



**HAL**  
open science

# L'adoption internationale. Situation actuelle. Aspects médicaux et éthiques des perspectives d'avenir

Claire Gariot

► **To cite this version:**

Claire Gariot. L'adoption internationale. Situation actuelle. Aspects médicaux et éthiques des perspectives d'avenir. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01731776

**HAL Id: hal-01731776**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731776v1>**

Submitted on 14 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

---

UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
2015

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY  
N°

**THÈSE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de  
Médecine Générale  
par

**Claire GARIOT**

le 28 Septembre 2015

**L'ADOPTION INTERNATIONALE**  
**Situation actuelle**  
**Aspects médicaux et éthiques des perspectives d'avenir**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Serge BRIANÇON	Président de Jury
M. le Professeur Bernard KABUTH	Juge
M. le Professeur Cyril SCHWEITZER	Juge
M. le Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ	Directeur et Juge

---

UNIVERSITÉ DE LORRAINE  
2015

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY  
N°

**THÈSE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de  
Médecine Générale  
par

**Claire GARIOT**

le 28 Septembre 2015

**L'ADOPTION INTERNATIONALE**  
**Situation actuelle**  
**Aspects médicaux et éthiques des perspectives d'avenir**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Serge BRIANÇON	Président de Jury
M. le Professeur Bernard KABUTH	Juge
M. le Professeur Cyril SCHWEITZER	Juge
M. le Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ	Directeur et Juge



**Président de l'Université de Lorraine :  
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :  
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens :**

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen  
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Assesseurs :**

**Premier cycle :** Dr Guillaume GAUCHOTTE

**Deuxième cycle :** Pr Marie-Reine LOSSER

**Troisième cycle :** Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques :* Pr Bruno CHENUÉL

*Formation à la recherche :* Dr Nelly AGRINIER

*Animation de la recherche clinique :* Pr François ALLA

*Affaires juridiques et Relations extérieures :* Dr Frédérique CLAUDOT

*Vie Facultaire et SIDES :* Dr Laure JOLY

*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER

*Etudiant :* M. Lucas SALVATI

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume GAUCHOTTE

*Commission de prospective facultaire :* Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

*Universitarisation des professions paramédicales :* Pr Annick BARBAUD

*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

*PACES :* Dr Chantal KOHLER

*Plan Campus :* Pr Bruno LEHEUP

*International :* Pr Jacques HUBERT

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise

MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU -

Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel

RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE

Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

---

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA



**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur Jean-Marc BOIVIN

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)**

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))**

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)**

Docteure Sandrine HENARD

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

**2<sup>ème</sup> sous-section (Médecine et Santé au Travail)**

Docteure Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))**

Docteur Aurore PERROT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))**

Docteure Lina BOLOTINE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)**

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)**

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**  
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Docteur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Docteure Laure JOLY

**55<sup>ème</sup> Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)**

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteure Elisabeth STEYER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**60<sup>ème</sup> Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL**

Monsieur Alain DURAND

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

**66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de  
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS  
(1996)  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume-Uni)*  
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)  
*Université de Wuhan (CHINE)*  
Professeur David ALPERS (2011)  
*Université de Washington (U.S.A)*  
Professeur Martin EXNER (2012)  
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

## **REMERCIEMENTS**

**À notre Président de thèse,**

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON, Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention,

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail, de votre présence et de votre disponibilité à tout moment.

Veillez trouver ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre respectueuse considération.

**À notre maître et juge,**

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH, Professeur de Pédopsychiatrie et addictologie,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail et nous vous en remercions,

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**À notre maître et juge,**

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER, Professeur de Pédiatrie,

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse,

Recevez ici le témoignage de notre sincère considération.

**À notre maître et directeur de thèse,**

Monsieur le Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ, Professeur honoraire de Cardiologie,

Vous avez accepté avec une extrême gentillesse de diriger notre thèse,

Nous espérons avoir été à la hauteur du travail que vous nous avez proposé,

Nous vous remercions vivement pour votre disponibilité et vos conseils avisés,

Veillez trouver l'assurance de notre gratitude et de notre profond respect.

**À Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio, Professeur attaché de Médecine Générale,**

pour avoir su nous orienter au bon moment vers notre directeur de thèse.

**À Madame le Docteur Anne BORSA-DORION, Praticien Hospitalier de Pédiatrie,**

pour sa gentillesse, sa disponibilité, et pour les précieuses indications qu'elle nous a fournies lors de notre entrevue.

**À Brigitte et à Patricia,**

pour votre relecture efficace, et pour tout le reste ...

**À ma famille,**

À mes parents,

pour leur présence de tous les instants et leur soutien, chacun à sa manière. Une fois n'est pas coutume, je profite de cette occasion pour leur faire part de ma profonde reconnaissance et de mon amour inconditionnel.

À ma sœur Anne-Sophie,

pour avoir vécu, parfois à son corps défendant, ces longues années d'études à mes côtés. Nos parcours pourtant si différents nous auront finalement menées à travailler dans le même domaine. Je lui souhaite d'y trouver autant de satisfaction que moi.

À Mamie,

pour sa gentillesse et l'intérêt qu'elle continue à porter à mon parcours malgré les années qui passent.

À Pierre ; à Juliette et Charlotte, mes chères cousines.

À Tata et Michel ; à Julien.

À Marie-France et à Jean-Paul.

À ceux que je n'oublie pas,

à Mémère et Béatrice, ces femmes trop tôt disparues sans lesquelles je ne serais probablement pas tout à fait celle que je suis aujourd'hui, et à Pépère Paulo.

À Pierre ; à Véronique, Roger, Aline et Laurène, pour le plaisir des moments partagés passés, présents et à venir.



## **À mes amis,**

À Maf et Anne, ma deuxième famille. Merci pour tout.

À Marieke, pour sa précieuse amitié depuis toutes ces années.

À Melle Meyer, pour son éternelle bonne humeur et sa compagnie si agréable, et pour sa patience face à mes inquiétudes vétérinaires.

À Polo, pour nos conversations improbables, et à Anthony, qui doit parfois les supporter.

À Agnès, pour tous les moments partagés, et les avis vestimentaires, culinaires, culturels (etc.) échangés.

À Romain, pour m'avoir « montré le chemin » (même celui des sessions de rattrapage) durant ces longues années d'étude.

À Anaïs et Marion, qui ont rendu plus agréables certaines journées d'externat difficiles, et qui sont devenues des amies.

À Dorothee, qui m'a ouvert les portes du cercle fermé des internes de psychiatrie.

## **À mes collègues,**

À tous les membres de l'équipe du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Sarrebourg, qui ont su m'encourager, me donner confiance en moi et me conforter dans l'idée que la médecine générale était la voie qui me convenait.

Aux équipes du Centre Hospitalier de Jury qui m'ont accueillie chaleureusement et avec lesquelles j'espère travailler (et papoter) longtemps, et aux internes de psychiatrie (merci pour les cafés du midi).

A Sandrine, parce que non, décidément, je ne pouvais pas rêver meilleure collègue !

## **À Charles,**

parce qu'il donne un sens à tout cela.

## SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

## TABLE DES MATIÈRES

<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>20</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>21</b>
<b>I. MÉTHODE</b> .....	<b>23</b>
<b>A. REVUE DES SITES OFFICIELS CONCERNANT L'ADOPTION</b> .....	<b>23</b>
1) PORTAILS GOUVERNEMENTAUX .....	23
2) PORTAILS NON GOUVERNEMENTAUX .....	25
<b>B. REVUE DE TRAVAUX DE RECHERCHE</b> .....	<b>26</b>
<b>C. REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE</b> .....	<b>27</b>
<b>D. RENCONTRES AVEC DES PROFESSIONNELS TRAVAILLANT DANS LE MILIEU DE L'ADOPTION</b> .....	<b>27</b>
1) RENCONTRES AVEC UN MÉDECIN TRAVAILLANT AU SEIN DE L'ANTENNE NANCÉIENNE DE MÉDECINS DU MONDE ET DIRECTEUR DE CETTE THÈSE : LE PROFESSEUR JEAN-MARIE GILGENKRANTZ .....	27
2) RENCONTRE AVEC UN PÉDIATRE TRAVAILLANT À LA COCA DE NANCY : LE DR ANNE BORSA-DORION .....	27
<b>II. GÉNÉRALITÉS</b> .....	<b>29</b>
<b>A. ADOPTION SIMPLE ET ADOPTION PLÉNIÈRE</b> .....	<b>29</b>
1) ADOPTION SIMPLE .....	29
2) ADOPTION PLÉNIÈRE .....	29
<b>B. ADOPTION NATIONALE</b> .....	<b>31</b>
1) PUPILLE DE L'ÉTAT .....	31
2) ENFANTS CONFIÉS À UN OAA SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS .....	31
<b>C. ADOPTION INTERNATIONALE</b> .....	<b>32</b>
1) ADOPTION INDIVIDUELLE .....	32
2) ADOPTION PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UN ORGANISME AUTORISÉ POUR L'ADOPTION (OAA) OU DE L'AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION (AFA) .....	33
<b>D. DISPOSITIONS LÉGISLATIVES RELATIVES À L'ADOPTION</b> .....	<b>33</b>
1) CONVENTION DES NATIONS UNIES DU 20 NOVEMBRE 1989 RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT .....	33
2) CONVENTION DE LA HAYE DU 29 MAI 1993 SUR LA PROTECTION DES ENFANTS ET LA COOPÉRATION EN MATIÈRE D'ADOPTION INTERNATIONALE .....	34
3) LOI DU 4 JUILLET 2005 PORTANT RÉFORME DE L'ADOPTION .....	38
4) RAPPORT COLOMBANI .....	39
5) RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES : VERS UNE STRATÉGIE EUROPÉENNE SUR LES DROITS DE L'ENFANT .....	40
<b>III. LES ORGANISMES AUTORISÉS POUR L'ADOPTION (OAA)</b> .....	<b>42</b>
<b>A. GÉNÉRALITÉS</b> .....	<b>42</b>
1) ORGANISMES AUTORISÉS POUR L'ADOPTION .....	42
2) AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION .....	43
<b>B. QUELQUES EXEMPLES D'OAA</b> .....	<b>45</b>
<b>C. EXPÉRIENCE DE MÉDECINS DU MONDE (MDM)</b> .....	<b>47</b>
<b>IV. UN LONG PARCOURS JUSQU'À L'ARRIVÉE DE L'ENFANT</b> .....	<b>50</b>
<b>A. NATURE DES DEMANDEURS</b> .....	<b>50</b>
<b>B. DEMANDE D'AGRÉMENT</b> .....	<b>51</b>
<b>C. PRISE EN CHARGE PAR UN OAA OU PAR L'AFA</b> .....	<b>54</b>
1) PRISE EN CHARGE PAR UN OAA .....	54
2) PRISE EN CHARGE PAR L'AFA .....	56
<b>D. DÉLAI D'ATTENTE</b> .....	<b>59</b>

<b>E. SÉJOUR DANS LE PAYS POUR CHERCHER L'ENFANT.....</b>	<b>60</b>
1) GÉNÉRALITÉS .....	60
2) DURÉE DE SÉJOUR : QUELQUES EXEMPLES .....	61
3) EXEMPLE DE MDM.....	62
<b>F. SUIVI DE L'ENFANT À SON RETOUR .....</b>	<b>63</b>
<b>V. BILAN DE CES DERNIÈRES ANNÉES ET PERSPECTIVES D'AVENIR .....</b>	<b>66</b>
<b>A. STATISTIQUES GLOBALES .....</b>	<b>66</b>
1) EN FRANCE .....	66
2) COMPARAISON AVEC L'ÉTRANGER .....	68
<b>B. L'EXPERIENCE DE L'AFA ET DE MÉDECINS DU MONDE .....</b>	<b>69</b>
1) L'AFA .....	70
2) MÉDECINS DU MONDE .....	70
<b>C. L'ÉVOLUTION VERS LES ADOPTIONS COMPLEXES .....</b>	<b>72</b>
1) AU NIVEAU NATIONAL .....	72
2) L'EXPÉRIENCE DE MDM.....	74
3) PROGRAMMES SPÉCIFIQUES DANS CERTAINS PAYS D'ORIGINE .....	76
<b>VI. ENJEUX MÉDICO-PSYCHO-SOCIAUX ET ÉTHIQUES DE L'ADOPTION COMPLEXE.....</b>	<b>77</b>
<b>A. DÉFINITIONS .....</b>	<b>77</b>
1) GRANDS ENFANTS .....	77
2) FRATRIES .....	78
3) ENFANTS SOUFFRANT DE PROBLÈMES DE SANTÉ.....	78
3.1) Handicap (moteur, sensoriel, mental ou esthétique).....	79
3.2) Maladie chronique transmissible .....	79
3.3) Maladie chronique non transmissible .....	79
3.4) Affection curable médicalement ou chirurgicalement.....	80
3.5) Antécédents ayant potentiellement des répercussions négatives sur la santé.....	80
<b>B. STATISTIQUES .....</b>	<b>80</b>
1) STATISTIQUES GÉNÉRALES .....	80
2) L'EXEMPLE DE MÉDECINS DU MONDE.....	83
<b>C. PARTICULARITÉS LIÉES À L'ÂGE DE L'ENFANT LORS DE SON ADOPTION .....</b>	<b>84</b>
1) ASPECT MÉDICAL .....	84
2) ASPECT PSYCHOLOGIQUE.....	85
3) ASPECT ÉDUCATIF.....	86
<b>D. PARTICULARITÉS LIÉES AUX ENFANTS ADOPTÉS EN FRATRIE.....</b>	<b>90</b>
1) ASPECT MÉDICAL .....	90
2) ASPECT PSYCHOLOGIQUE.....	91
3) ASPECT ÉDUCATIF.....	92
<b>E. BESOINS SPÉCIFIQUES DES ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP.....</b>	<b>92</b>
1) ASPECT MÉDICAL .....	92
2) ASPECT PSYCHOLOGIQUE.....	92
3) ASPECT ÉDUCATIF.....	93
<b>F. ASPECTS ÉTHIQUES DE L'ADOPTION COMPLEXE.....</b>	<b>94</b>
1) L'ADOPTION COMPLEXE : UN CHOIX PAR DÉFAUT ?.....	94
2) L'ADOPTION COMPLEXE : UN CHOIX À BUT HUMANITAIRE ?.....	96
3) QUELLES LIMITES AUX ADOPTIONS COMPLEXES ?.....	97
<b>G. COMMENT SE PRÉPARER À L'ARRIVÉE D'UN ENFANT À BESOINS SPÉCIFIQUES .....</b>	<b>97</b>
1) ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS DURANT TOUTE LA PROCÉDURE D'ADOPTION .....	98
2) PRÉPARATION DE L'ENFANT À L'ADOPTION.....	99
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>101</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>103</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>108</b>

## **GLOSSAIRE**

ACAI : Autorité Centrale pour l'Adoption Internationale

AFA : Agence Française de l'Adoption

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CLH : Convention de La Haye

COCA : Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption

COFA : Confédération Française pour l'Adoption

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

CSA : Conseil Supérieur de l'Adoption

EBS : Enfants à Besoins Spécifiques

EFA : Enfance et Familles d'Adoption

FFOAA : Fédération Française des Organismes Autorisés pour l'Adoption

FLP : Fente Labio-Palatine

MAI : Mission de l'Adoption Internationale

MDM : Médecins Du Monde

OAA : Organisme Autorisé pour l'Adoption

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONG : Organisation Non Gouvernementale

TGI : Tribunal de Grande Instance

## INTRODUCTION

Selon le Medical Subject Headings (MeSH), l'adoption est le fait de considérer comme son propre enfant l'enfant d'autres personnes et de le faire reconnaître comme tel par la justice (« Voluntary acceptance of a child of other parents to be as one's own child, usually with legal confirmation »). En France, de nombreuses familles souhaitent adopter un enfant chaque année mais seule une partie d'entre elles y parviennent. En effet, en 2012, 20 462 foyers étaient titulaires d'un agrément (le nombre d'agréments délivrés pour cette seule année s'élevant à 5 332 (1)), mais le nombre d'enfants adoptés à l'international était de 1569 et le nombre de pupilles de l'État placés en vue d'adoption était de 929 (2). Soit un total bien inférieur au nombre de familles en attente de pouvoir adopter un enfant. Cependant, quelles que soient les motivations des candidats à l'adoption, et si sincères et prégnantes soient-elles, il faut garder à l'esprit que c'est l'intérêt supérieur de l'enfant qui prime, et que l'adoption doit d'abord permettre de trouver une famille à un enfant, et non d'apporter un enfant à une famille.

C'est dans cet état d'esprit que se trouvent actuellement la majorité des États qui proposent des enfants à l'adoption. Depuis quelques années, dans le but de préserver au maximum ces enfants qui ont déjà trop souffert, les autorités essaient de les faire adopter dans leurs pays d'origine, pour éviter un déracinement. Ceux qui n'ont pas été adoptés chez eux, majoritairement des enfants déjà grands, ou en fratrie, ou présentant des problèmes de santé, sont proposés à l'adoption internationale. On les appelle des enfants à besoins spécifiques (EBS). Leur arrivée en France nécessite une prise en charge adaptée et multidisciplinaire, ainsi qu'une préparation optimale en amont. En effet, l'adoption d'enfants, qu'ils viennent de France ou de l'étranger, est toujours délicate. Ils doivent s'habituer à leurs nouveaux parents, à d'éventuels nouveaux frères et sœurs, à de nouvelles règles, parfois à une nouvelle langue et de nouvelles coutumes, et cela ne se fait pas toujours sans heurt. Dans le cas des enfants à besoins spécifiques, viennent se surajouter des difficultés inhérentes à leur âge plus avancé ou à leurs problèmes de santé.

Dans notre travail, nous nous intéresserons uniquement à l'adoption internationale en France, en faisant toutefois quelques parallèles avec d'autres pays d'accueil, afin de comparer les pratiques. Nous n'aborderons qu'exceptionnellement les démarches individuelles d'adoption, toujours par souci de comparaison avec les démarches utilisant des intermédiaires.

Après quelques généralités, notamment sur les textes officiels qui régissent l'adoption internationale à l'échelle de la France, de l'Europe et au niveau international, nous étudierons les grandes étapes de l'adoption, depuis la demande d'agrément jusqu'à l'arrivée de l'enfant. Pour illustrer le fonctionnement général des Organismes Autorisés pour l'Adoption (OAA) privés, qui sont nombreux en France, nous avons choisi, à titre d'exemple, de rapporter l'expérience en ce domaine de Médecins du Monde (MDM). Par ailleurs, nous tenterons d'expliquer l'évolution de l'adoption internationale sur les dernières décennies et nous nous intéresserons tout particulièrement à l'avènement de l'adoption des enfants à besoins spécifiques (ou adoption complexe). Enfin, nous nous attarderons sur la prise en charge de ces enfants qui n'est en réalité pas codifiée. Une fois définies les difficultés intrinsèques à

l'adoption complexe, et explorées les solutions pour y faire face, nous tenterons de proposer une marche à suivre pour les futurs adoptants d'enfants à besoins spécifiques.



# I. MÉTHODE

Notre travail est issu d'une revue de la littérature et de rencontres avec deux médecins travaillant dans le domaine de l'adoption.

## A. REVUE DES SITES OFFICIELS CONCERNANT L'ADOPTION

Nous avons effectué nos recherches bibliographiques en plusieurs temps.

Dans un premier temps, nous avons recherché des informations sur l'adoption en général. En effet, « adoption » est un terme générique qui regroupe beaucoup de notions différentes. Que dit la loi française sur l'adoption ? Les recommandations sont-elles harmonisées au niveau international ? Existe-t-il plusieurs types d'adoption ? Quelles sont les démarches que doit effectuer une personne ou un couple désirant adopter un enfant ? Peut-on adopter en France ? À l'étranger ?

Une recherche rapide sur un moteur de recherche tel que Google fait d'emblée ressortir plusieurs portails gouvernementaux d'informations relatives à l'adoption ainsi que des sites d'associations de famille.

