Béchillon Marielle (de)**

- *"Le guide de l'adoption"* - Editions Odile Jacob (nouvelle édition)

#### **COHEN HERLEM Fanny**

- *"L'Adoption"* - Ed. Le Cavalier bleu, Idées reçues, 2002
- *"L'adoption, comment répondre aux questions des enfants ?"* - Les Editions Pascal, mai 2010

#### **CYRULNIK Boris**

- *"Un merveilleux malheur"* - Editions Odile Jacob

#### **DELANNOY Cécile**

- *"Au risque de l'adoption : Une vie à construire ensemble"* - Editions La Découverte/Poche

#### **HAMON Blandine**

- *"Parents par adoption, des mots pour le quotidien"* - Edition Enfance & Familles d'adoption

#### **LE CALLENEC Sophie**

- *"L'adoption : du projet à l'enfant"* - Editions Vuibert, Guid'Util n° 57

#### **LEVY SOUSSAN Pierre**

- *"Destins de l'adoption, 2010"* - Editions Fayard

#### **MONLEON - Jean-Vital (de)**

- *"Naître là-bas, grandir ici"* - Ed. Belin

### **NEUBURGER Robert**

- *"Le Mythe familial"*, Paris, ESF, 1995
- *"Tu es entré dans ta famille par adoption"*, 1995, in Brigitte Camdessus (dir.)
- *"L'adoption"*. Une aventure familiale, Paris, ESF, 1997

### **OZOUX-TEFFAINE Omblin**

- *"Adoption tardive, d'une naissance à l'autre"*, Stock Laurence Pernoud, 1987
- *"Enjeux de l'adoption tardive"*, (dir.), Toulouse, Eres, 2004

### **PEYRE Janice**

- *"Le guide Marabout de l'adoption"* - Editeur : Marabout

### **REBONDY Denise**

- *"D'où je viens moi ? Accompagner un enfant dans la découverte de son arbre généalogique"*  
- Ed. Le Courrier du Livre

### **DE PLUS**

- *"Enfances et psy"* - Ed. èrès n°29 dossier : *"L'enfant dans l'adoption"*
- Rapport 2010 d'EUROCHILD sur la prise en charge alternative des enfants en Europe :  
[www.eurochild.org](http://www.eurochild.org)
- Revues Accueil EFA
- Le guide à l'intention des enseignants - EFA :  
[www.adoptionefa.org/index.php/les-autres-publications-d-efa/ouvrages-et-guides#p1](http://www.adoptionefa.org/index.php/les-autres-publications-d-efa/ouvrages-et-guides#p1)

## **DISPONIBLE SUR LE WEB**

- L'Adoption tardive internationale. L'intégration familiale de l'enfant du point de vue des parents et des grands-parents, Françoise-Romaine Ouelette et Caroline Méthot, INRS, août 2000  
<http://www.ucs.inrs.ca/pdf/AdoptionTardive.pdf>
- L'intégration familiale et sociale des enfants adoptés à l'étranger, Françoise-Romaine Ouelette et Hélène Belleau, avec la collaboration de Caroline Patenaude, INRS, avril 1999,  
<http://www.ucs.inrs.ca/pdf/AdoptionTardive.pdf>
- Forum : Adopter un grand  
<http://fr.groups.yahoo.com/group/adopter-un-grand>



## QUELQUES SITES CONSACRÉS A L'ADOPTION

- **AFA** : Agence Française de l'Adoption  
<http://www.agence-adoption.fr>
- **EFA** : Enfance et Familles d'Adoption  
[www.adoptionefa.org](http://www.adoptionefa.org)  
Et les associations EFA départementales :  
[www.adoptionefa.org/index.php/les-federation-departemental#p2](http://www.adoptionefa.org/index.php/les-federation-departemental#p2)
- **MASF** : Mouvement pour l'Adoption Sans Frontières  
<http://www.masf.info>
- **Grains de riz** (Vietnam) : <http://www.lesgrainsderiz.asso.fr>
- **Orchidée-Familles** (Thaïlande) : <http://orchidee.familles.pagesperso-orange.fr>
- **PAEPAMA** (Philippines) : <http://www.paepama.org>
- **Racines Thaïlandaises** (Thaïlande) : <http://racinesthailandaises.wifeo.com>
- **Racines Coréennes** : <http://www.racinescoreennes.org>
- **Le portail gouvernemental de l'adoption** : [www.adoption.gouv.fr](http://www.adoption.gouv.fr)
- **Le service de l'adoption internationale (SAI)** : [www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr)
- **Québec Adoption** : <http://www.quebecadoption.net/adoption/00pre.html>
- **La démarche préadoption** : l'adoption d'un enfant relativement âgé  
<http://www.quebecadoption.net/adoption/preadopt/vieux.html>
- **L'adoption tardive, entre désir, proposition et réalité**. Entretien avec F-R Ouelette  
<http://www.quebecadoption.net/adoption/00pre.html>
- **MEAnomadis** (créé par Jean-François Chicoine)  
[http://www.meanomadis.com/Content/credo/show\\_activite.asp?id=97](http://www.meanomadis.com/Content/credo/show_activite.asp?id=97)
- **Site genevois** : [www.espace-adoption.ch](http://www.espace-adoption.ch)
- **Site américain** : <http://www.adoption.state.gov/>
- **Service Social International (SSI)** : [www.iss-ssi.org/2009/index.php?id=117](http://www.iss-ssi.org/2009/index.php?id=117)