Dans un second temps, nous avons affiné les critères pour orienter notre recherche dans les limites du sujet, c'est-à-dire les enfants à besoins spécifiques (EBS) et leur prise en charge multidisciplinaire. Nous avons également recherché des informations sur le fonctionnement de l'Organisme autorisé pour l'adoption (OAA) Médecins du Monde (MDM). Là encore, les portails gouvernementaux se sont révélés être de riches sources d'information.

### 1) PORTAILS GOUVERNEMENTAUX

**[www.adoption.gouv.fr](http://www.adoption.gouv.fr)**

C'est le site officiel d'information sur l'adoption d'un enfant, en France ou à l'étranger.

Il est composé de plusieurs rubriques :

- Accueil
- Je souhaite adapter
- Je demande l'agrément
- J'ai l'agrément, et maintenant ?
- Je vis avec l'enfant
- Boîte à outils
- FAQ

Il donne des informations d'ordre général sur les différents types d'adoption, la nature des potentiels adoptants et des enfants adoptables, les démarches à effectuer en vue d'une adoption et il dresse la liste des textes qui font référence en matière d'adoption.

**[www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr)**

C'est le site du Ministère de Affaires Étrangères et du Développement International. Il consacre une de ses rubriques à l'adoption internationale qui s'intitule « Adopter à l'étranger ».

Dans cette rubrique, on retrouve différentes catégories :

- La Mission de l'Adoption Internationale (MAI)
- Actualités de l'adoption internationale
- Comment adopter à l'étranger
- Les acteurs de l'adoption internationale

Via ce portail, nous avons pu consulter les statistiques officielles de l'adoption internationale, répertoriées par année, depuis 2007 jusqu'à 2014, la marche à suivre pour faire une demande d'agrément, les « fiches pays » qui établissent la liste des exigences des différents pays d'origine en terme de droit local, de procédure et de suivi de l'enfant une fois arrivé en France et la liste des acteurs de l'adoption internationale.

**[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)**

C'est un portail gouvernemental qui se définit comme étant « le service public de la diffusion du droit par l'Internet ».

Le site propose l'accès au Journal officiel depuis 1990, au texte intégral des codes, des conventions collectives et des lois et décrets depuis 1978 ainsi qu'aux jurisprudences des grandes juridictions.

Il diffuse également des actualités législatives et offre un accès complet aux bulletins officiels des ministères et à la base des traités internationaux.

Nous y avons trouvé tous les textes de la loi française qui font référence à l'adoption en général, ainsi que les textes des Conventions de droit international qui régissent l'adoption internationale.

**[www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)**

C'est le portail de l'administration française.

Il donne des informations d'ordre administratif et juridique sur l'adoption : différences entre adoption simple et adoption plénière, adoption par une personne à titre individuel ou par un couple, congé d'adoption, prime à l'adoption etc.

**[www.oned.gouv.fr](http://www.oned.gouv.fr)**

C'est le site de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED).

L'ONED a pour missions :

- d'améliorer la connaissance sur les questions de mise en danger et de protection des mineurs à travers le recensement et le développement des données chiffrées, des études et des recherches
- de recenser, analyser et diffuser les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance
- de soutenir les acteurs de la protection de l'enfance

Le site de l'ONED recense, entre autres, des enquêtes sur les enfants adoptés.

## 2) PORTAILS NON GOUVERNEMENTAUX

### **[www.agence-adoption.fr](http://www.agence-adoption.fr)**

C'est le portail de l'adoption internationale et de l'Agence Française de l'Adoption (AFA), organisme public qui accompagne les futurs adoptants dans leurs démarches d'adoption.

Le site se compose de plusieurs rubriques :

- l'AFA : présentation de l'Agence, ses missions, ses statistiques
- Fiches pays : qui peut adopter selon les pays d'origine
- L'AFA TV
- Guide de l'adoption : présentation du parcours depuis le désir d'enfant à l'accueil de l'enfant en France et son suivi avec l'AFA
- Adoption internationale : textes et statistiques concernant l'adoption internationale
- Médiathèque : références bibliographiques et filmographiques que l'on peut consulter si le sujet de l'adoption nous intéresse.

Nous y avons trouvé un grand nombre d'informations sur l'adoption internationale et l'accompagnement des futurs adoptants ainsi que des références bibliographiques telles que des témoignages et des éléments de réflexion sur l'adoption en général.

### **[www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org)**

C'est le portail de Médecins du Monde (MDM), association humanitaire s'appuyant sur l'engagement bénévole de professionnels de la santé agissant en France et à l'étranger.

Médecins du Monde a développé une Mission Adoption Internationale. Le site de l'association y consacre une rubrique dans la liste de ses « programmes dans le monde ».

Outre une présentation de la mission et des actualités concernant l'adoption internationale, nous y avons trouvé une présentation du parcours des candidats à l'adoption accompagnés par l'association et des liens vers les principaux sites sus-cités et vers des sites d'associations de parents adoptants.

## **[www.adoptionefa.org](http://www.adoptionefa.org)**

Enfance et Familles d'Adoption (EFA) est une fédération de 92 associations départementales, regroupant près de 9 000 familles adoptives et adoptés majeurs.

D'après le site de l'association, c'est le « premier mouvement de l'adoption en France, [qui] réunit des familles dont les enfants sont nés en France et à l'étranger, [et] l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics en matière d'adoption ».

EFA n'est pas un organisme ou un groupement d'organismes autorisés pour l'adoption (OAA). Par conséquent, il ne confie pas d'enfants à l'adoption.

Le site renseigne les éventuels futurs adoptants sur les démarches à effectuer en vue d'une adoption et à l'arrivée de l'enfant. Il présente les différents programmes d'accompagnement des familles par l'association (réunions, congrès, soutien téléphonique etc.) et il référence tous les numéros de la revue Accueil, magazine trimestriel publié par l'association. Chaque numéro concerne une thématique en particulier. Ainsi, nous avons commandé des numéros en rapport avec les enfants à besoins spécifiques (EBS).

Il existe d'autres sites d'associations de familles adoptantes telles Mouvement pour l'Adoption Sans Frontière ([www.masf.info](http://www.masf.info)) mais nous ne les avons pas intégrés dans nos références bibliographiques car ils n'apportaient que des informations similaires aux précédentes.

## **B. REVUE DE TRAVAUX DE RECHERCHE**

Nous avons également recherché des thèses de médecine générale traitant de l'adoption internationale grâce au site du Système Universitaire de Documentation SUDOC (3).

Plusieurs travaux ont été rédigés sur le sujet, notamment :

- Évaluation de l'activité de la Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA) de l'hôpital d'enfants de Nancy sur une période de 3 ans (2008-2010) par Stéphanie JACQUAT FRANÇOIS en 2014 à Nancy (4)
- Données socio-familiales de l'adoption internationale en France par Julien PIERRON en 2007 À Dijon (5)

Ces travaux concernent certains aspects de l'adoption internationale et nous ont fourni des informations utiles, mais aucun ne traite du sujet des enfants à besoins spécifiques.

## C. REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Une fois les informations d'ordre général recueillies sur les sites officiels et dans les travaux de thèse, nous avons orienté nos recherches sur les besoins médicaux et paramédicaux des enfants à besoins spécifiques (EBS) via le moteur de recherche PubMed (6) en utilisant les mots-clés :

- « intercountry adoption » et « international adoption »
- « special-needs children »

## D. RENCONTRES AVEC DES PROFESSIONNELS TRAVAILLANT DANS LE MILIEU DE L'ADOPTION

### 1) RENCONTRES AVEC UN MÉDECIN TRAVAILLANT AU SEIN DE L'ANTENNE NANCÉIENNE DE MÉDECINS DU MONDE ET DIRECTEUR DE CETTE THÈSE : LE PROFESSEUR JEAN-MARIE GILGENKRANTZ

Afin d'approfondir les connaissances théoriques acquises au fil des différentes recherches sus-citées, nous avons rencontré des médecins qui travaillent pour partie dans le domaine de l'adoption.

C'est le cas de notre directeur de recherche, le Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ, qui a dirigé l'antenne nancéienne de Médecins du Monde durant une dizaine d'années. S'il n'est actuellement plus directeur de l'antenne, il poursuit son activité au sein de l'association. Il a donc pu, d'une part, nous orienter dans nos recherches, et d'autre part, nous fournir des documents propres à Médecins du Monde, l'OAA que nous avons choisi pour illustrer l'activité des OAA français.

Par ailleurs, au cours de nos rencontres successives, il a attiré notre attention sur des points délicats et nous a fourni des éléments de réflexion sur l'actualité de l'adoption internationale.

### 2) RENCONTRE AVEC UN PÉDIATRE TRAVAILLANT À LA COCA DE NANCY : LE DR ANNE BORSA-DORION

Nous avons également rencontré le Dr Anne BORSA-DORION, pédiatre et chef de service du Service d'Accueil des Urgences pédiatriques à l'hôpital d'enfants de Nancy.

Elle intervient également à la Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) de Nancy. Ces consultations sont accessibles aux parents et futurs parents à tout moment (de la pré-adoption à la post-adoption en passant par l'arrivée de l'enfant) afin de les orienter et de les conseiller dans leurs choix et en cas de problème avec l'enfant.

La COCA de Nancy a été ouverte en 2003 à l'hôpital d'enfants par le Pr FEILLET. Elle fonctionne aujourd'hui autour d'un triptyque :

- un pédiatre, le Dr BORSA-DORION
- un pédopsychiatre, le Dr Festus BODY LAWSON
- une orthophoniste, Mme Catherine COURRIER

Du fait de l'évolution de l'adoption internationale (cf. partie V.), les intervenants de la COCA rencontrent de plus en plus de familles adoptantes ou adoptives d'enfants à besoins spécifiques (EBS).

Notre entretien avec le Dr BORSA-DORION nous a permis de cibler les difficultés intrinsèques à chaque catégorie d'EBS (grands enfants, fratries et enfants porteurs de maladie ou handicap) et de discuter des possibilités de prise en charge médicale et paramédicale afin de faire en sorte que ces adoptions se passent de la meilleure façon possible.

## II. GÉNÉRALITÉS

### A. ADOPTION SIMPLE ET ADOPTION PLÉNIÈRE

La loi du 11 juillet 1966 (7) définit deux modes d'adoption qui diffèrent sur un certain nombre de sujets : liens avec la famille d'origine, autorité parentale, nom de la personne adoptée etc. (8)

#### 1) ADOPTION SIMPLE

L'adoption simple est une forme d'adoption qui laisse subsister des liens entre l'enfant et sa famille d'origine.

Elle est régie par les articles 360 à 363 du Code Civil (9–12).

L'adopté conserve tous ses liens avec sa famille d'origine, y compris ses droits héréditaires (il peut donc recevoir un héritage de sa famille biologique).

L'autorité parentale est exclusivement et intégralement dévolue aux parents adoptifs.

Le nom de l'adoptant peut s'ajouter au nom de l'adopté ou le remplacer.

L'adoption n'entraîne pas automatiquement d'effet sur la nationalité de l'adopté. Si celui-ci est adopté par un Français et qu'il réside en France, il peut, jusqu'à sa majorité, réclamer la nationalité française.

L'adoption simple peut être révoquée pour motifs graves.

#### 2) ADOPTION PLÉNIÈRE

L'adoption plénière est une forme d'adoption qui rompt tout lien de filiation entre l'enfant et ses parents biologiques. Elle est soumise à conditions, et doit faire l'objet d'un jugement. Une fois celui-ci prononcé, l'enfant dispose d'un nouvel état civil et bénéficie des droits familiaux attachés à son nouveau statut.

L'adoption plénière est régie par les articles 355 à 359 du Code Civil. (13–17)

Les liens avec la famille d'origine de l'adopté sont rompus, y compris ses droits héréditaires.

Comme dans l'adoption simple, l'autorité parentale est exclusivement et intégralement dévolue aux parents adoptifs.

L'adopté acquiert une nouvelle filiation qui remplace celle d'origine et prend automatiquement le nom de l'adoptant. Il est possible de demander au juge un changement de prénom de l'adopté.

L'enfant adopté pendant sa minorité prend automatiquement la nationalité française dès lors que l'un des deux parents adoptifs est de nationalité française. Il est considéré comme français dès sa naissance.

L'adoption plénière est irrévocable.

	<b>Adoption simple</b>	<b>Adoption plénière</b>
<b>Liens avec la famille d'origine</b>	L'adopté conserve tous ses liens avec la famille d'origine	L'adopté acquiert une nouvelle filiation qui remplace celle d'origine
<b>Autorité parentale</b>	L'autorité parentale est exclusivement et intégralement attribuée au(x) parent(s) adoptif(s), sauf s'il s'agit de l'adoption d'un enfant du conjoint. Dans ce cas, celui-ci conserve seul l'exercice de l'autorité parentale sauf déclaration conjointe devant le TGI.	L'autorité parentale est exclusivement et intégralement attribuée au(x) parent(s) adoptif(s). En cas d'adoption de l'enfant du conjoint, elle est exercée en commun.
<b>Nom de l'adopté</b>	Le nom de l'adoptant s'ajoute au nom de l'adopté ou le remplace.	L'adopté prend automatiquement le nom de l'adoptant.
<b>Prénom de l'adopté</b>	Il est possible de demander au juge un changement de prénom de l'adopté.	Il est possible de demander au juge un changement de prénom de l'adopté.
<b>Nationalité</b>	L'adoption simple ne permet pas à l'enfant adopté d'acquérir automatiquement la nationalité française. L'enfant doit la demander en faisant une déclaration.	L'enfant adopté pendant sa minorité acquiert automatiquement la nationalité française dès lors que l'un des parents (adoptant) est de nationalité française. Il est considéré comme français dès sa naissance.
<b>Droits à la succession</b>	L'adopté hérite des 2 familles : de sa famille d'origine et de sa famille adoptive. Toutefois, il n'est pas héritier réservataire à l'égard de ses grands-parents biologiques (ceux-ci peuvent le déshériter).	Un enfant adopté a droit à la succession de ses parents adoptifs. Dans sa famille d'origine, il est exclu de la succession.
<b>Révocation</b>	L'adoption simple peut être révoquée pour motifs graves.	L'adoption plénière est irrévocable.

Tableau 2.1 : Différences entre adoption simple et adoption plénière (18)



## B. ADOPTION NATIONALE

Également appelée adoption interne, elle concerne l'adoption en France d'un enfant né en France ou né à l'étranger mais qui a été confié en adoption sur le territoire français.

Les enfants adoptables en France sont soit des pupilles de l'État soit des enfants confiés à un OAA sur le territoire français.

Nous n'aborderons pas ce type d'adoption dans le reste de notre sujet.

### 1) PUPILLE DE L'ÉTAT

Un pupille de l'État est un mineur confié au service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et pour lequel l'autorité parentale est exercée par le Préfet de département, qui prend la fonction de tuteur, et par un conseil de famille (19,20).

L'article L224-4 du Code de l'action sociale et des familles prévoit plusieurs catégories d'admission par l'ASE, notamment (21):

- admission d'enfants confiés ou abandonnés par leurs parents
- admission d'enfants orphelins
- admission d'enfants dont les parents ont fait l'objet d'une décision judiciaire qui ordonnait le retrait de l'autorité parentale
- admission d'enfants nés sous X.

Au 31 décembre 2013, 2 363 enfants, dont 4 sur 10 étaient placés en vue d'adoption, avaient le statut de pupilles de l'État en France.

Les pupilles sont en moyenne âgés de 7,7 ans, les plus jeunes d'entre eux étant principalement les enfants dont la filiation est inconnue puisque la quasi totalité d'entre eux sont admis à la naissance.

La moitié de ces enfants sont adoptés par leur famille d'accueil (2).

Tous les pupilles de l'État ne sont pas adoptables, et ce pour différentes raisons (ils sont bien insérés dans leur famille d'accueil, ils ne sont pas prêts, ils ont encore des liens avec leur famille etc.)

### 2) ENFANTS CONFIÉS À UN OAA SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

Quelques OAA recueillent des enfants en France, mais ils ont très peu d'enfants à confier en adoption (environ une dizaine par an). C'est le cas de La famille adoptive française.

D'autres OAA recherchent des familles pour des enfants à besoins spécifiques : Chemin de vie, Emmanuel, Vivre en famille.

## C. ADOPTION INTERNATIONALE

L'adoption internationale concerne des enfants nés et confiés à l'adoption dans un territoire étranger.

Nota bene : Elle exclut le cas particulier de la *kafala*, qui est une forme d'accueil d'enfants trouvant son origine dans l'islam. Le Ministère de la Justice du Royaume du Maroc la définit comme « la prise en charge de l'éducation, de la protection et de l'entretien d'un enfant abandonné ». Elle se distingue de l'adoption par le fait qu'elle n'établit pas de filiation entre le *kafil* (celui qui recueille l'enfant) et le *mekfoul* (l'enfant faisant l'objet d'une kafala). En France, l'article 370-3 du Code civil énonce que « l'adoption d'un mineur étranger ne peut être prononcée si sa loi personnelle prohibe cette institution, sauf si ce mineur est né et réside actuellement en France » (22). De ce fait, la transformation de la kafala en adoption simple est actuellement impossible, et les autorités françaises n'accordent pas de visas d'entrée sur le territoire des enfants confiés en kafala (23).

### 1) ADOPTION INDIVIDUELLE

Une démarche individuelle implique que les postulants entrent directement en contact avec les structures étrangères autorisées dans le domaine de l'adoption et prennent eux-mêmes en charge les démarches. Elle ne peut pas être réalisée dans un pays ayant ratifié la Convention de La Haye (cf. partie II.D.2).

L'adoption par démarche individuelle ne dispense pas de faire une demande d'agrément. Les postulants transmettent eux-mêmes leur demande d'adoption aux interlocuteurs autorisés pour l'adoption (ministères, orphelinats, tribunaux, services sociaux etc.) dans le pays de leur choix. Cela nécessite de bien connaître la législation du pays vers lequel on se dirige, et de s'assurer de l'adoptabilité de l'enfant proposé, au risque de se retrouver impliqué dans des trafics d'enfants. De plus, la législation et les mesures des états d'origine sont sujettes à de brusques changements.

Quand un apparentement est réalisé, les demandeurs doivent en informer la Mission de l'Adoption Internationale (MAI)<sup>1</sup>.

Les démarches sont coûteuses, et pas forcément plus rapides qu'avec un recours à un organisme d'adoption.

D'un point de vue éthique, l'adoption individuelle est souvent discutée car elle peut parfois être assimilée à un marché d'enfants.

---

<sup>1</sup> MAI : Pour la France, l'Autorité centrale pour l'Adoption internationale, prévue par la Convention de la Haye est un service du Ministère des Affaires Étrangères : il s'agit de la Mission de l'Adoption Internationale, créée par l'arrêté du 16 mars 2009 et le décret du 14 avril 2009. Ce service assume désormais le triple rôle de stratège, de pilote et de régulateur. L'autorité centrale travaille en prenant en compte les décisions du Comité Interministériel de l'Adoption et les avis du Conseil Supérieur de l'Adoption. La MAI assure le respect des engagements internationaux et des principes auxquels la France a souscrit dans le cadre de la convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant de 1989 et de la Convention de La Haye de 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (24).

En 2014, moins de 31 % des adoptions internationales se sont faites par démarche individuelle (contre 33,5 % en 2013) (25).

## 2) ADOPTION PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UN ORGANISME AUTORISÉ POUR L'ADOPTION (OAA) OU DE L'AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION (AFA)

Les organismes Autorisés pour l'Adoption (OAA) et l'AFA sont des structures qui servent d'intermédiaires pour l'adoption d'enfants mineurs.

(Cf. partie III)

## D. DISPOSITIONS LÉGISLATIVES RELATIVES À L'ADOPTION

L'adoption existait déjà dans l'Antiquité (8) et les premiers textes de loi s'y référant dateraient de 1800 avant J.C. On les trouve dans le code d'Hammurabi. Ils octroyaient notamment aux enfants adoptés les mêmes droits qu'aux enfants biologiques.

En France, l'adoption est tombée en désuétude sous l'Ancien Régime et a été réintroduite dans le droit français avec des effets limités par le Code civil Napoléonien. La promulgation du décret-loi du 29 juillet 1939 ouvre la voie à l'adoption plénière, qu'on retrouvera sous ce nom dans la loi du 11 juillet 1966 (26).