## **CE CAHIER VOUS EST PROPOSÉ PAR...**

### **► Agence Française de l'Adoption (AFA)**

L'**AFA** est une agence publique dont le siège est situé à Paris.

Créée par la loi du 4 juillet 2005, elle dispose d'un financement annuel de l'État (ministère de la Famille) afin d'assurer **ses 3 missions** d'information, de conseil aux adoptants qui la sollicitent et d'intermédiaire avec les pays d'origine des enfants pour l'adoption de mineurs étrangers de 15 ans. Elle est autorisée sur l'ensemble du territoire français et coopère avec 36 pays d'origine des enfants dans le monde.

Elle exerce son activité avec l'appui de proximité de « *correspondants AFA* » mis à disposition des familles par les Conseils généraux dans leur département de résidence, chargés d'informer et d'orienter les personnes agréées candidates à l'adoption internationale et de les accompagner tout au long de la procédure.

19, bd Henri IV - 75004 PARIS

Tél. : 01 44 78 61 40

Fax : 01 44 78 61 41

Site : <http://www.agence-adoption.fr>

### **► Les Associations Par Pays d'Origine (APPO)**

- **GRAINS DE RIZ** est une association de parents adoptifs d'enfants nés au Vietnam : <http://www.lesgrainsderiz.asso.fr>
- **ORCHIDEE-FAMILLES** est une association de parents adoptifs d'enfants nés en Thaïlande : <http://orchidee.familles.pagesperso-orange.fr>
- **PAEPAMA**, Association de Parents par Pays d'Origine (APPO) d'enfants nés aux Philippines (<http://www.paepama.org>)
- **RACINES THAÏLANDAISES** est née de la rencontre de familles ayant adopté ou en cours d'adoption en Thaïlande par l'intermédiaire de l'AFA (<http://racinesthailandaises.wifeo.com>)

**Les Grains de Riz (Vietnam)** et **Racines Thaïlandaises** font partie du MASF (Mouvement pour l'Adoption Sans Frontières) qui a pour but d'appuyer, de promouvoir et de coordonner l'activité de ses membres dans l'intérêt des enfants privés de leur famille d'origine, des parents et des familles qui ont adopté un enfant.

**Gonda VERGNES**, ancienne responsable Chine MEDECINS DU MONDE.



# Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Module AFA/MASF/APPO réalisé par :

### Agence Française de l'Adoption

- Dr Catherine DARTIGUENAVE, Chargée de mission santé
- Sarah BENHAIJOUR, Chargée de mission, psychologue clinicienne
- Chantal CRANSAC, Chargée de mission - Communication
- Celia SANCHEZ, rédactrice Asie
- Yann LEDOCHOWSKI, rédacteur Asie
- Sarah LEVEL, stagiaire

### Associations de parents adoptifs par pays d'origine des enfants (APPO)

- PAEPAMA : Marie-Pierre BONNEFOI, Présidente - Valérie DAURON, Vice-présidente - Chrystel FLANDRINCK, Trésorière
- RACINES THAÏLANDAISES : Sandrine BIERI, Présidente
- ORCHIDEE-FAMILLES : Pierre GAAB-FOESSEL, Président et Marie-Caroline GAAB-FOESSEL, Membre du CA
- GRAINS DE RIZ : Françoise RICHON, Présidente
- Gonda VERGNES, ancienne responsable Chine MEDECINS DU MONDE