À partir de là, comme beaucoup d'autres pays, la France n'a cessé de tenter d'améliorer sa vision de l'adoption. Voici, présentés par ordre chronologique, les textes auxquels elle a adhéré ou qu'elle a rédigés en ce sens.

### 1) CONVENTION DES NATIONS UNIES DU 20 NOVEMBRE 1989 RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), dite aussi Convention de New York (27), n'est pas à proprement parler un texte sur l'adoption, mais elle en est un prérequis puisque c'est le texte fondateur des droits de l'enfant à l'échelle mondiale. Elle fédère les États du monde autour d'une même volonté d'assurer la protection de l'enfant et de le reconnaître comme un sujet de droits.

Dans cet esprit, elle énonce que l'enfant a besoin d'une protection et de soins spéciaux, ainsi que d'une protection juridique appropriée, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle. De même, elle déclare que son aptitude à faire partie intégrante de la société doit être consacré.

La CIDE a une vocation universelle, tout en tenant compte de l'importance des traditions et des valeurs culturelles de chaque peuple dans la protection et le développement harmonieux de l'enfant.

Elle énonce dans un texte composé de 54 articles les droits fondamentaux des enfants et les obligations des États pour les appliquer. Cela concerne tous les enfants jusqu'à 18 ans, quels que soient leur origine, leur couleur, leur sexe, leur religion : droit à la vie, droit à l'identité, droit à l'éducation, droit à la santé, droit de ne pas être séparé de ses parents, droit de ne pas être exploité, droit d'exprimer son opinion etc. La CIDE explore tous les domaines de la vie de l'enfant. Elle énonce aussi des droits spécifiques à des catégories particulières d'enfants, comme les enfants handicapés, réfugiés etc.

Elle pose le principe de la notion d'intérêt supérieur de l'enfant, qui doit être une considération primordiale dans toutes les décisions le concernant.

Elle affirme le rôle essentiel des parents dans l'éducation, la sécurité et la protection de l'enfant.

La CIDE a été ratifiée par tous les pays du monde à l'exception de la Somalie et des États-Unis. La France l'a ratifiée le 7 août 1990. Depuis son entrée en vigueur en septembre 1990, de nombreuses lois ont été promulguées en France pour adapter le droit français à certaines dispositions de la CIDE. Le 25 mai 2000, deux protocoles additionnels facultatifs ont été adjoints à la CIDE. Le premier porte notamment sur la vente d'enfants, le second sur l'implication des enfants dans les conflits armés.

## 2) CONVENTION DE LA HAYE DU 29 MAI 1993 SUR LA PROTECTION DES ENFANTS ET LA COOPÉRATION EN MATIÈRE D'ADOPTION INTERNATIONALE

On retrouvait précédemment des éléments de réflexion sur la protection de l'enfant en matière d'adoption internationale dans les Brighton Guidelines for Inter-country Adoption de 1982 puis dans la Conférence du Conseil international de l'action sociale tenue en 1997, mais la Convention de La Haye est réellement le texte fondateur de la protection de l'enfant dans l'adoption internationale (Annexe 1).

L'adoption internationale est un phénomène relativement récent. Il s'est lentement développé après la Seconde Guerre mondiale, jusque dans les années 70, lorsque le nombre des adoptions internationales a augmenté de façon spectaculaire. Il a également été reconnu dans les années 80 que ce nouveau phénomène engendrait des problèmes juridiques et humains graves et complexes, et que l'absence d'instruments juridiques nationaux et internationaux montrait la nécessité d'une approche multilatérale. C'est dans ce contexte que la Convention de La Haye (CLH) du 29 mai 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (3) (« Convention de La Haye de 1993 » ou « Convention ») a été élaborée pour établir des garanties afin que les adoptions internationales aient lieu dans l'intérêt supérieur de l'enfant et dans le respect de ses droits fondamentaux.

La Convention reconnaît que grandir dans une famille est fondamental et essentiel pour l'épanouissement et la santé de l'enfant. Elle reconnaît également que l'adoption internationale peut présenter l'avantage de donner une famille permanente à l'enfant pour lequel une famille appropriée ne peut être trouvée dans son pays d'origine. Parce qu'elle prévoit des procédures claires et interdit les gains matériels indus, la Convention offre une plus grande sécurité, prévisibilité et transparence aux différentes parties concernées par l'adoption, y compris aux futurs parents adoptifs.

Elle instaure également un système de coopération entre les autorités du pays d'origine et du pays d'accueil, destiné à garantir les meilleures pratiques en matière d'adoption internationale et à éliminer les abus.

La CLH de 1993 renforce l'article 21 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant en ajoutant des garanties matérielles et des procédures aux grands principes et règles posés par la Convention en question. La Convention de 1993 pose des règles minimales sans toutefois aspirer à être une loi uniforme sur l'adoption. Tout en accordant une place primordiale aux droits et intérêts de l'enfant, elle respecte aussi les droits des familles d'origine et des familles adoptives.

La Convention indique clairement que les États d'accueil et les États d'origine doivent partager de manière équitable les responsabilités et les avantages d'une réglementation des adoptions internationales. Elle énonce clairement les fonctions au sein du processus d'adoption qui doivent être effectuées par chaque État.

Les principales caractéristiques de la CLH sont (28) :

- **L'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération primordiale :**

La Convention comporte certaines règles pour garantir que les adoptions aient lieu dans l'intérêt supérieur de l'enfant et dans le respect de ses droits fondamentaux. Par exemple, les États doivent :

- envisager en priorité des solutions nationales (application du principe de subsidiarité)
- s'assurer que l'enfant est adoptable
- conserver les informations relatives à l'enfant et à ses parents
- effectuer une évaluation approfondie des futurs parents adoptifs
- trouver pour l'enfant une famille appropriée
- instaurer des garanties supplémentaires si les conditions locales l'exigent.

L'intérêt supérieur de l'enfant est le principe fondamental qui sous-tend l'élaboration d'un système national de protection de l'enfance. Si des adoptions internationales sont requises dans le cadre de ce système, elles doivent être réalisées de manière éthique et avec une approche centrée sur l'enfant.

- **Le principe de subsidiarité :**

Dans la Convention, le principe de « subsidiarité » signifie que les États signataires reconnaissent que, dans la mesure du possible, les enfants devraient être élevés dans leur famille d'origine ou une famille élargie. Si la situation ne le permet pas, il y a lieu d'envisager d'autres formes de placement familial permanent dans le pays d'origine. L'adoption internationale ne peut être envisagée qu'après avoir dûment considéré les solutions au niveau national et seulement si elle est réalisée dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

De manière générale, un placement en institution devrait être considéré comme dernier recours pour les enfants en attente d'une famille.

- **Garanties pour protéger les enfants de l'enlèvement, de la vente et de la traite :**

Les États devraient mettre en place des mécanismes pour prévenir l'enlèvement, la vente et la traite des enfants en vue d'une adoption, à savoir :

- protéger les familles d'origine de l'exploitation et des pressions indues
- s'assurer que seuls les enfants en attente d'une famille sont adoptables et adoptés
- prévenir les gains matériels induits et la corruption
- réglementer les agences et les personnes impliquées dans les adoptions en leur octroyant un agrément en application des règles de la Convention.

- **Coopération entre États et au sein des États :**

La Convention envisage un système permettant à tous les États parties d'œuvrer ensemble à la protection des enfants. La coopération entre les États contractants conditionne l'efficacité de toute garantie mise en place (article 1 b)).

En pratique, la coopération opère à plusieurs niveaux :

- premièrement, au niveau international, entre les Autorités centrales, ainsi qu'entre les autres autorités publiques et les organismes agréés exerçant les fonctions des Autorités centrales (article 7)
- deuxièmement, au niveau national, entre les autorités et les agences concernant les procédures de la Convention (article 7(1))
- troisièmement, en matière de prévention des abus et du contournement de la Convention (article 33).

- **Reconnaissance automatique des décisions d'adoption :**

La CLH a réalisé une avancée majeure en établissant un système de reconnaissance automatique des adoptions faites en application de la Convention. Chaque adoption, qu'il s'agisse d'une adoption simple ou plénière, laquelle est certifiée être faite en accord avec les procédures de la Convention, est reconnue « de plein droit » dans tous les autres États contractants (article 23). En d'autres mots, la CLH confère une sécurité immédiate au statut de l'enfant, et supprime la nécessité d'une procédure de reconnaissance des décisions, ou de réadoption de celles-ci, dans le pays d'accueil.

- **Autorités compétentes, Autorités centrales et organismes agréés :**

La CLH prévoit que seules les autorités compétentes devraient s'acquitter des fonctions prévues par la Convention. Les Autorités centrales, les autorités publiques, y compris les autorités judiciaires et administratives, et les organismes agréés entrent dans cette catégorie.

La CLH prévoit un système d'Autorités centrales dans tous les États contractants et leur impose certaines obligations générales, telles que : coopération, notamment par l'échange d'informations générales sur l'adoption internationale, levée des obstacles à l'application de la Convention (article 7(2)b), et prévention de toute pratique contraire aux objectifs de la Convention (article 8). Les Autorités centrales sont aussi soumises à des obligations spécifiques concernant les adoptions individuelles, énoncées dans le chapitre IV.

Les organismes agréés peuvent exercer certaines fonctions de l'Autorité centrale. La procédure d'agrément des organismes fait partie des mécanismes de protection des enfants instaurés par la Convention en matière d'adoption. Tout organisme privé ou agence souhaitant intervenir dans le domaine de l'adoption internationale doit être placé sous la tutelle d'une autorité de surveillance ou d'agrément (articles 6 à 13). Ils doivent défendre efficacement les principes de la Convention et lutter contre les pratiques illicites et abusives en matière d'adoption. S'il est fait recours aux organismes agréés, la Convention pose un cadre réglementaire de normes minimales pour leur fonctionnement dans les articles 10, 11 et 32. Des normes supplémentaires peuvent être imposées par les États contractants.

Quatre-vingt-six États ont signé la Convention de La Haye de 1993. Parmi ces États, quatre-vingt-trois l'ont ratifiée<sup>1</sup>.

La Convention de La Haye est entrée en vigueur en France le 1<sup>er</sup> octobre 1998 (30).

La figure 2.2 représente les États concernés par la Convention de La Haye du 29 mai 1993. Les États qui ont ratifié la Convention de La Haye sont représentés en bleu (pays membres de la Conférence de La Haye (HCCH<sup>2</sup>) et en violet (pays non membres). Les États qui ont signé la Convention de La Haye sans l'avoir ratifiée sont représentés en vert.

---

<sup>1</sup> En signant une Convention, un État exprime, en principe, son intention de devenir Partie à la Convention. La signature ne préjuge en aucune manière l'éventuelle suite (ratification ou non) que donnera cet État.

La ratification entraîne une obligation juridique pour l'État ratifiant d'appliquer la Convention. Dans la terminologie de la CLH, la ratification est, en général, réservée aux seuls États membres. Font exception, notamment, la Convention du 22 décembre 1986 sur la loi applicable aux contrats de vente internationale de marchandises qui est ouverte à la signature et à la ratification de tous les États sans distinction, et la Convention du 29 mai 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale qui est ouverte à la signature et à la ratification de tous les États ayant participé à la Dix-septième session (29).

<sup>2</sup> Avec 80 membres (79 États et l'Union européenne) dans tous les continents, la Conférence de La Haye de droit international privé est une organisation intergouvernementale mondiale. Creuset de traditions juridiques diverses, elle donne naissance à des instruments juridiques multilatéraux qui répondent à des besoins mondiaux, et en assure le suivi.

Un nombre croissant d'États adhère aux Conventions de La Haye. Ainsi, plus de 145 pays dans le monde sont aujourd'hui associés aux travaux de la Conférence.

De 1951 à 2008, 38 Conventions internationales ont été adoptées. Le fonctionnement pratique de beaucoup d'entre elles est régulièrement examiné par des Commissions spéciales. Même non ratifiées, les Conventions influencent les systèmes de droit des États, membres ou non. Elles constituent une source d'inspiration pour des efforts d'unification du droit international privé au niveau régional, comme au sein de l'Organisation des États Américains ou de l'Union européenne.

Les Conventions les plus largement ratifiées portent, par exemple, sur : l'accès à la justice, l'enlèvement international d'enfants, l'adoption internationale, les obligations alimentaires, la reconnaissance des divorces etc. (31).

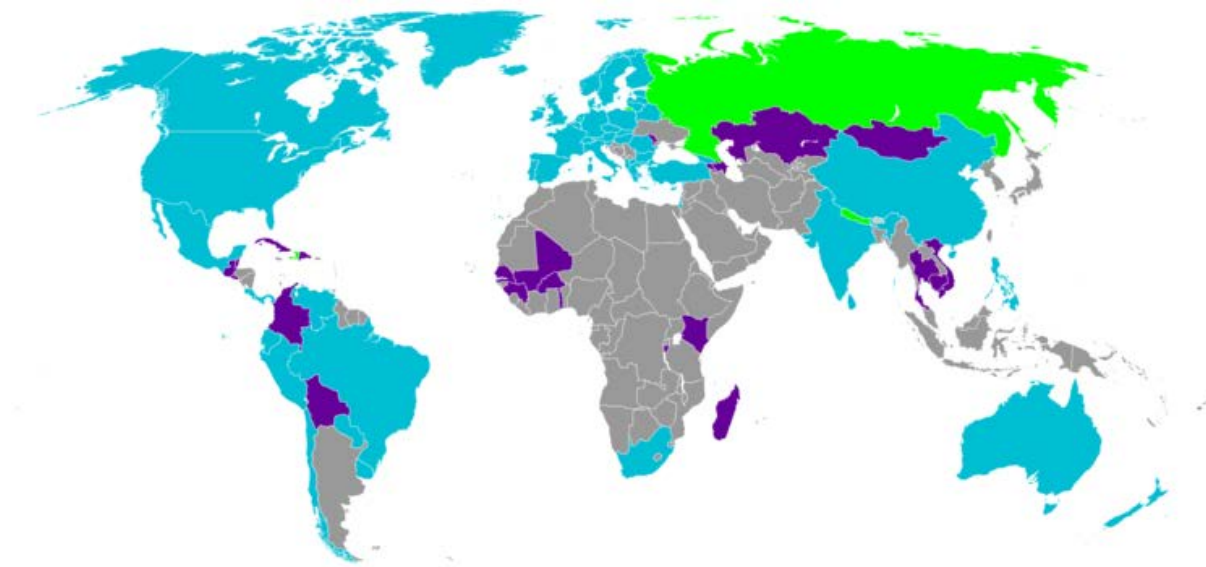


Figure 2.2 : États signataires de la Convention de La Haye en 2014 (32)

### 3) LOI DU 4 JUILLET 2005 PORTANT RÉFORME DE L'ADOPTION

Dernier texte de loi sur l'adoption en date, il conforte et précise la loi du 5 juillet 1996 relative à l'adoption (33) et celle du 6 février 2001 (34) relative à l'adoption internationale.

L'objectif de cette loi était d'assouplir et d'accélérer les procédures d'adoption pour les foyers français en attente d'adoption.

Elle a permis d'harmoniser la procédure d'agrément dans tous les départements français.

Parmi les instances concernées par cette loi, on retrouve :

- l'Autorité Centrale pour l'Adoption Internationale (ACAI): avec la loi du 4 juillet 2005, elle est placée désormais auprès du Ministère des Affaires Étrangères, en tant qu'instance de coordination et d'impulsion de la politique d'adoption internationale. Son rôle de négociation et d'orientation en matière de politique d'adoption internationale est réaffirmé. Son secrétariat général conserve les fonctions de contrôle des OAA et d'autorisation de délivrance des visas aux enfants adoptés, actuellement confiées à la Mission de l'Adoption Internationale (MAI).
- le Conseil Supérieur de l'Adoption (CSA): ce conseil, constitué de l'ensemble des intervenants dans le domaine de l'adoption nationale et internationale (OAA, associations de familles adoptives, Conseils généraux, services ministériels, personnalités qualifiées etc.) est consacré comme instance consultative sur toutes les questions de l'adoption.
- L'Agence Française de l'Adoption (AFA): sa création s'inscrit dans une perspective de complémentarité des OAA. Elle « a pour mission d'informer, de conseiller et de



servir d'intermédiaire pour l'adoption des mineurs étrangers de 15 ans » (35). Elle accompagne les familles dans leurs démarches d'adoption. C'est une voie supplémentaire offerte aux familles. Elle est composée de représentants de l'État et de tous les départements.

- Le Correspondant départemental de l'AFA : le département est l'interlocuteur de proximité des familles. Un correspondant de l'AFA est à la disposition des familles et placé au sein des services de l'enfance de son département. La mission de ce correspondant départemental est d'informer les adoptants sur les spécificités du pays, de les conseiller et de les aider dans la constitution de leur dossier.

Enfin, cette loi annonce la majoration de la prime d'adoption, qui aide les familles à supporter les charges financières liées à l'adoption.

#### 4) RAPPORT COLOMBANI

Devant les difficultés rencontrées pour adopter, l'État a souhaité qu'une « réflexion soit engagée, de nature à déboucher sur des propositions concrètes, pour permettre à un plus grand nombre de familles d'adopter, et pour rendre le système français plus efficace en matière d'adoption. » (5)

Le rapport Colombani (36), qui a pour but d'améliorer les conditions d'adoption dans l'intérêt de l'enfant, et non pas dans celui des familles adoptantes, est constitué de deux parties. Dans la première, il fait l'état des lieux de l'adoption internationale, et dans la seconde, il fait des propositions visant à améliorer la situation.

##### - État des lieux :

Le contexte international est de plus en plus exigeant. Il est « marqué par l'extension de la Convention de La Haye à de nombreux pays d'accueil et d'origine ». En 1999, la Convention avait été ratifiée par 36 États ; en 2008, par 76 États.

Les conséquences de cette ratification sont multiples :

- elle peut être suivie d'une période d'adaptation pouvant aboutir à la fermeture temporaire des adoptions internationales
- l'application du principe de subsidiarité a tendance à faire diminuer le nombre d'adoptions internationales au profit des adoptions nationales
- elle peut supprimer l'adoption individuelle
- elle peut pousser les États d'accueil à interrompre les adoptions dans les États d'origine non signataires de la Convention et où les règles éthiques ne sont pas respectées.

Tout ceci aboutit à la diminution du nombre d'adoptions internationales.

Par ailleurs, le rapport met l'accent sur plusieurs problèmes propres à l'adoption en France :

- un nombre d'agrément accordés en France bien supérieur au nombre d'enfants proposés à l'adoption
- une information pour les familles adoptantes insuffisante
- l'accessibilité financière
- des OAA trop nombreux et donc de petite taille et peu puissants etc.

Enfin, le rapport constate que « les adoptions nationales diminuent régulièrement en dépit d'un dispositif juridique complet et diversifié relatif à l'adoption ». Ceci pourrait s'expliquer en partie par l'importance accordée au maintien des liens familiaux par les autorités françaises.

Ce texte fait mention de l'adoption des enfants « à particularité » (cf. parties V et VI).

- **Propositions :**

Devant ce constat d'échec, le rapport Colombani préconise une action en deux temps et met en avant 32 propositions qui envisagent essentiellement l'intérêt supérieur de l'enfant.

Certaines mettent en cause les pays dont l'enfant adopté est originaire. D'autres, plus ou moins faciles à mettre en œuvre, proposent de revoir les modalités d'obtention de l'agrément par les familles adoptantes, le nombre d'enfants adoptables au niveau national, la prise en charge des parents adoptifs et le nombre excessif d'OAA en France.

Pour conclure, le rapport Colombani a été rédigé il y a 7 ans déjà mais dans le contexte évolutif actuel de l'adoption internationale, il reste, plus que jamais, une base de réflexion importante.

## 5) RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES : VERS UNE STRATÉGIE EUROPÉENNE SUR LES DROITS DE L'ENFANT

Il est intéressant de se pencher sur la question des actions menées au niveau européen en matière de droits de l'enfant, et plus particulièrement en matière d'adoption, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'Union Européenne, car on considère que la législation des États membres est directement influencée par le droit européen (37).

Il existe plusieurs textes rédigés par les institutions européennes relatifs aux droits de l'enfant.

La Commission européenne a rédigé une communication sur la « stratégie européenne sur les droits de l'enfant » le 4 juillet 2006 (38). Ce texte a été suivi d'une « résolution du parlement européen vers une stratégie européenne sur les droits de l'enfant » (39) le 18 janvier 2008.

Ces documents, sans valeur législative, reprennent les différents droits de l'enfant dans le monde (santé, éducation, participation de l'enfant aux décisions qui le concernent par

exemple). Ils décrivent les actions de l'Union Européenne en terme de politique intérieure et extérieure.

Aucun de ces textes n'aborde directement la question de l'adoption mais ils appuient les mesures de la Convention des Nations Unies et encouragent les États qui ne l'ont pas encore fait à ratifier la Convention de La Haye.

### III. LES ORGANISMES AUTORISÉS POUR L'ADOPTION (OAA)

#### A. GÉNÉRALITÉS

Il existe deux types de structures pouvant organiser l'adoption internationale : un organisme gouvernemental, l'Agence française de l'adoption (AFA) et de multiples organismes privés, les Organismes Autorisés pour l'Adoption (OAA).

#### 1) ORGANISMES AUTORISÉS POUR L'ADOPTION

La notion d'organismes autorisés pour l'adoption est définie par les articles L225-11 à L225-14 et R225-33 à R225-46 du Code de l'action sociale et des familles (40).

Les OAA servent d'intermédiaire pour l'adoption de mineurs de quinze ans.

Ils doivent être :

- autorisés par les Conseils généraux des départements dans lesquels ils souhaitent intervenir
- habilités par le Ministère des affaires étrangères pour le pays dans lequel ils veulent prendre en charge le dossier des adoptants
- accrédités par les autorités du pays d'origine

Leurs missions sont les suivantes (41) :

- aide à la préparation du projet d'adoption et conseils pour la consultation du dossier
- information sur les aspects techniques et juridiques de la procédure d'adoption
- détermination, en relation avec les autorités compétentes du pays d'origine, des modalités de choix d'une famille adoptive
- acheminement des dossiers des candidats à l'adoption vers des personnes ou institutions compétentes pour prononcer l'adoption
- suivi de la procédure prévue conformément au droit en vigueur
- accompagnement de la famille après arrivée de l'enfant
- suivi de l'enfant.

Les OAA ne peuvent prendre en charge que les candidats à l'adoption ayant obtenu un agrément du président du Conseil général de leur département de résidence et qui résident dans le département où l'OAA est autorisé ou dans un département auprès duquel il a fait une déclaration d'activité.

Les capacités de fonctionnement de l'OAA sont évaluées en tenant compte du nombre d'enfants proposés chaque année par son intermédiaire et par celui des candidatures de parents pour chaque pays où il est habilité.

Le projet d'apparement indique notamment les modalités de mise en œuvre de l'organisme et précise le type d'enfants proposés par son intermédiaire (structures d'accueil dans le pays d'origine, motifs du consentement à l'adoption, nombre, âges, particularité etc.) ainsi que les données fournies aux parents pour éclairer leur accord à l'adoption (dossier d'origine, cahier de vie de l'enfant dans sa structure d'accueil, dossier médical).

Une somme d'argent comprenant notamment une participation aux frais de fonctionnement de l'association, le coût de la constitution des dossiers des adoptants, le coût des procédures locales judiciaires et administratives, des frais d'entretien de l'enfant (y compris la constitution des dossiers d'origine et médical) est demandée à la famille adoptante.

## 2) AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION

Devant le constat que les OAA seuls ne peuvent répondre à la totalité des demandes d'adoption, l'AFA est créée par la loi du 4 juillet 2005 (35). C'est une agence publique placée sous la tutelle des ministères des Affaires étrangères et européennes, de la Famille, de la Justice et de l'Intérieur.

Sa création s'inscrit dans un souci de complémentarité, et non de concurrence, avec les OAA.

Elle a pour mission d'informer, de conseiller et d'accompagner les familles, et de servir d'intermédiaire pour l'adoption des mineurs étrangers de quinze ans.

Les démarches sont facilitées par la présence d'un correspondant dans chaque département, mais aussi par l'existence de relais dans les pays d'origine pour que les adoptants qui le souhaitent puissent trouver sur place l'aide et l'information dont ils ont besoin.

En étroite liaison avec ses correspondants départementaux, qui ont eux-mêmes une mission de proximité, elle informe les familles sur les modalités de l'adoption internationale, les procédures judiciaires et administratives en vigueur dans les États étrangers, et les aide à constituer leurs dossiers en fonction des pays qu'elles ont choisis.

L'AFA est un interlocuteur privilégié des autorités locales et des orphelinats des pays d'origine des enfants en voie d'adoption. Elle sert donc d'intermédiaire entre les familles et les autorités locales.

Enfin, au retour en France avec l'enfant adopté, elle aide les familles à respecter leurs engagements de suivi post-adoption, lorsque le pays d'origine de l'enfant le demande. Pour ce faire, il existe des antennes « adoption » au sein des services sociaux des départements.

Elle fonctionne exclusivement au moyen de fonds publics attribués par le ministère de la Famille.

En tant que service public, l'AFA accepte toutes les candidatures sans discrimination d'ordre ethnique, racial, social ou religieux et elle accompagne les candidats lorsque leur projet d'adoption est orienté vers un pays où elle est habilitée et accréditée pour intervenir,

qu'il répond aux conditions requises dans le pays d'origine et qu'il correspond aux profils des enfants adoptables dans ce pays.

L'AFA travaille avec 35 pays partenaires, dont 34 ont ratifié la Convention de La Haye :

- l'Albanie
- la Bulgarie
- le Burkina-Faso
- le Cambodge (pays actuellement fermé)
- la Chine
- le Chili
- la Colombie
- la Hongrie
- l'Inde
- la Lettonie
- la Lituanie
- Madagascar
- le Mali
- le Mexique
- le Pérou
- les Philippines
- la Pologne
- le Portugal
- le Sri Lanka
- la Thaïlande
- le Togo
- le Vietnam.

L'AFA est également habilitée par le Ministère des Affaires Étrangères français et accréditée auprès de la Russie, pays non signataire de la Convention de la Haye (42).

La figure 3.1 indique en rouge les pays partenaires de l'AFA signataires de la Convention de La Haye et en jaune les partenaires non signataires de la Convention de La Haye.

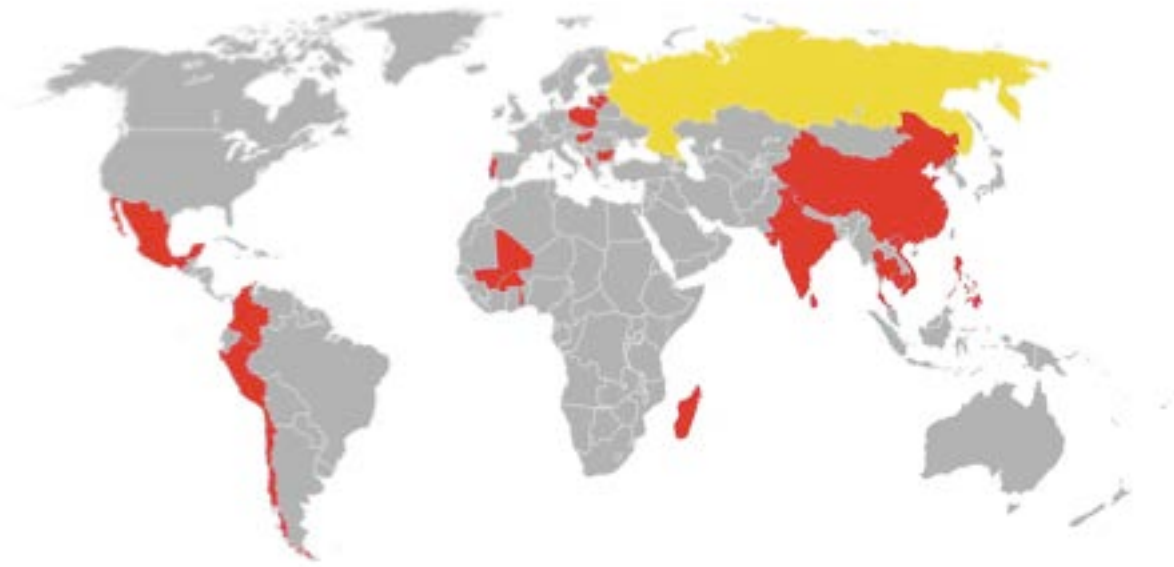


Figure 3.1 : pays partenaires de l'AFA en 2014

En 2014, l'AFA avait réalisé 239 adoptions, et 3484 depuis sa création en 2006 (43).

## B. QUELQUES EXEMPLES D'OAA

En France, en 2015, on dénombre 32 OAA (41):

- Accueil aux Enfants du monde
- Accueil et Partage
- Agir pour l'Enfant
- Les Amis des enfants du Monde
- Arc-en-ciel
- Ayuda
- Chemin vers l'enfant
- Children of the sun
- Confédération Française pour l'Adoption (COFA) : il existe 7 sièges de la COFA localisés à Bordeaux, Brive, Cognac, Lille, Lyon, Marseille, et Montauban
- De Pauline à Anaëlle
- Destinées
- Diaphanie
- Edelweiss Accueil
- Enfance Avenir
- Enfants du Monde – France
- KASIH BUNDA – France
- La Cause
- La famille adoptive française
- La Providence

- Les Enfants avant Tout
- Les Enfants de l'Espérance
- Les Enfants de Reine de Miséricorde
- Lumière des Enfants
- Médecins du Monde
- Orchidée Adoption
- Païdia
- Passerelle
- Rayon de Soleil de l'Enfant Étranger
- Renaître
- Solidarité Fraternité
- Ti-Malice
- Vivre en Famille

Ces 32 OAA sont regroupés en 3 fédérations d'OAA (44) :

- Le Collectif pour l'Adoption Internationale qui réunit 3 OAA partageant une même démarche éthique dans le domaine de l'adoption internationale : Les Amis des Enfants du Monde, Médecins du Monde et Rayon de Soleil de l'Enfant Étranger.
- La Fédération France Adoption qui regroupe 5 OAA destinés à l'adoption internationale : Agir pour l'Enfant, Arc-en-ciel, Lumière des Enfants, De Pauline à Anaëlle et Solidarité Fraternité.
- La Fédération Française des Organismes Autorisés pour l'Adoption (FFOAA) qui réunit les 24 autres OAA.

Ces 32 OAA n'interviennent pas tous dans les mêmes pays d'origine ni dans tous les départements français, selon leur habilitation.

Certains n'interviennent que dans un pays ou deux. D'autres sont un peu plus présents partout dans le monde. C'est le cas par exemple de :

- Chemin vers l'Enfant : Haïti, Burkina Faso, Afrique du Sud, République démocratique du Congo, Burundi
- Confédération Française pour l'Adoption (COFA) : divisée en plusieurs antennes intervenant dans quelques villes françaises
- Enfants du Monde : Chine, Haïti, Inde, Mongolie, République démocratique du Congo
- Lumière des Enfants : Burkina Faso, Madagascar, Nigeria, République démocratique du Congo, Togo, Côte d'Ivoire, Haïti.
- Rayon de soleil de l'Enfant Étranger : Chili, Chine, Corée du Sud, Inde, Haïti
- Médecins du Monde : cf. partie III.C





Figure 3.2 : Implantation des OAA et de l'AFA dans le monde en 2014

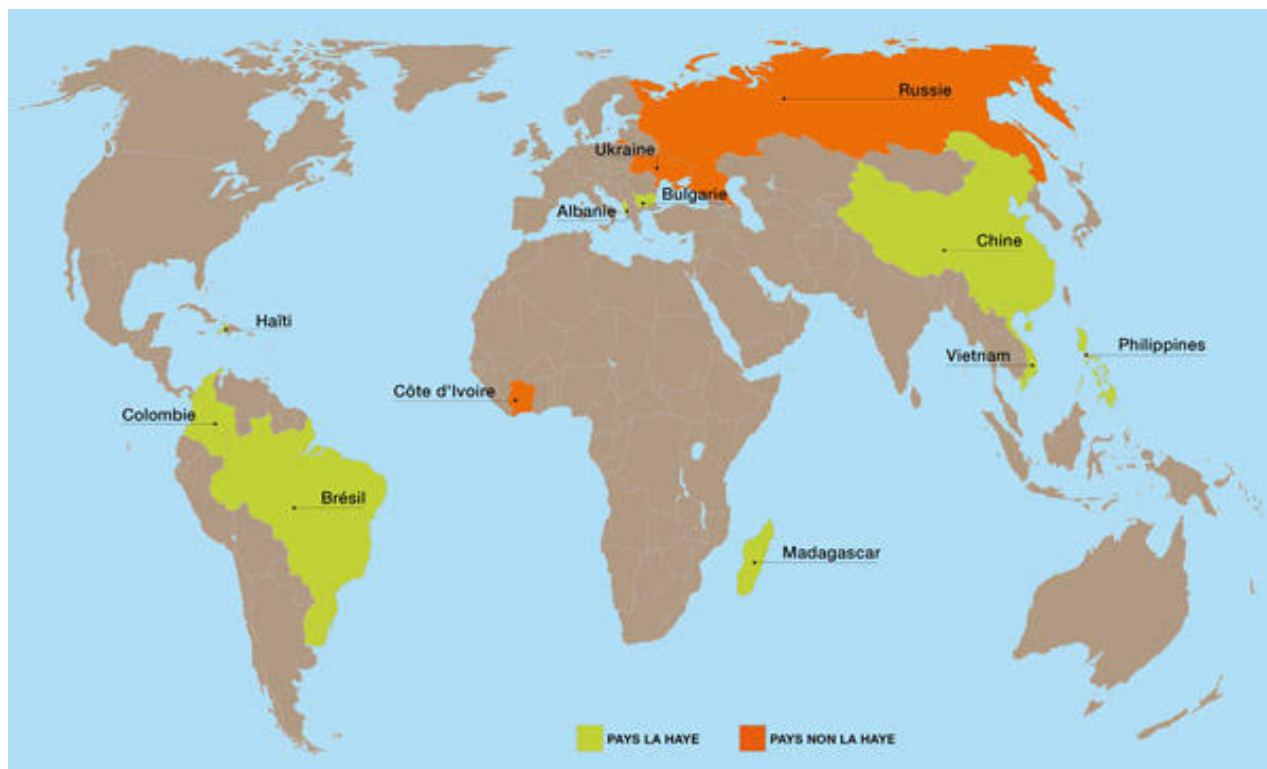
## C. EXPÉRIENCE DE MÉDECINS DU MONDE (MDM)

Médecins du Monde est une association humanitaire médicale qui a créé une mission chargée de l'adoption internationale. Le statut d'OAA a été obtenu en 1988. Opérationnelle depuis 1990, la Mission Adoption Internationale avait réalisé l'adoption de 4079 enfants en décembre 2014.

En 2014, la Mission Adoption Internationale intervient dans 13 pays, dont 10 ont ratifié la Convention de La Haye (45) :

- Haïti, Colombie, Brésil, Arménie, Albanie, Bulgarie, Madagascar, Chine, Vietnam, Philippines : signataires de la Convention de La Haye
- Russie, Ukraine, Côte d'Ivoire : non signataires.

(figure 3.3)



juillet 2014

Figure 3.3 : pays dans lesquels intervient la Mission Adoption Internationale de MDM en 2014 (45)

N.B. : Pour l'année 2015, Médecins du Monde n'a pas renouvelé sa collaboration avec la Russie du fait de déconvenues par rapport aux informations contenues dans les dossiers médicaux des enfants que le pays propose à l'adoption internationale.

Au niveau national, la Mission Adoption Internationale au 31 décembre 2014 s'organisait comme suit :

- responsable : Docteur Geneviève ANDRÉ-TRÉVENNEC
- siège : 62, rue Mercadet 75 018 PARIS
- 16 antennes régionales réparties dans l'hexagone et en Outre-Mer
- 250 intervenants dont 97% sont des bénévoles
- 17% de médecins (dont pédiatres et pédopsychiatres), 31% de psychologues, 23% de paramédicaux et travailleurs sociaux, 8% d'enseignants et autres professions (juristes notamment).

L'antenne lorraine a été créée à Metz en 1998. Elle a été scindée en deux en 2006 pour donner une antenne Lorraine Nord située à Metz et une antenne Lorraine Sud située à Nancy. Cette dernière est composée de 10 membres bénévoles : 5 médecins dont 2 psychiatres, 3 infirmières, un psychologue, une personne ayant elle-même adopté.

N.B. : À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015, en raison de la diminution du nombre d'enfants adoptés, l'antenne de Metz a été rattachée à celle de Nancy.

Compte tenu de la forte professionnalisation de sa mission, MDM s'est progressivement engagé dans l'adoption d'enfants à besoins spécifiques (cf. partie V).

## IV. UN LONG PARCOURS JUSQU'À L'ARRIVÉE DE L'ENFANT

### A. NATURE DES DEMANDEURS

En France, la loi de 1996 prévoit que peuvent adopter :

- deux époux mariés depuis plus de deux ans ou âgés l'un et l'autre de plus de 28 ans, et dont l'âge est au moins supérieur de 15 ans à l'âge de l'enfant qu'ils souhaitent adopter.
- toute personne âgée de plus de 28 ans, célibataire (homme ou femme), vivant seule ou mariée mais agissant individuellement.

Les couples en union libre ou PACSÉS ne peuvent pas obtenir l'agrément. En effet, même si de plus en plus de couples ne sont pas mariés et que, par conséquent, de plus en plus d'enfants naissent hors mariage, l'adoption conjointe par deux concubins n'est pas possible en France. Le législateur a jugé en effet que l'engagement pris par un mariage restait la garantie de sécurité nécessaire à offrir au moment d'une adoption à un enfant qui est précisément à la recherche d'une famille. Cette impossibilité n'exclut cependant pas que l'un des deux concubins se porte candidat en son nom seul. L'enfant lui sera alors exclusivement rattaché (4).

Les couples homosexuels, mariés ou non, ne peuvent pas non plus obtenir l'agrément. La présence au foyer d'enfants, biologiques ou adoptés, ne constitue pas un obstacle juridique.

Certains pays d'origine ont des exigences particulières et refusent les dossiers de personnes seules et/ou de couples mariés ayant déjà des enfants. C'est le cas par exemple pour les pays suivants (46) :

- Cambodge, Chili, Chine, Russie : refus des personnes seules
- Congo, Haïti, Mali, Sénégal: refus des couples ayant déjà des enfants
- Liban, Tchad : uniquement des couples mariés sans enfant.

En ce qui concerne le cas particulier de MDM : les femmes seules et les couples mariés ayant déjà des enfants biologiques ou adoptés ne sont pas considérés comme prioritaires à l'exception des couples qui, ayant déjà adopté un enfant avec MDM, déposent une seconde demande d'adoption pour le même pays d'origine que le premier enfant. Les dossiers constitués par des hommes seuls ne sont pas acceptés.

## B. DEMANDE D'AGRÉMENT

L'obtention de l'agrément est la première démarche à réaliser en vue d'une adoption.

La procédure d'agrément se déroule en six étapes principales (4) :

- La demande écrite se fait par simple courrier auprès du Président du Conseil général du département de résidence, qui délègue ce droit au directeur des services sociaux, après avis d'une commission (47).
- L'information préalable : Dans un délai de deux mois après la demande écrite, les personnes désirant adopter reçoivent un questionnaire à remplir (Annexe 2) ainsi qu'une liste de pièces administratives à fournir. Ils sont également invités à participer à une réunion d'information sur l'adoption durant laquelle seront abordés les dimensions psychologiques, éducatives et culturelles de l'adoption, les procédures administratives et judiciaires, les principes en matière d'adoption internationale et la situation des enfants adoptables en France et à l'étranger.
- La confirmation de la demande et la constitution du dossier : Après avoir obtenu ces informations, les personnes concernées confirment leur demande par lettre recommandée avec avis de réception au Président du Conseil général et expriment leur projet d'adoption (adopter un bébé français, préférence pour une fille ou un garçon, adopter un enfant étranger, une fratrie...). La date de réception définit le point de départ du délai de la procédure d'agrément<sup>1</sup>. La constitution du dossier nécessite de fournir une copie intégrale des actes de naissance des demandeurs et les pièces justificatives si la famille comporte déjà des enfants, le bulletin n°3 du casier judiciaire, un certificat médical établi par un médecin figurant sur une liste établie par le Président du Conseil général et tout document attestant des ressources.
- Les investigations (évaluations sociales et psychologiques) : Pour instruire la demande, l'ASE peut faire procéder à toutes les investigations permettant d'apprécier les conditions d'accueil que le demandeur peut offrir à des enfants, tant sur le plan familial et éducatif que psychologique. Ces enquêtes sont menées par des praticiens et des professionnels qualifiés (assistantes sociales, psychologues), dont la liste est déposée au Conseil général. Elles sont destinées à déterminer si les postulants sont aptes à recevoir un enfant.

---

<sup>1</sup> Depuis la loi du 4 juillet 2005 (35), l'agrément est normalement accordé dans un délai de 9 mois après la date de la demande. Il est délivré pour l'accueil d'un ou plusieurs enfants simultanément. Il est valable 5 ans mais devient caduc dès qu'un enfant arrive au foyer ; il ne peut donc être réutilisé pour l'adoption ultérieure d'un autre enfant.

Durant cette période, les titulaires doivent obligatoirement confirmer, chaque année, leur projet d'adoption par une lettre au Président du Conseil général dans laquelle ils doivent déclarer une éventuelle modification de leur statut matrimonial ou au sein de la composition de la famille. Le défaut de confirmation annuelle peut entraîner le retrait de l'agrément.

- L'examen de la demande par la commission d'agrément : L'agrément est délivré par le Président du Conseil général après avis de la commission d'agrément. La commission d'agrément rend un avis motivé (hors présence des demandeurs) qui fait l'objet d'un procès-verbal.
- La décision relative à l'agrément : La décision relative à l'agrément doit être motivée et notifiée aux personnes dans un délai maximum de 15 jours suivant la réunion de la commission d'agrément. Le refus d'agrément peut faire l'objet, dans un délai de 2 mois à compter de la notification du refus, d'un recours gracieux auprès du Président du Conseil général. Si le refus est maintenu, un recours contentieux devant le tribunal administratif est possible. Dans tous les cas, le refus d'agrément est valable 30 mois. Passé ce délai, recours ou non, il est possible pour les candidats refoulés de déposer une nouvelle demande d'agrément et d'entamer une nouvelle procédure.

Si la situation matrimoniale ou la composition de la famille a changé, la situation peut être réexaminée et l'agrément modifié, voire retiré après avis de la commission.

Il est possible de faire modifier son agrément en cas de changement de projet (enfant plus âgé, fratrie etc), mais la démarche est parfois compliquée, selon le département concerné.

## LES ÉTAPES DE L'AGRÉMENT

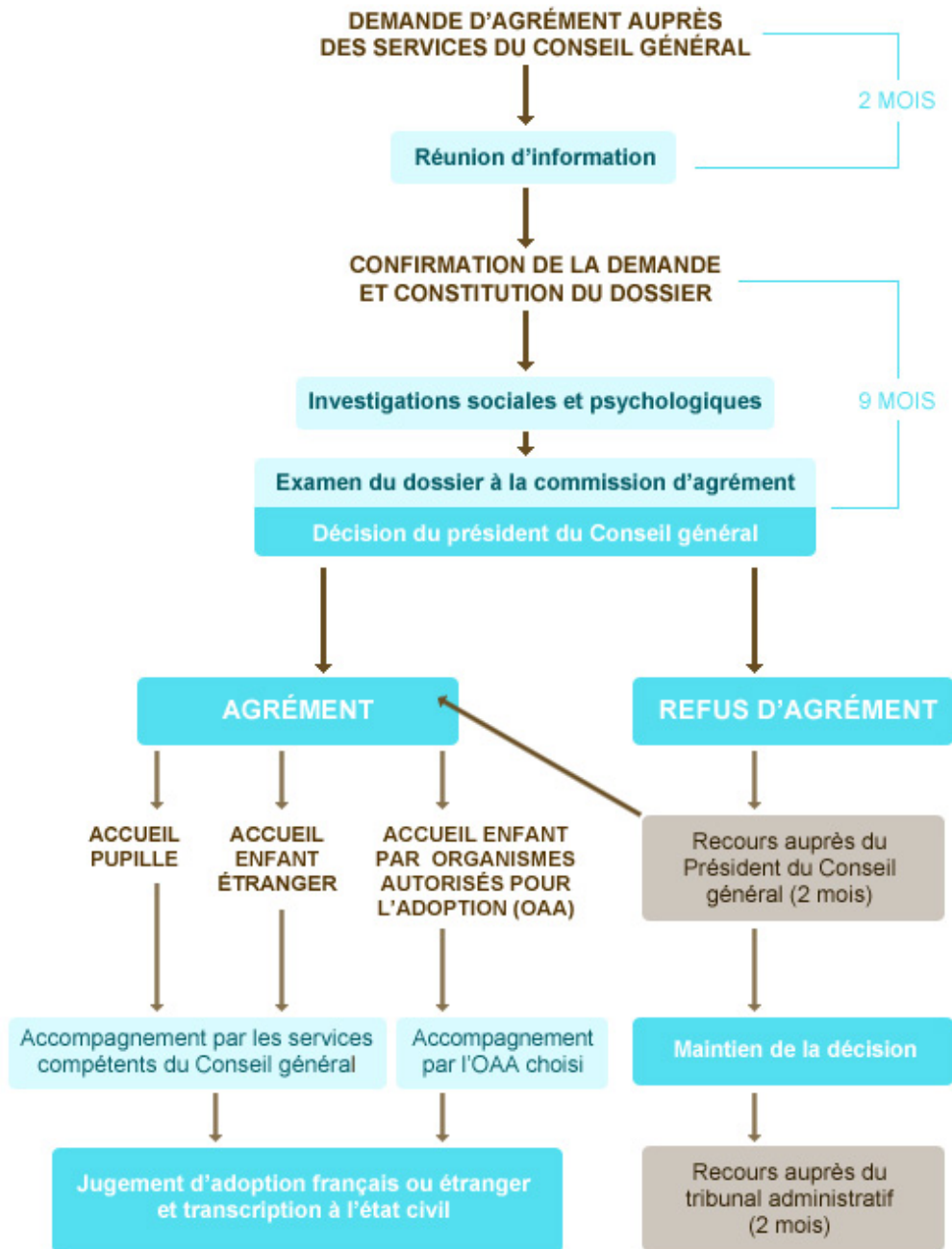


Figure 4.1 : Les grandes étapes de la demande d'agrément (48)

## C. PRISE EN CHARGE PAR UN OAA OU PAR L'AFA

### 1) PRISE EN CHARGE PAR UN OAA

Les OAA accompagnent les familles après l'obtention de l'agrément.

Afin d'étudier le parcours des adoptants ayant choisi d'être accompagnés par un OAA, nous prendrons l'exemple de Médecins du Monde.

Une fois l'agrément obtenu, les candidats peuvent déposer leur dossier de candidature (étape 2 de la figure 4.2) auprès de l'antenne régionale de MDM dont ils dépendent. Ce dossier contient :

- une lettre de motivation contenant une présentation des futurs adoptants et de leur projet d'adoption
- une copie de l'agrément et de la notice correspondante
- une copie des rapports sociaux et psychologiques de l'ASE.

À la réception du dossier, lors d'une première commission (étape 3 de la figure 4.2), la mission adoption étudie la faisabilité du projet dans les pays où MDM est accrédité en fonction des critères établis par ces différents pays. En cas de réponse négative, la procédure s'arrête. Si le projet est jugé réalisable, un avis provisoire est donné. Les candidats devront alors confirmer par écrit leur accord pour le ou les pays sélectionnés par MDM.

Par la suite, les candidats sont conviés à un ou plusieurs entretiens (étape 4 de la figure 4.2) dans les locaux de MDM en fonction du ou des pays sélectionnés, chaque pays d'origine ayant des exigences propres et des propositions d'enfants différentes.

Après les entretiens, si un avis favorable est émis, la candidature est définitivement entérinée lors d'une deuxième commission (étape 5 de la figure 4.2). Cette commission pluridisciplinaire réunit des responsables des pays d'origine, des médecins, des psychologues et des chargés de suivi afin d'établir s'il y a une compatibilité entre le projet d'adoption des familles et les besoins des enfants proposés par les pays d'origine.

Une fois le dossier définitivement accepté, la famille adoptante et MDM signent un engagement réciproque. Celui-ci est formalisé par une « Convention de Mise en Relation » (CMR). Il est à noter que la CMR conclue l'acceptation du dossier des futurs adoptants mais ne constitue en aucun cas une garantie d'apparement futur. À la signature de la CMR, il est demandé aux candidats de régler un montant correspondant aux frais de fonctionnement de la mission, à savoir les contacts avec les pays d'origine, l'accompagnement de la famille pendant toute la procédure d'adoption et les suivis post-adoption à domicile.

À partir de ce moment, débute une période d'attente, plus ou moins longue selon les pays (cf. partie IV.D). Durant cette période d'attente, l'OAA accompagne les familles adoptantes.



Cet accompagnement comprend :

- la préparation à la parentalité adoptive (étape 7 de la figure 4.2). Les futurs adoptants sont conviés à une ou deux journées (obligatoires) animées par un binôme se composant d'un psychologue et d'un chargé de suivi ou d'un autre professionnel de l'enfance. La première journée est une journée « standard » de préparation à la parentalité adoptive ; la seconde journée est organisée pour les familles se préparant à l'arrivée d'enfants à besoins spécifiques (cf. partie VI.). Ces journées ont pour but de réunir les futurs parents en petits comités afin de leur donner l'occasion d'échanger et de réfléchir sur leur parentalité adoptive, et éventuellement d'anticiper des situations difficiles qu'ils pourraient rencontrer en post-adoption
- le soutien pendant le délai d'attente

Viennent ensuite l'apparementement (étape 8 de la figure 4.2) et la préparation au départ (étape 9 de la figure 4.2) et au séjour dans le pays d'origine (cf. partie IV.E).

Lorsqu'une proposition d'apparementement est faite par le pays d'origine, le pôle psychologique et le pôle médical de la mission examinent le dossier de l'enfant. Après accord des deux pôles, le dossier et quelques photographies sont présentés à la famille, le plus souvent en présence d'un psychologue et d'un médecin pour pouvoir expliquer les problématiques de l'enfant, les pathologies s'il y en a, et répondre aux questions des parents afin que ceux-ci prennent une décision éclairée. Une copie de l'intégralité du dossier de l'enfant est fournie à la famille qui dispose d'un temps de réflexion avant de prendre une décision.

Au retour en France, après l'accueil de l'enfant (étape 11 de la figure 4.2), débute le suivi post-adoption (étape 12 de la figure 4.2). Quatre entretiens sont réalisés la première année. Un bilan est réalisé deux ans après l'arrivée. Le suivi peut se poursuivre au delà de ces deux ans (la loi française n'impose un suivi que pendant deux ans) en fonction des exigences du pays d'origine (cf. partie IV. F), ou si la famille le souhaite.



Figure 4.2 : Prise en charge des adoptants par MDM (49)

## 2) PRISE EN CHARGE PAR L'AFA

L'AFA ne sélectionne pas les dossiers des candidats à l'adoption, dès lors qu'ils correspondent aux exigences législatives françaises et des pays d'origine. Mais de manière générale, les pays partenaires demandent de mettre tout en œuvre pour adresser des projets d'adoption correspondant aux besoins réels des enfants qu'ils souhaitent faire adopter à l'international. L'AFA doit donc transmettre un nombre raisonnable de dossiers et soumettre des projets de qualité s'ouvrant sur l'accueil d'enfants de trois ans et plus, et sur l'accueil d'enfants à besoins spécifiques (cf. partie V.).

La prise en charge par l'AFA se rapproche de celle des OAA, mais il existe quelques différences.

Avant de constituer leur dossier, les futurs adoptants doivent choisir un pays dans lequel ils aimeraient adopter un enfant (50). Pour ce faire, l'AFA met à leur disposition, notamment sur son portail internet :

- un outil de simulation d'orientation qui, à partir des critères légaux établis par chacun des pays partenaires, et des informations personnelles fournies par les candidats, permet de les renseigner sur les pays susceptibles d'accepter leur candidature.
- des « fiches pays » qui apportent des précisions sur les critères des pays d'origine, leurs exigences, et sur les caractéristiques des enfants qu'ils proposent à l'adoption.

Ainsi informés, les adoptants peuvent contacter le correspondant AFA de leur département. Ce dernier pourra les aider à s'orienter vers le pays le plus adapté à la réalisation de leur projet d'adoption (étape 3 de la figure 4.3).

Une fois le pays choisi, les futurs adoptants doivent constituer un pré-dossier avec l'aide de leur correspondant AFA. Ce pré-dossier contient :

- une fiche de renseignements
- une lettre de présentation du projet d'adoption et du pays choisi
- une photocopie de l'agrément et de la notice correspondante, ainsi que des évaluations sociale et psychologique.

Ces pré-dossiers seront ensuite traités par l'Agence, de manière différente selon qu'ils concernent des pays avec quotas, sans quotas ou soumis à une liste de demande en attente. Quoi qu'il en soit, les candidats sont invités à confirmer annuellement leur projet auprès de l'AFA.

Après validation du pré-dossier, les candidats recevront un « projet de mise en relation », document contractuel qui rappelle les éléments essentiels de leur projet et qui précise les obligations respectives de chacune des parties. C'est seulement après avoir renvoyé ce document, dans un délai de 2 mois, que les futurs adoptants recevront la brochure leur permettant de monter leur dossier (étape 5 de la figure 4.3) qui sera envoyé par l'AFA aux autorités locales du pays choisi (étape 6 de la figure 4.3).

Vient ensuite la période d'attente, sensiblement équivalente à la période d'attente lors d'un accompagnement par un OAA. (cf. partie IV.D).

Pendant cette période, les familles sont invitées à participer à des sessions collectives :

- rendues obligatoires par certains pays comme la Chine et la Russie, elles permettent d'évoquer les aspects psychologiques, médicaux, administratifs et juridiques inhérents à toute procédure d'adoption
- facultatives pour les autres pays, ce sont des séances de préparation au départ qui ont pour objectif de sensibiliser et d'approfondir la réflexion des familles sur la préparation du voyage, du séjour et du retour du pays d'origine de l'enfant, la rencontre et la construction du lien, le profil des enfants, la procédure locale et la culture du pays.

Au moment de la transmission de la proposition d'apparement (étape 7 de la figure 4.3), un accompagnement est assuré par les chargés de mission psychologue et médecin, aux côtés des rédacteurs. Si la proposition d'enfant correspond au projet et aux capacités d'accueil des candidats, l'AFA transmet leur accord aux autorités locales du pays (étape 8 de la figure 4.3) et les accompagne dans la préparation de leur voyage (étape 9 de la figure 4.3).



Figure 4.3 : Prise en charge des adoptants par l'AFA (51)

## D. DÉLAI D'ATTENTE

Comme vu précédemment, l'adoption se fait en plusieurs étapes qui prennent chacune un certain temps qu'il est difficile d'évaluer à l'avance. Chaque étape doit être terminée avant que les adoptants puissent débiter la suivante, il n'est donc pas possible de « gagner du temps » en anticipant les démarches.

Le seul délai certain est celui pendant lequel l'ASE doit décider de l'attribution de l'agrément aux familles qui en ont fait la demande. Celui-ci est de 9 mois maximum.

Par la suite, la durée nécessaire à la constitution des dossiers dépend des candidats eux-mêmes.

Le plus aléatoire reste la durée de la période d'attente entre la signature de la Convention ou du Projet de Mise en Relation (cf. IV.D.) et la proposition d'apparement, que les familles aient fait appel à l'AFA ou à un OAA pour les accompagner. Celle-ci est variable d'un pays à l'autre, et dépend également du projet d'adoption de chaque famille. Mais globalement, elle est assez longue (de 18 mois à 4 ans) (52).

Dans l'ensemble, les statistiques suggèrent une durée moyenne d'attente totale d'environ quatre ans pour les adoptions internationales (53). (À titre de comparaison, elles parlent de quatre ou cinq ans voire davantage pour l'adoption en France). Par exemple, en Colombie, le délai moyen de traitement des procédures d'adoption pour un enfant jeune et en bonne santé est actuellement d'environ 5 à 6 ans (54).

### **En ce qui concerne l'exemple de Médecins du Monde :**

MDM ne fait pas exception et, à l'instar des autres organismes intermédiaires, subit des délais d'apparement plutôt longs. Ils varient en fonction du pays d'origine, de l'évolution du contexte de l'adoption internationale et du projet d'adoption défini par les familles adoptantes.

La figure 4.4 (55) renseigne sur le délai d'attente entre l'acceptation du dossier par MDM et l'arrivée de l'enfant en France en 2014.

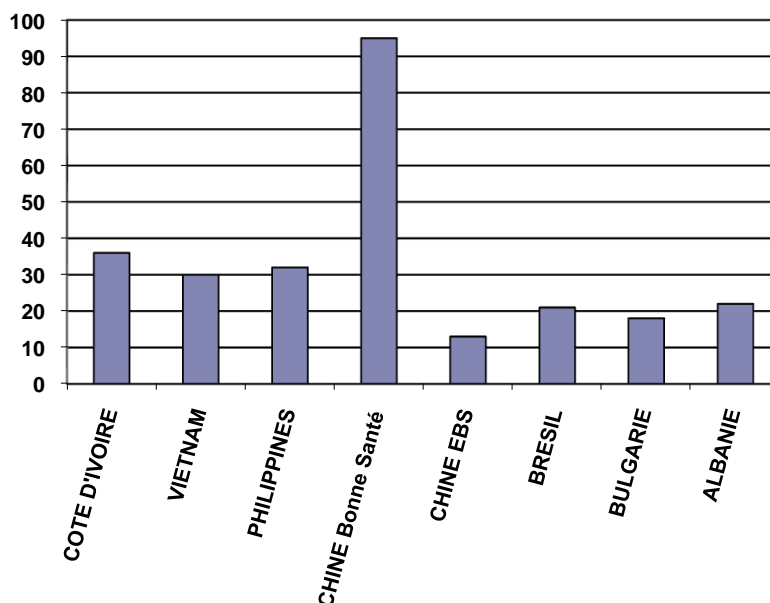


Figure 4.4 : délai (en nombre de mois) d'attente entre l'acceptation du dossier par MDM et l'arrivée de l'enfant en France en 2014 (55)

On peut observer que :

- le délai d'attente est variable en fonction des pays, mais que, quel que soit le pays concerné, il reste supérieur à un an. En dehors de l'exception que constitue la Chine, il varie de 18 mois (pour la Bulgarie) à 36 mois (pour la Côte d'Ivoire).
- le délai d'attente dépend du projet d'adoption des futurs parents : en effet, si l'on prend l'exemple de la Chine, ce délai est multiplié par 7 selon que les enfants adoptés sont des enfants à besoins spécifiques (délai de 13 mois) (cf. partie V. et partie VI.) ou des enfants jeunes en bonne santé (délai de 95 mois).

## E. SÉJOUR DANS LE PAYS POUR CHERCHER L'ENFANT

### 1) GÉNÉRALITÉS

Une fois l'apparement effectué et les formalités administratives réglées, les familles pourront alors se rendre dans le pays d'origine pour rencontrer l'enfant et y rester le temps du séjour de convivialité dont la durée est variable selon les pays (de quelques semaines à plusieurs mois).

A la suite de la décision administrative ou judiciaire du pays d'origine confiant l'enfant en vue d'adoption ou prenant la décision d'adoption, les adoptants pourront ramener

l'enfant en France. Pour ce faire, il est nécessaire d'obtenir un visa long séjour adoption<sup>1</sup> pour l'enfant afin qu'il puisse rentrer sur le territoire français.

Après la décision locale d'adoption, le « certificat de conformité » de l'adoption à la procédure de la Convention de la Haye doit être remis aux parents. Ce certificat permet une transcription directe de l'enfant à l'état civil français par le parquet du tribunal de grande instance de Nantes (52).

Afin que le séjour se passe dans les meilleures conditions possibles, avant le départ, le responsable pays de l'OAA explique à la famille adoptante les modalités de la poursuite de la procédure et comment la rencontre avec l'enfant va se dérouler. Il abordera également les questions de procédures locales de l'adoption ainsi que les coutumes et traditions à respecter dans le pays lors du séjour.

Il est conseillé de faire la réservation des titres de transport en coordination avec l'OAA.

## 2) DURÉE DE SÉJOUR : QUELQUES EXEMPLES

Les durées de séjour dans le pays d'origine varient en fonction des pays. Parfois, les pays exigent même que les parents adoptifs effectuent plusieurs séjours sur leur territoire avant de pouvoir ramener l'enfant en France.

---

<sup>1</sup> Les visas long séjour, comme tous les visas d'entrée en France, sont demandés auprès du Consulat de France dans le pays d'origine. Leur délivrance se fait après instruction au consulat et accord de la Direction des étrangers en France et des français à l'étranger.

Le visa long séjour adoption est particulier car, entre autres :

- il ne peut être demandé que pour des mineurs de moins de 15 ans
- l'enfant adopté peut obtenir un visa même s'il est en mauvaise santé et n'est pas soumis à une visite médicale à son arrivée en France ; dès lors qu'il a bénéficié d'un Visa long séjour adoption, la couverture sociale des parents couvre l'enfant adopté
- le coût du visa est actuellement de 15 € ; il est généralement délivré dans les 3 jours après le dépôt de la requête si le dossier est complet et conforme (alors qu'il coûte entre 60 et 150 € et nécessite de 15 jours à 2 mois de délai pour les autres types de visas long séjour)
- les pièces à produire par les parents adoptifs au consulat lors de la demande de visa doivent être traduites en français et comprennent au minimum :
  - o Copie de l'agrément des adoptants (obligatoire sauf adoption d'un enfant du conjoint)
  - o Acte d'état civil de l'enfant avant et après adoption
  - o Consentement à l'adoption des tuteurs juridiques de l'enfant
  - o Acte définitif judiciaire ou administratif d'adoption du pays d'origine
  - o Certificat de conformité dans les pays parties à la Convention de la Haye de 1993
  - o Passeport national de l'enfant en cours de validité (selon les pays, le nom sur le passeport sera celui de l'enfant ou des adoptants si ce nom a été changé lors de la décision d'adoption) (56)

Le tableau 4.5 indique le nombre et la durée des séjours à effectuer dans différents pays d'origine.

Pays d'origine	Nombre de voyages	Durée du/des voyage(s)
Bulgarie	2	1 <sup>er</sup> voyage : 1 semaine. Rencontre de l'enfant dans son institution 2 <sup>e</sup> voyage : 1 semaine. Remise de l'enfant et finalisation de la procédure
Chine	1	2 semaines
Philippines	1	10 jours
Vietnam	1	21 à 28 jours
Brésil	1	5 à 6 semaines
Colombie	1	6 à 7 semaines
Côte d'Ivoire	1	Moins de 7 jours
Madagascar	1	3 mois
Haïti	2	1 <sup>er</sup> voyage : 15 jours. Rencontre de l'enfant dans son institution 2 <sup>e</sup> voyage : 4 jours. Remise de l'enfant une fois la procédure terminée
Russie	3 (la Russie exige que les deux parents se déplacent pendant les trois voyages)	1 <sup>er</sup> voyage : 1 semaine. Attribution de l'enfant 2 <sup>e</sup> voyage : environ 1 semaine, 6 à 9 mois après le 1 <sup>er</sup> voyage. Jugement 3 <sup>e</sup> voyage : 5 à 10 jours, 3 semaines après le 2 <sup>e</sup> voyage. Remise de l'enfant et finalisation de la procédure

Tableau 4.5 : nombre et durée de séjour dans quelques pays d'origine (49)

### 3) EXEMPLE DE MDM

Sur son portail internet, MDM prodigue quelques conseils pratiques pour faire en sorte que le voyage se passe au mieux.

Il est conseillé de contacter sa complémentaire santé afin de se renseigner sur la prise en charge du futur enfant pendant le séjour dans le pays d'origine de celui-ci.

Une assurance peut couvrir l'enfant dès sa remise, pendant le séjour dans le pays d'origine jusqu'à sa prise en charge en France par l'assurance santé et civile des futurs parents, compte tenu de la période de transition entre pays d'origine et pays d'accueil où l'enfant n'a en général aucune prise en charge.

Il est conseillé aux familles d'avoir toujours en leur possession une copie des passeports (et de vérifier leur validité avant le départ), une copie de l'agrément et de la lettre



de confirmation annuelle qui en assure la validité, leurs cartes de sécurité sociale, ainsi qu'une copie des documents indiquant les spécificités de l'enfant. Il est préférable de faire des photocopies certifiées conformes de tous ces documents. Il vaut mieux qu'ils gardent également sur eux les documents officiels qui leur seront remis dans le pays d'origine (document de remise officiel de l'enfant, par exemple).

Tout au long du séjour, les adoptants sont accompagnés par des personnes représentant MDM (un correspondant MDM ou une structure mandatée par MDM). Cet accompagnement inclut principalement la réservation d'un hébergement par le correspondant local en accord avec les familles, la finalisation de la procédure locale et la demande au Consulat de France du visa long séjour de l'enfant (49).

## F. SUIVI DE L'ENFANT À SON RETOUR

Comme mentionné dans le Code de l'action sociale et des familles, « Le mineur placé en vue d'adoption ou adopté bénéficie d'un accompagnement par le service de l'ASE ou l'organisme (autorisé pour l'adoption) à compter de son arrivée au foyer de l'adoptant et jusqu'au prononcé de l'adoption plénière en France ou jusqu'à la transcription du jugement étranger. Cet accompagnement est prolongé si l'adoptant le demande, notamment s'il s'y est engagé envers l'État d'origine de l'enfant. Dans ce dernier cas, il s'effectue selon les modalités de calendrier déterminées au moment de l'engagement ».

En pratique, cela signifie que, quel que soit le pays d'origine dans lequel est menée la procédure d'adoption internationale par des candidats français, un rapport de suivi post-adoption doit obligatoirement être réalisé dans les six mois suivant l'arrivée de l'enfant au foyer familial. Cette arrivée doit donc impérativement être signalée au service adoption du Conseil général compétent le plus rapidement possible (57).

Au delà de ce premier rapport, de plus en plus de pays d'origine exigent l'envoi de rapports sur l'évolution de l'enfant et son intégration familiale et sociale post-adoption : la périodicité de ces rapports, la durée du suivi et leur contenu varient selon les pays, qu'ils aient ratifié ou non la Convention de La Haye (58).

Certains pays sont plutôt laxistes et ne demandent aucun suivi particulier. C'est le cas par exemple :

- du Kosovo (non CLH)
- du Sénégal (CLH)
- du Bénin (CLH).

D'autres sont très stricts et exigent un suivi régulier jusqu'à la majorité de l'enfant. C'est le cas par exemple :

- de l'Azerbaïdjan (CLH)
- du Burkina Faso (CLH) qui réclame un rapport annuel les deux premières années suivant l'adoption, puis un rapport tous les trois ans jusqu'à la majorité de l'enfant (soit 18 ans révolus.)

- du Burundi (CLH) qui demande deux rapports de suivi jusqu'à la transcription du jugement en France, puis des nouvelles régulières tous les deux ans jusqu'à la majorité de l'enfant
- du Cambodge (CLH) qui demande une lettre de suivi annuelle jusqu'à la majorité de l'enfant
- de la Russie (non CLH) qui exige d'abord l'enregistrement de l'enfant adopté auprès du Consulat de Russie de son lieu de résidence dans les deux mois suivant son arrivée en France et ensuite des rapports de suivi certifiés conforme entre le 2<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup> mois, le 5<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> mois, le 11<sup>e</sup> et le 13<sup>e</sup> mois, le 23<sup>e</sup> et le 25<sup>e</sup> mois, le 35<sup>e</sup> et le 37<sup>e</sup> mois de la date d'entrée en vigueur du jugement d'adoption puis un rapport tous les deux ans jusqu'à la majorité de l'enfant.

Outre ces extrêmes, les suivis demandés s'étalent dans l'ensemble sur deux à cinq ans. C'est le cas par exemple :

- en Albanie (CLH), en Bolivie (CLH), au Brésil (CLH), en Inde (CLH) qui demandent un rapport de suivi semestriel les deux premières années après le jugement d'adoption
- au Vietnam (CLH) et au Mexique (CLH) qui réclament un bilan semestriel jusqu'à trois ans après l'arrivée de l'enfant en France
- En Afrique du Sud (CLH), en Arménie (CLH), en Chine (CLH) qui exigent des bilans semestriels ou annuels jusqu'à cinq ans après l'arrivée de l'enfant en France.

Parfois, certains pays (Philippines, Thaïlande) imposent une période probatoire de six mois durant laquelle les familles doivent faire réaliser un ou deux bilans avant de pouvoir obtenir un consentement définitif.

Les rapports de suivi réclamés sont de nature variable. Selon le pays d'origine, ils peuvent être de simples lettres informelles, ou des questionnaires succincts (comme pour le Vietnam), plus ou moins accompagnés de photographies de l'enfant dans sa nouvelle famille, ou à l'inverse les familles, parfois sous contrôle de professionnels, doivent remplir des questionnaires longs et précis (comme pour la Colombie) (Annexe 3).

Selon les pays d'origine, ces rapports doivent être certifiés conforme, apostillés<sup>1</sup> ou légalisés et traduits. L'envoi de ces rapports de suivi post-adoption relève de la responsabilité des familles adoptantes en cas d'adoption individuelle et des opérateurs (AFA ou OAA) en cas d'adoption par leur intermédiaire.

---

<sup>1</sup> L'apostille est le nom donné à la certification des documents émanant d'une autorité ou certifiés par une autorité française destinés à être produits à l'étranger et des documents publics étrangers qui doivent être produits en France. Une Convention conclue à La Haye le 5 octobre 1961 a supprimé l'exigence de la légalisation des actes publics étrangers. Au nombre de ces actes on trouve principalement les actes juridiques, les actes notariaux, les diplômes et certificats d'examen publics, les actes de l'Etat civil et les contrats légalisés.

L'apostille a pour but de vérifier l'authenticité de la provenance d'un acte public, l'authenticité de la signature de la personne qui l'a délivré et de vérifier également la compétence de cette dernière à en faire des copies. Elle s'obtient en France, auprès de la Cour d'appel où ont été établis les documents du domicile des requérants. Les États n'ont pas tous signé ou adhéré à cette Convention (59).

En cas de non respect des engagements relatifs au suivi de l'enfant pris par les adoptants lors de l'apparentement, il existe plusieurs cas de figure :

- Si le rapport doit être rendu dans le cadre d'une période probatoire : les parents adoptifs risquent de ne pas pouvoir garder l'enfant.
- S'il n'y a pas de période probatoire : l'enfant ne peut pas être retiré aux parents qui ne respectent pas leur engagement, mais cette attitude peut pénaliser les familles françaises qui souhaiteraient engager une procédure d'adoption dans le pays d'origine en question de manière individuelle (certains pays comme la Russie ou le Pérou refusent ensuite de recevoir les dossiers de parents résidant dans le même département que les parents ne s'étant pas acquittés de leur obligation de suivi). Dans le cadre des adoptions par l'intermédiaire de l'AFA ou d'un OAA, cette attitude peut entraîner le retrait de l'accréditation de l'AFA ou de l'OAA dans le pays non satisfait.

Quoi qu'il en soit, les pays d'origine sont attentifs au respect des dates imposées pour l'envoi des comptes rendus des bilans effectués pour le suivi et rappellent facilement l'AFA ou les OAA à l'ordre en cas de retard.

En sus de ces bilans imposés par la loi française et par les pays d'origine, les parents adoptifs peuvent, s'ils le souhaitent, assister à des réunions proposées par les associations de familles adoptives, comme par exemple Enfance et Familles d'Adoption (EFA). Ces associations sont très actives et organisent régulièrement des réunions où les parents ou les futurs parents peuvent venir échanger, accompagnés de leur(s) enfant(s) ou non, avec d'autres parents sur leur(s) expérience(s) adoptive(s), les problèmes qu'ils ont pu ou peuvent rencontrer à chaque étape de ce long parcours. Ces associations organisent également des réunions pour les enfants adoptés devenus adultes.

## V. BILAN DE CES DERNIÈRES ANNÉES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Ces dernières années, nous avons assisté à une transformation importante de l'adoption internationale.

### A. STATISTIQUES GLOBALES

#### 1) EN FRANCE

La France est un pays neuf dans le domaine de l'adoption, et encore davantage dans le cadre de l'adoption internationale (60). Elle n'est apparue qu'au milieu des années 1970, pour devenir progressivement un important phénomène de société.

Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, un peu plus de 700 000 enfants naissent chaque année en France, et entre 3 000 et 4 000 sont adoptés à l'étranger, soit entre une et deux adoptions pour 200 naissances. Quasi nul au début des années 70, le nombre d'enfants étrangers accueillis dix ans plus tard était proche de 1 000. Ce chiffre a quadruplé en vingt cinq ans mais connaît actuellement une forte décroissance (5).

La figure 5.1 montre l'évolution importante du nombre de visas adoption accordés entre 1980 et 2012 en France. Le nombre global a quadruplé en 25 ans, passant de 935 en 1980 à 4136 en 2005. Cette progression a été régulière, avec quelques légers soubresauts, qui s'expliquent par des aléas de l'histoire et des mesures politiques favorables ou défavorables à l'adoption. Depuis 2008, elle connaît toutefois une décroissance importante passant de 3273 visas accordés en 2008 à 1569 en 2012 (4). En 2014, 1069 enfants ont été adoptés à l'international (61).

Les trois grandes phases de décroissance observées correspondent à la diminution brutale (voire à l'interruption totale) de l'adoption, dans le principal pays d'origine de l'époque :

- Les diminutions observées entre 1986 et 1987 d'une part, et entre 1991 et 1992 d'autre part, ont pour origine la nette diminution, voire l'arrêt, de l'adoption par des étrangers dans les deux pays qui étaient alors, pour les Français, la destination privilégiée : la Corée du Sud, puis le Brésil.

- La diminution observée entre 1999 et 2000 est due à la décision du gouvernement français, prise au début de cette année-là, d'interdire à ses ressortissants l'adoption au Vietnam devant la découverte de « pratiques douteuses ». Jusqu'alors, ce pays représentait environ un tiers des adoptions en France.

- Cette diminution s'amplifie car, un an plus tard, le gouvernement français interdit l'adoption au Cambodge au moment où il semblait en passe de remplacer son voisin vietnamien et de devenir une des destinations privilégiées.

Depuis 2005 cette tendance globalement croissante s'est inversée avec une nette diminution du nombre de visas accordés.

Cette baisse s'explique d'abord par des raisons structurelles, démographiques ou économiques. D'une part, la baisse de la mortalité et la hausse du niveau de vie des pays traditionnellement d'origine des adoptés internationaux réduisent le nombre d'orphelins. D'autre part, la diffusion de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse, et l'atténuation du stigmate associé aux naissances « illégitimes » réduisent le nombre de naissances non désirées et d'enfants abandonnés. Enfin, la hausse du niveau de vie permet aux pouvoirs publics de développer des politiques sociales et familiales d'aide aux mineurs orphelins ou abandonnés, et elle conduit aussi un plus grand nombre de couples stériles à demander à adopter des enfants. Au total, le nombre de mineurs confiés à l'adoption internationale se réduit. En conséquence, les pays d'origine peuvent se permettre de refuser un grand nombre de candidats.

Plusieurs décisions de nature politique et juridique ont contribué à aggraver la pénurie de mineurs adoptables à l'international depuis le milieu des années 2000. Par exemple, depuis 2006, la Chine exige pour confier un de ses mineurs à l'adoption internationale qu'il soit adopté par un couple hétérosexuel marié dont les membres ont le baccalauréat, travaillent et ne souffrent pas d'obésité pathologique, alors que jusque là, elle acceptait qu'une partie des enfants soit confiée à des femmes seules, parfois membre d'un couple lesbien. En Russie, où contrairement à la Chine la Convention de la Haye n'est pas en vigueur, le nombre de mineurs confiés à l'adoption internationale a fortement baissé depuis 2005 suite à plusieurs scandales, dont certains ont blessé les sentiments nationaux (scandale du petit Artiom Saveliev, adopté par une Américaine puis rejeté par elle et renvoyé en Russie en 2011) (62).

Par ailleurs, les pays sont de plus en plus nombreux à ratifier la convention de La Haye. Par conséquent, ils sont amenés à respecter le principe de subsidiarité (pour rappel : l'enfant délaissé par ses parents doit être maintenu dans sa famille élargie, ou à défaut être adopté dans son pays, car être élevé loin de sa culture d'origine peut être un traumatisme supplémentaire pour un enfant abandonné). L'adoption internationale est donc devenue le "dernier recours". D'autres pays encore ont mis en place un moratoire sur les adoptions internationales, afin de se donner le temps de mettre leurs pratiques en conformité avec la Convention de la Haye et d'éradiquer le trafic d'enfants. C'est le cas de la Roumanie et de la Bulgarie depuis leur perspective d'intégration de l'Union européenne en 2005, du Guatemala depuis 2009, et du Vietnam depuis sa ratification de la Convention en 2011. En Corée du Sud (le pays d'origine de la plupart des adoptés internationaux du monde des années 1950 jusqu'aux années 1980), le nombre d'adoptions internationales chute depuis 2011, de même qu'en Colombie et en Ukraine depuis 2012.

NB : L'augmentation des adoptions en 2010 est un phénomène ponctuel. Il correspond au séisme en Haïti qui a fait de nombreux orphelins, ce qui a gonflé le nombre d'enfants proposés à l'adoption cette année-là.

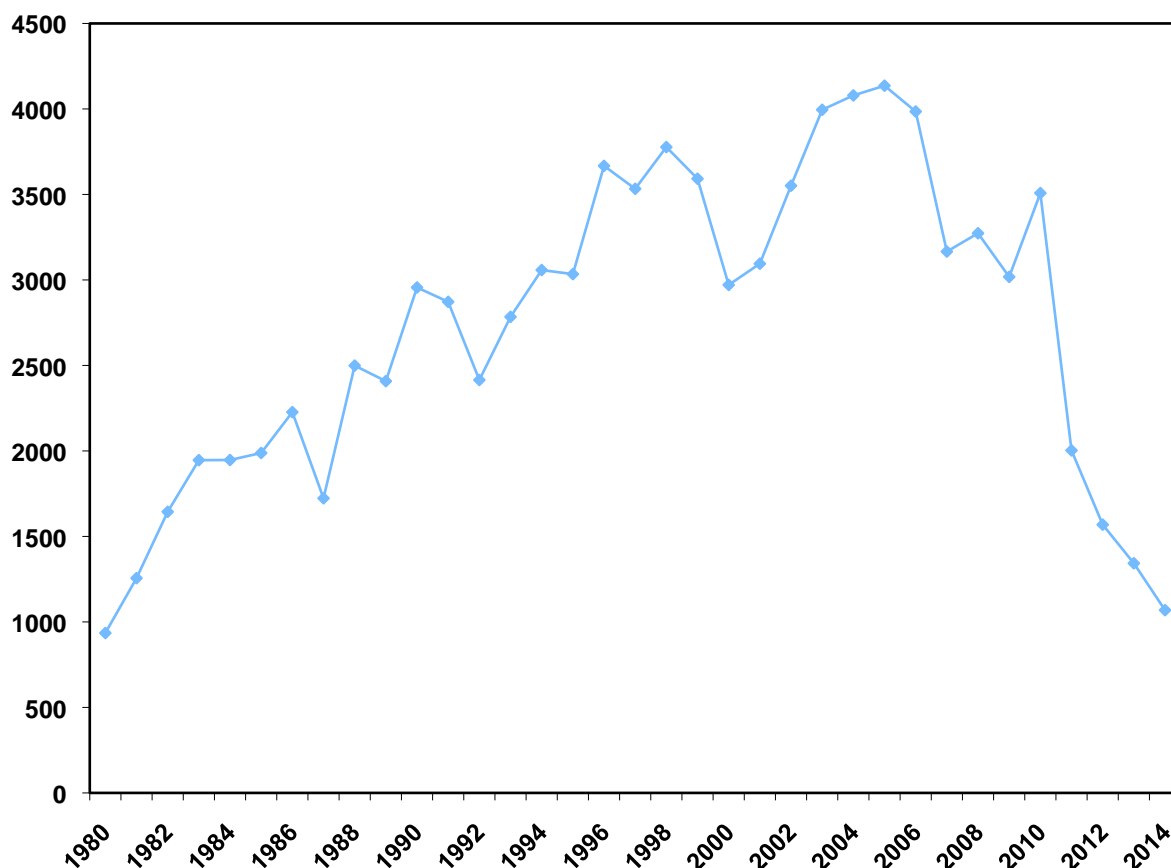


Figure 5.1 : Evolution du nombre d'adoptions internationales en France entre 1980 et 2014 selon les visas accordés par la MAI (4,61,63)

## 2) COMPARAISON AVEC L'ÉTRANGER

L'évolution de l'adoption internationale à l'étranger suit globalement le même schéma qu'en France depuis 2004 (62). Les raisons de cette diminution sont les mêmes que celles citées précédemment.

Le nombre annuel de mineurs adoptés à l'international a chuté de près des deux tiers depuis 2004 : il est passé de 42 194 à 15 188 entre 2004 et 2013 dans les dix pays qui adoptent le plus, soit une chute de 64 %. Par rapport au nombre d'adoptés en 2004, le nombre d'adoptés en 2013 a baissé de « seulement » 17 % en Italie (minimum) et 36% au Canada, mais de 79 % en Espagne et de 80 % en Norvège (maximum). En France, il a baissé de 67 %.

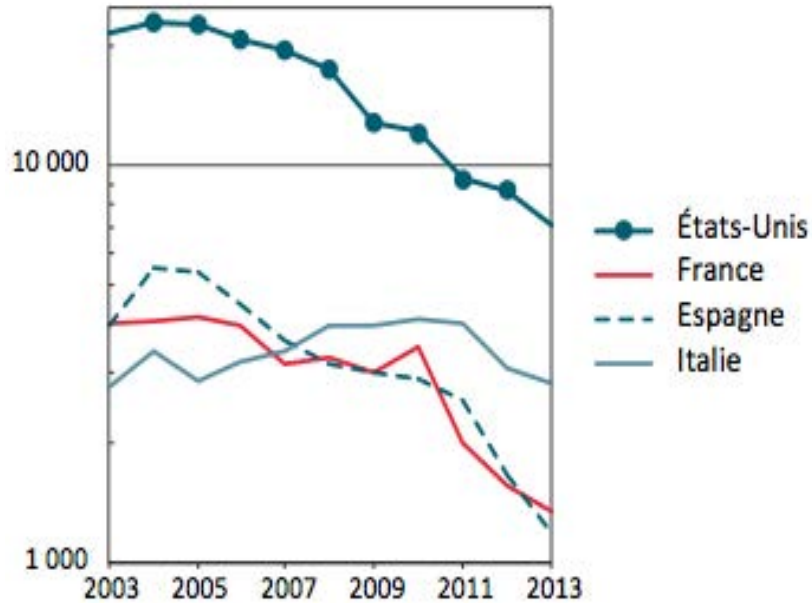


Figure 5.2 : Évolution du nombre d’adoptions internationales dans quatre grands pays d’accueil de 2003 à 2013 (62)

De 2004 à 2013, les deux principaux pays d’origine sont restés la Chine et la Russie, mais leurs nombres de mineurs adoptés à l’international ont tous deux baissé des trois quarts (de 13 415 à 3 400 en Chine, et de 7 737 à 1 767 en Russie). Alors que le Guatemala et la Corée du Sud, ainsi que dans une moindre mesure l’Ukraine, confiaient de moins en moins de mineurs à l’adoption internationale, l’Éthiopie prenait en partie le relais ; jusqu’à 2009 où le nombre d’adoptés internationaux originaires d’Éthiopie commence également à baisser. Au total, le nombre d’adoptions internationales dans le monde est ainsi retombé en 2013 au niveau du tout début des années 1980.

## B. L’EXPERIENCE DE L’AFA ET DE MÉDECINS DU MONDE

Si la répartition adoptions individuelles/adoptions avec l’AFA/adoptions avec un OAA (figure 5.3) reste sensiblement identique d’une année sur l’autre, au sein de chaque catégorie en revanche l’évolution est toujours marquée par une diminution importante et continue.

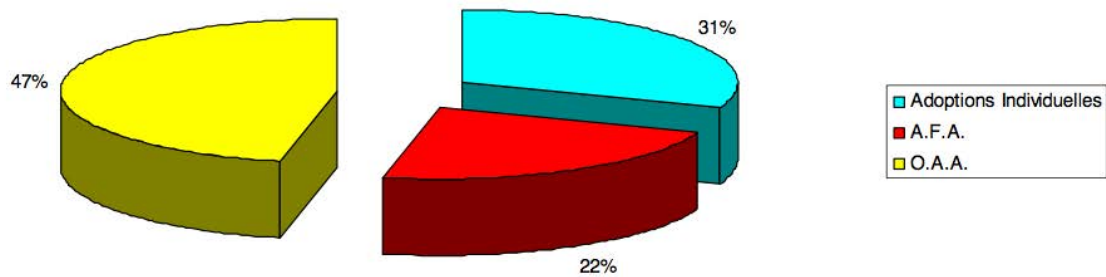


Figure 5.3 : Répartition par types d'adoption en 2014 (61)

### 1) L'AFA

L'année qui a suivi sa création, en 2007, l'AFA a organisé l'adoption de 602 enfants à l'international, ce qui correspondait à 19 % des adoptions internationales pour cette année (contre 41,8 % pour les OAA et 37,9 % pour les démarches individuelles).

En 2014, 239 enfants ont été adoptés à l'international via l'AFA (figure 5.4).

Ce chiffre équivaut à une diminution de 60 % par rapport à sa première année d'activité et il est plus ou moins superposable à la baisse globale de 67 % des adoptions internationales tous types confondus en France depuis 2003.

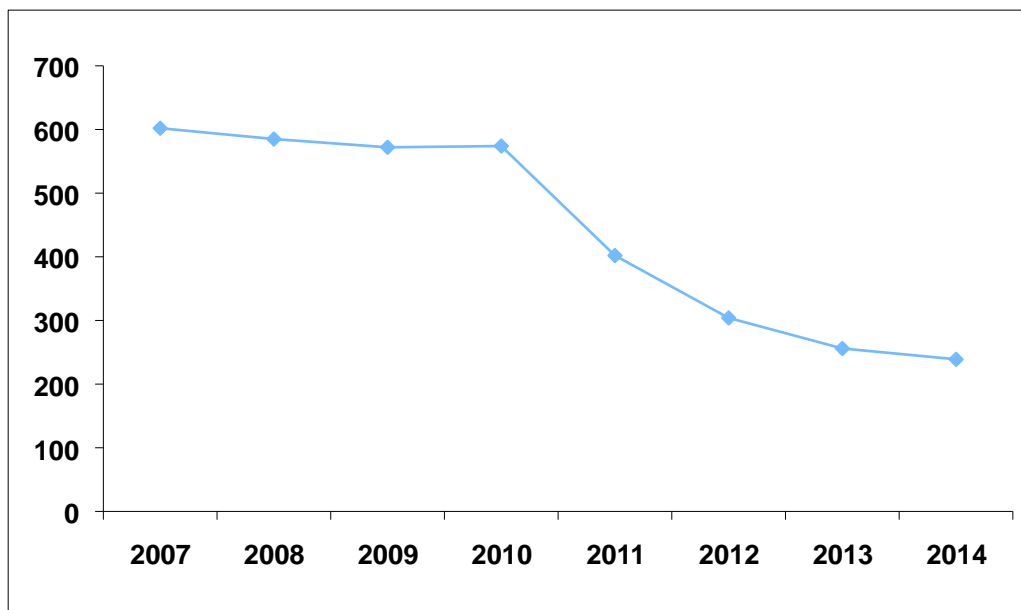


Figure 5.4 : nombre d'enfants adoptés à l'international par année via l'AFA (43)

### 2) MÉDECINS DU MONDE

En 2014, 500 adoptions internationales ont été réalisées par l'intermédiaire d'OAA, dont 77 via Médecins du Monde (figure 5.5).



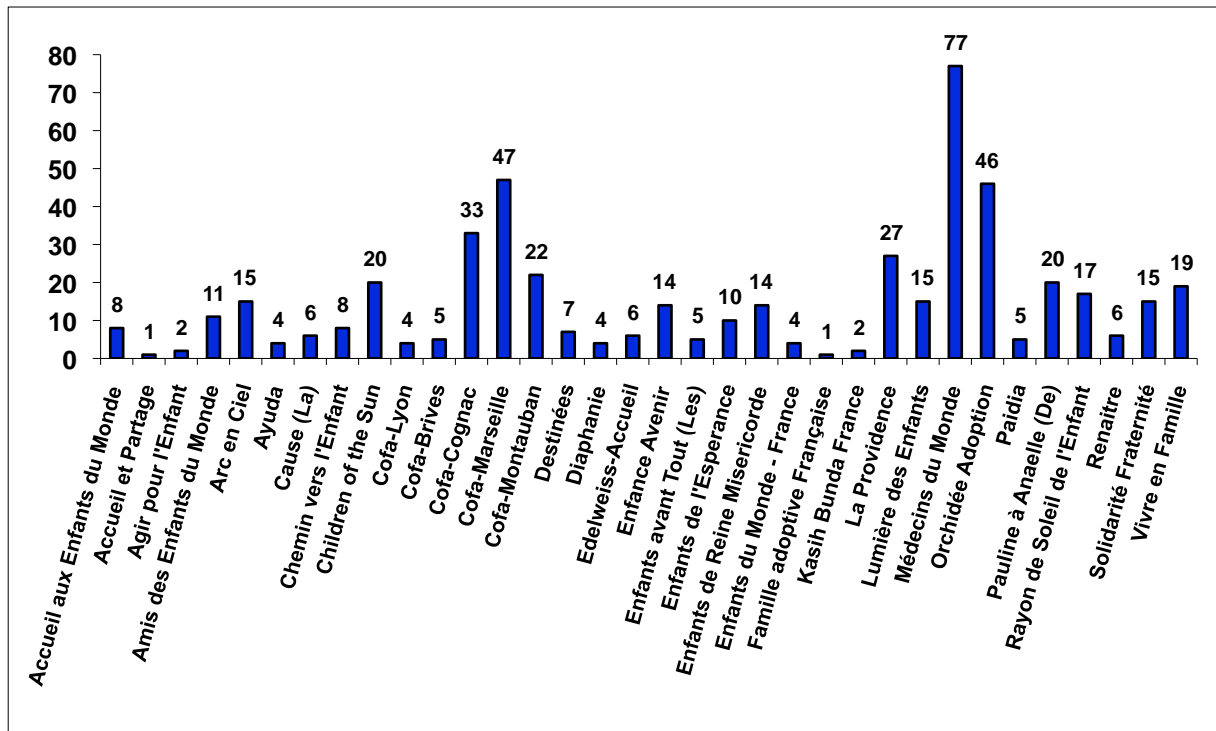


Figure 5.5: Répartition des adoptions internationales par OAA en 2014 (55)

Malgré ce bon résultat parmi les OAA français, MDM n'est pas épargné par la tendance générale (figure 5.6). On constate une discrète augmentation en 2014, mais il est trop tôt pour parler d'inversion de la tendance.

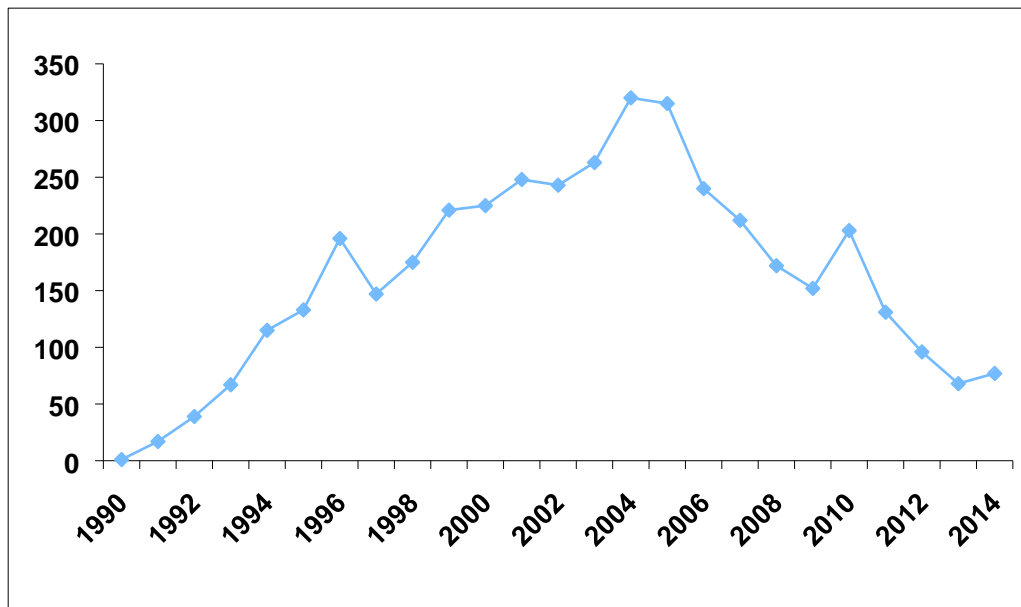


Figure 5.6 : Évolution de l'adoption internationale via MDM de 1990 à 2014 (55)

## C. L'ÉVOLUTION VERS LES ADOPTIONS COMPLEXES

### 1) AU NIVEAU NATIONAL

Outre la diminution globale des enfants proposés à l'adoption internationale, l'autre élément marquant souligné par les statistiques de cette dernière décennie est l'augmentation de l'adoption d'enfants dits « à besoins spécifiques » (EBS).

En effet, le principe de subsidiarité défini dans la Convention de la Haye a pour corollaire l'augmentation du nombre d'enfants plus âgés, en fratrie, ou présentant des problèmes médicaux proposés à l'adoption internationale puisque les autres sont adoptés préférentiellement dans leur pays d'origine.

Ainsi, sur les 1069 enfants adoptés à l'international en France en 2014, tous types d'adoption confondus, 677, soit 63 %, sont des enfants à besoins spécifiques. Cette tendance s'applique à chaque type d'adoption puisque l'adoption d'EBS concerne 69 % des adoptions par l'intermédiaire d'un OAA, 51 % des adoptions par l'intermédiaire de l'AFA et 63 % des adoptions individuelles (figure 5.8). NB : un même enfant peut être compris dans plusieurs catégories.

	EBS				Nombre d'adoptions	
	Plus de 5 ans	Fratrie		Pathologie		
		2	3			>3
<b>O.A.A.</b>	160	42	12	0	184	347
<b>A.F.A.</b>	90	13	7	0	27	121
<b>A.I.</b>	126	29	5	0	76	209
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>84</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>287</b>	<b>677</b>
Pourcentage	35%	22%			26%	63%

Figure 5.8 : Nombre d'adoptions d'enfants à besoins spécifiques à l'international par la France en 2014 (61)

La Russie est le pays qui propose le plus d'EBS à l'adoption internationale, qu'il s'agisse de grands enfants, de fratries ou d'enfants présentant une pathologie (respectivement 33, 20 et 98 enfants en 2014).

La Colombie est le deuxième pays d'origine qui propose des fratries (12 adoptions) et le troisième qui propose des enfants de plus de 5 ans (27 enfants). En revanche, il n'a proposé qu'un enfant présentant un problème médical.

Le Vietnam est le pays qui propose le plus d'enfants présentant une pathologie (112 enfants) (figure 5.9).

Enfants de plus de 5 ans		Fratries		Enfants présentant une pathologie	
Pays	Nombre d'adoptions	Pays	Nombre d'adoptions	Pays	Nombre d'adoptions
Russie	33	Russie	20	Vietnam	112
Bulgarie	29	Colombie	12	Russie	98
Colombie	27	Pologne	8	Chine	25
Thaïlande	27	Bulgarie	6	Thaïlande	20
Cameroun	24	Thaïlande	6	Bulgarie	6
Pologne	20	Bénin	5	Kazakhstan	6
Côte d'Ivoire	18	Brésil	5	Ukraine	6
Vietnam	18	Chili	5	Arménie	5
Madagascar	16	Madagascar	5	Philippines	4
Congo	15	Centrafrique	5	Colombie	1
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>Total</b>	<b>283</b>

Figure 5.9 : Nombre d'enfants à besoins spécifiques par pays d'origine adoptés en 2014 en France (61)

En ce qui concerne l'âge des enfants adoptés à l'international en 2014, la tranche d'âge la plus représentée est celle des plus de 7 ans (21 %) à égalité avec celle des 1 à 2 ans. Elles sont suivies de près par la tranche des 2 à 3 ans (18 %) puis par celle des 5 à 7 ans (14 %).

Au total, plus de la moitié (54 %) des enfants adoptés à l'international en 2014 avaient plus de 5 ans et seulement 7 % avaient moins de 1 an (figure 5.10).

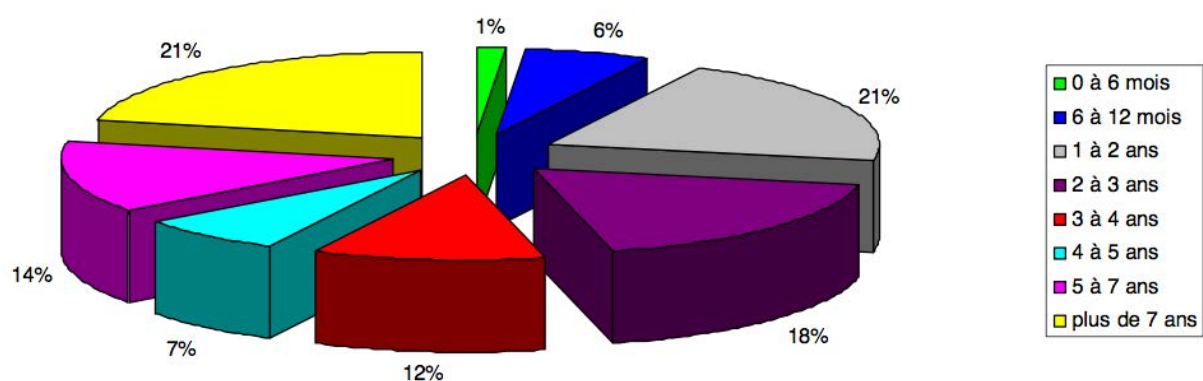


Figure 5.10 : Répartition par tranches d'âge des enfants adoptés à l'international par la France en 2014 (61)

## 2) L'EXPÉRIENCE DE MDM

En ce qui concerne MDM, qui s'est orienté ces dernières années vers l'adoption complexe, le phénomène est encore plus marqué puisque l'adoption d'EBS correspond à presque 91 % des adoptions internationales effectuées en 2014, contre 32 % en 2010 (figure 5.11).

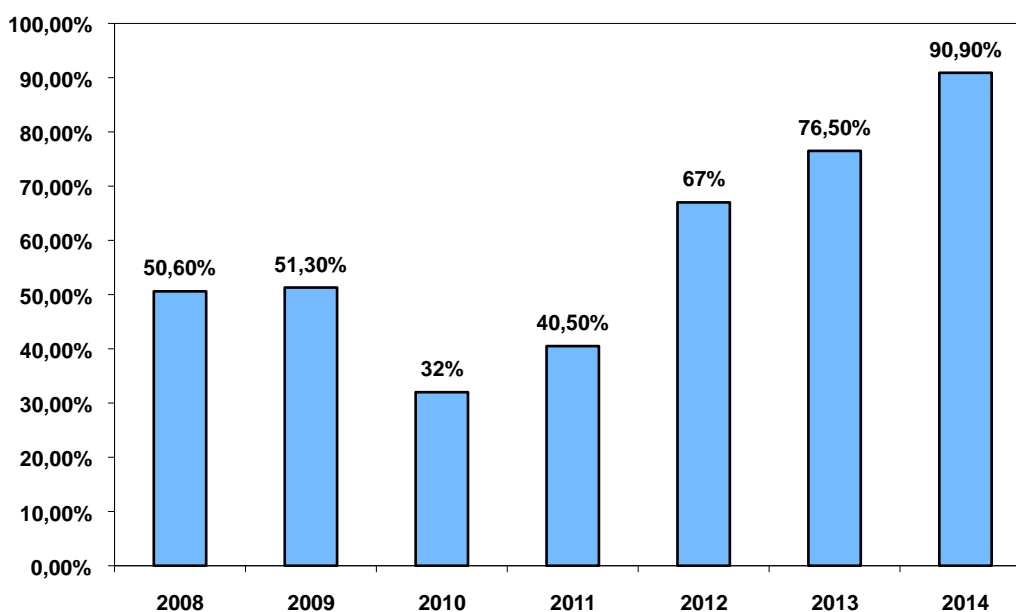


Figure 5.11 : Évolution des adoptions d'enfants « à besoins spécifiques » via MDM de 2008 à 2014 (55)

Depuis 2011, MDM recense une nette augmentation de la part des enfants présentant des problèmes médicaux (de 10,6 à 62,34 % des enfants adoptés à l'international).

De même, depuis 2010, on note une augmentation de la part des enfants âgés de plus de 6 ans (de 8,9 à 29,4 % des adoptions) avec toutefois une discrète baisse en 2014 (25,97 %). Enfin, la part des fratries (2, 3 voire 4 enfants) adoptées via MDM passe de 15,6 % en 2010 à 29,4 % en 2013, avec une diminution en 2014 (22,8 %) (figure 5.12).

Il est à noter qu'il n'est pas rare que :

- parmi les fratries, au moins un enfant présente un problème médical
- parmi les grands enfants, certains soient proposés avec leur fratrie

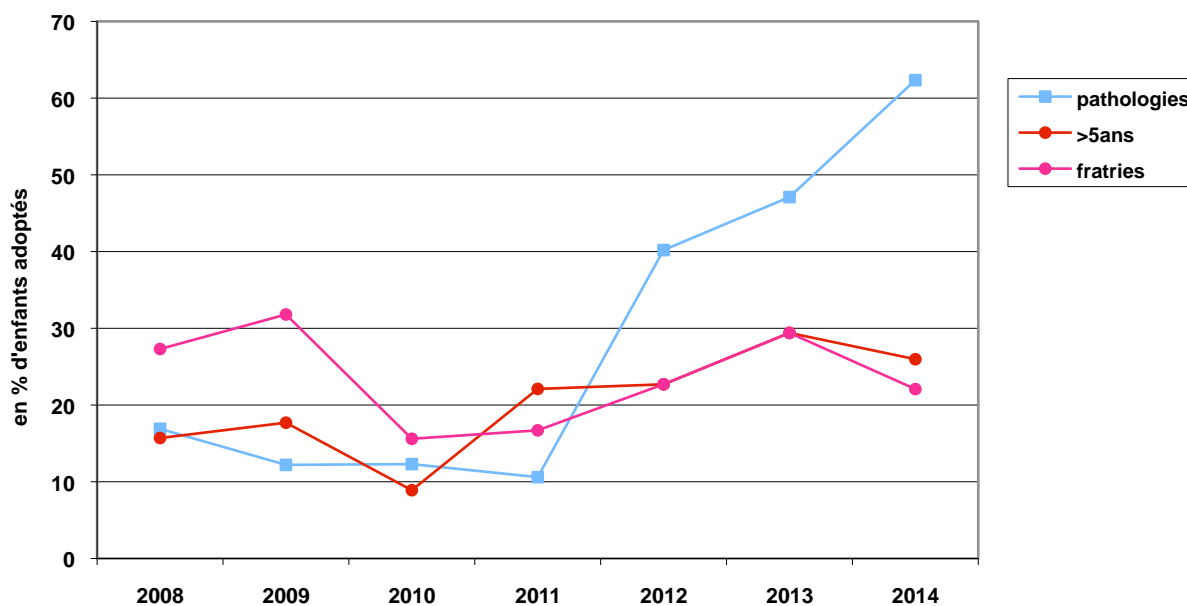


Figure 5.12 : Évolution de la part d'enfants à besoins spécifiques adoptés à l'international via MDM de 2008 à 2014 (55)

Cette orientation vers les adoptions complexes n'est pas propre à MDM. On constate que de nombreux autres OAA se spécialisent petit à petit dans l'accompagnement de familles qui souhaitent adopter un ou des EBS.

C'est aussi le cas de l'AFA, qui a mis en place une procédure dédiée aux projets d'adoption d'EBS dès 2009. Coordonné par la psychologue de l'AFA, ce travail repose sur une concertation pluri-professionnelle (médicale, psychologique, juridique et administrative) à laquelle sont associés les professionnels des services adoption des départements et les pays d'origine.

Contrairement aux propositions classiques d'apparement, où le pays d'origine choisit une famille pour un enfant, la procédure dite « en flux inversé » consiste à déléguer la responsabilité de l'apparement d'EBS à l'AFA (ou à d'autres OAA). Ainsi, le pays d'origine transmet le dossier d'un enfant à un ou plusieurs organismes (OAA ou AFA) qui ont ensuite la responsabilité de proposer une famille pour l'adoption de cet enfant.

Ceci constitue une deuxième voie en parallèle de la procédure classique d'apparement. Les familles retenues pour le flux inversé ont déjà défini leur projet d'adoption et ont été sensibilisées préalablement à recevoir des propositions d'EBS.

Après examen d'un dossier d'EBS, plusieurs familles sont identifiées comme pouvant potentiellement accueillir l'enfant. Les familles sont contactées pour leur faire une préproposition. Lorsque la famille accepte cette préproposition, l'organisme communique sa candidature au pays d'origine, qui reste décisionnaire. La préacceptation n'est donc pas une garantie d'aboutissement, d'autant que le dossier a été envoyé à plusieurs organismes qui ont pu réaliser un apparement plus rapidement.

En cas de refus de la famille contactée, l'AFA accompagne les postulants pour éviter le sentiment de culpabilité.

### 3) PROGRAMMES SPÉCIFIQUES DANS CERTAINS PAYS D'ORIGINE

L'adoption complexe a pris tellement d'importance en terme de nombre et d'organisation au sein de l'adoption internationale que certains pays ont développé des programmes spécifiques pour faciliter l'adoption d'EBS.

En voici quelques exemples (64):

- Vacaciones de Verano en Colombie : en collaboration avec l'AFA et l'OAA Arc en Ciel. Depuis 2010, il est possible pour des candidats à l'adoption d'accueillir des enfants ou des fratries d'enfants âgés de 9 à 14 ans pour un temps de vacances d'au moins 3 semaines, durant lequel une évaluation est effectuée par le Conseil général et l'accompagnateur colombien. À l'issue du séjour, si les candidats et les enfants en émettent le souhait, la possibilité d'une adoption est envisagée. Entre 2010 et 2013, ce programme a donné lieu à la finalisation de 14 adoptions via l'AFA.
- One to One en Chine : en collaboration avec l'AFA, grâce à un partenariat avec un orphelinat de Huainan, dans la province d'Anhui depuis 2011. Ce programme concerne des enfants majoritairement jeunes et présentant des pathologies curables chirurgicalement (fentes labiales ou labiopalatines -FLP-, cardiopathies déjà opérées ou opérables). Ce programme a permis l'adoption de 32 enfants entre 2011 et 2013.
- Angeles que aguardan au Pérou : depuis 2010, il consiste à établir un registre d'EBS que les candidats à l'adoption peuvent consulter et sur lequel ils peuvent identifier un enfant qu'ils se sentent en capacité d'adopter.
- Llamado Especial au Chili : Depuis 2010, ce programme propose principalement des grands enfants à l'adoption. Les informations données sur l'enfant comprennent également les antécédents les plus significatifs de la vie de l'enfant.
- Vietnam : La législation vietnamienne prévoit pour les EBS une procédure simplifiée et plus rapide que la procédure habituelle.
- Hosting Program aux Philippines : Basé sur un principe équivalent au programme colombien Vacaciones de Verano, il a pour vocation d'augmenter les chances des grands enfants vivant en institution de trouver une famille. En complément de ce programme, des propositions en flux inversé peuvent être réalisées pour des enfants de 9 ans ou ayant des problèmes de santé importants.

Ce type de programmes existe aussi pour d'autres pays d'accueil que la France. C'est le cas par exemple du programme « El Pasaje Verde », par l'intermédiaire duquel la Chine propose à l'Espagne des EBS et qui constitue une deuxième voie en parallèle de la voie habituelle (65).

## VI. ENJEUX MÉDICO-PSYCHO-SOCIAUX ET ÉTHIQUES DE L'ADOPTION COMPLEXE

L'adoption complexe correspond à l'adoption d'enfants à besoins spécifiques, encore appelés enfants à particularités. Elle est nommée ainsi du fait de la complexité de la prise en charge de ces enfants.

### A. DÉFINITIONS

Les enfants sont dits à besoins spécifiques lorsqu'ils posent des problèmes parfois difficiles en raison de leur situation personnelle et/ou de leur état de santé. Tous les enfants adoptables ont souffert de la violence de l'abandon, du placement en institution ou en famille de substitution. Le retard staturo-pondéral et psychomoteur ainsi que les troubles du comportement et du caractère qui en découlent ne sont considérés comme une particularité que s'ils sont d'une gravité telle qu'elle soit susceptible de mettre en jeu l'intégration de l'enfant dans sa nouvelle famille (66).

Divers cas de figure sont possibles, certains enfants présentant parfois plusieurs « besoins spécifiques ».

#### 1) GRANDS ENFANTS

On considère que les enfants deviennent de grands enfants, et donc des enfants à besoins spécifiques, au delà de 5 ans.

En effet, l'âge avancé de l'enfant comporte quelques particularités concernant son adaptation :

- la langue
- les traditions
- la scolarité
- la filiation (la rupture définitive des liens de filiation antérieure est le plus souvent illusoire compte tenu des souvenirs de l'enfant.)

C'est souvent la rareté relative des candidatures à l'adoption d'enfants grands qui fait leur particularité et non le plus grand risque de difficultés ou d'échec, celui-ci étant considérablement réduit lorsque la préparation et l'appareillage sont faits avec attention.

## 2) FRATRIES

De plus en plus fréquemment, les pays d'origine refusent de séparer les enfants faisant partie d'une fratrie. Les postulants à l'adoption qui le souhaitent peuvent donc adopter plusieurs enfants en même temps.

Les fratries peuvent être des fratries biologiques (tous les membres de la fratrie ont au moins un parent commun) mais les pays d'accueil reconnaissent aussi des fratries de cœur (des enfants sans aucun lien biologique mais qui auront grandi ensemble ou tissé des liens solides entre eux dans leur structure d'accueil). Par ailleurs, il arrive que les enfants d'une fratrie biologique ne soient pas accueillis dans les mêmes structures ; ils peuvent donc se rencontrer pour la première fois lors de leur arrivée en France.

Les fratries sont souvent composées de 2 enfants (84 adoptions tous types confondus en 2014 (61)), régulièrement de 3 enfants (24 adoptions en 2014) (figure 6), parfois de plus de 3 enfants (0 en 2014, mais 2 adoptions en 2013 (63) et une en 2012 (67)). Lorsque les fratries sont composées de 5 voire 6 enfants, elles sont parfois séparées pour être confiées à 2 familles adoptives différentes, ce qui peut poser problème si les adoptants ne sont pas disposés à communiquer entre eux.

L'appartenance à une fratrie, notamment lorsqu'elle est composée de plus de deux enfants, rend l'adoption plus difficile et est alors considérée comme une particularité.

L'adoption d'une fratrie comporte plusieurs particularités liées à :

- la disponibilité des parents
- les disparités d'âge au sein de la fratrie
- la communication intrafamiliale : la persistance d'utilisation de la langue d'origine par la fratrie peut être vécue comme un élément sécurisant mais peut parfois retarder l'acquisition de la nouvelle langue, renforcer la nostalgie de la famille ou du pays de naissance ou même être utilisée pour faire bloc contre la nouvelle famille
- les liens hiérarchiques de la fratrie : le rôle de la mère joué par une aînée sur ses cadets ou l'obéissance de ceux-ci au frère aîné peuvent également entraîner des difficultés dans la famille d'accueil, que celle-ci comporte ou non d'autres enfants
- la découverte des enfants d'une même fratrie biologique mais qui ne se connaissaient pas auparavant : cette situation peut entraîner une mésentente du fait d'habitudes différentes
- le coût de l'accueil de plusieurs enfants.

Cette décision doit donc être l'objet d'un choix libre et éclairé des adoptants et non survenir « à l'occasion » de la rencontre avec un des enfants.

Il n'est pas rare qu'une fratrie comprenne un ou plusieurs grands enfants et/ou que certains des enfants qui la composent souffrent de problèmes de santé.

## 3) ENFANTS SOUFFRANT DE PROBLÈMES DE SANTÉ

Les problèmes de santé rencontrés peuvent être très divers, plus ou moins visibles, plus ou moins curables et de pronostic plus ou moins favorable.



Nous les avons classés en différentes catégories :

### **3.1) Handicap (moteur, sensoriel, mental ou esthétique)**

Les handicaps sont parfois difficiles à différencier d'un important retard staturo-pondéral qui peut être réversible lorsque lié aux circonstances de l'abandon et aux modalités de l'accueil.

Les handicaps physiques, moteurs, sensoriels ou intellectuels, peuvent être de gravité variable, allant de la simple parésie d'un membre supérieur à une tétraplégie, d'un handicap visuel ou auditif léger et appareillable à une cécité ou une surdité bilatérale, d'une débilité légère à une débilité profonde avec ou sans troubles du caractère associés.

Il convient ici d'évaluer le handicap que les adoptants se sentent capables d'accueillir dans le cadre de leur projet mais aussi jusqu'à quel niveau de gravité ils pourront répondre aux besoins de l'enfant et disposer du temps et des aides professionnelles nécessaires.

### **3.2) Maladie chronique transmissible**

Les maladies chroniques transmissibles comme la tuberculose, la syphilis congénitale, la séropositivité à l'hépatite B ou C, ou au VIH ne sont pas rares chez les enfants vivant en collectivité. Les conséquences sur la famille adoptive et l'environnement sont à évaluer, ainsi que les mesures préventives nécessaires à mettre en place (Ex : vaccination, mesures d'hygiène, etc.)

Une séropositivité VIH néo-natale négativée dans l'année ou une syphilis congénitale immédiatement traitée ne sont naturellement pas des particularités susceptibles de rendre plus difficile la recherche de famille en adoption internationale. De même, certaines affections héréditaires ou congénitales ont un très faible retentissement sur le phénotype ou la vie quotidienne de l'enfant et c'est donc au cas par cas que l'appréciation doit être faite.

### **3.3) Maladie chronique non transmissible**

Les maladies chroniques non transmissibles peuvent être :

- héréditaires ou congénitales : par exemple, thalassémie majeure, drépanocytose, hyperthyroïdie, phénylcétonurie, mucoviscidose, hémophilie, syndrome d'alcoolisation fœtale, etc.
- acquises : par exemple, diabète insulino-dépendant, psychose infantile (autisme, hospitalisme, etc.), asthme grave, etc.

Certaines affections héréditaires ou congénitales ne sont pas dépistées ou dépistables à la naissance et se déclarent plus ou moins tardivement sous une forme plus ou moins grave ; le petit enfant adoptable peut devenir un enfant plus grand à besoins spécifiques s'il est adopté avant que l'affection ne se soit déclarée.

### **3.4) Affection curable médicalement ou chirurgicalement**

Ici aussi la particularité est essentiellement liée au retentissement sur la vie quotidienne et l'avenir scolaire ou social des enfants porteurs, par exemple, d'une fente labiopalatine (FLP), d'un pied bot ou d'une malformation cardiaque. Une malformation cardiaque peut avoir peu de retentissement sur l'activité, ou à l'inverse être handicapante, nécessiter une intervention ou de nombreuses interventions avec des séquelles importantes et un traitement lourd à vie.

### **3.5) Antécédents ayant potentiellement des répercussions négatives sur la santé**

Les particularités les plus fréquemment rencontrées car liées à la pauvreté, au délaissement et à la malnutrition correspondent à des retards de développement staturo-pondéral et à des retards du développement psychomoteur. Ceux-ci doivent être appréciés dans le temps, ce qui n'est pas possible lorsque les enfants sont adoptés très jeunes.

Dans le cas des démarches individuelles d'adoption, certains pays d'origine fournissent aux futurs adoptants une liste plus ou moins exhaustive et précise des différents problèmes de santé que peuvent présenter les enfants qu'ils proposent à l'adoption et demandent aux candidats de se prononcer sur leurs capacités à accueillir un enfant atteint de l'une ou l'autre de ces affections (Annexe 4).

Les termes employés pour décrire ces problèmes de santé ne sont pas toujours facilement compréhensibles pour les futurs adoptants. Soit ce sont des termes purement médicaux (comme par exemple drépanocytose, thalassémie, maladie de Hirshprung, hypospadias, communication interauriculaire etc.) sans explication supplémentaire, soit ils désignent des notions vagues qui ne renseignent pas sur l'étiologie (« colectomie partielle », « nécessité d'un fauteuil roulant »), la gravité (« constatation de malformation congénitale », « asthme », « enfant né avant 32 semaines d'aménorrhée »), ou la possibilité d'une éventuelle guérison après prise en charge (« grande cicatrice - brûlure, accident - défigurante, à corriger par une chirurgie réparatrice - si possible »).

Il s'agit pour les adoptants de parfaitement s'informer sur les différentes notions décrites et leurs conséquences potentielles avant d'accepter de recevoir un enfant atteint d'une pathologie qu'ils ne pourraient pas gérer soit psychologiquement, soit du fait de sa complexité. En cas de doute, il est d'ailleurs préférable de s'abstenir plutôt que de prendre des engagements qu'on ne pourra pas tenir.

## **B. STATISTIQUES**

### **1) STATISTIQUES GÉNÉRALES**

Comme nous l'avons vu dans la partie V, en 2014, 63 % des enfants adoptés à l'international en France étaient des enfants à besoins spécifiques. Cela correspond à 677 enfants. Sur ces 677 enfants, 376 avaient plus de 5 ans, 240 faisaient partie d'une fratrie de deux ou trois enfants, et 287 présentaient une pathologie (61). Cf. figure 5.8.

L'« Étude relative au devenir des enfants adoptés en France et à l'international » a été commandée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) au ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, sur proposition du Conseil Supérieur de l'Adoption (CSA). Afin de répondre aux questions posées par l'évolution de l'adoption (nationale et internationale) depuis 2005, le Département d'Études, de Recherches et d'Observation (DERO) du Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (CREAI) de Picardie a proposé de mener une enquête rétrospective à la fois quantitative et qualitative, basée sur un recueil de données déclarées auprès des familles adoptantes, sur un échantillon représentatif d'adoptions réalisées en 2005, 2008 et 2011 (la date de référence étant la date d'arrivée de l'enfant dans sa famille adoptive). L'échantillon a été tiré d'une base de sondage comportant l'ensemble des adoptions réalisées durant ces trois années, soit environ 12 000 adoptions (dont environ 80% à l'international), base constituée à partir des fichiers du ministère des affaires étrangères (service de l'adoption internationale) et des départements (pour les pupilles de l'État) (68).

Si l'étude ne s'est pas intéressée aux EBS en particulier, elle compare toutefois la part de maladies qui étaient connues des parents adoptifs avant de rencontrer leur enfant, et qui avaient donc un projet d'adoption complexe, à la part de celles qui ont été découvertes à l'arrivée de l'enfant (cf. figure 6.1).

Les pathologies connues les plus fréquentes sont :

- malformations congénitales et anomalies chromosomiques
- maladies du sang et troubles du système immunitaire
- maladies des appareils circulatoires et respiratoires
- lésions traumatiques, empoisonnements et greffes.

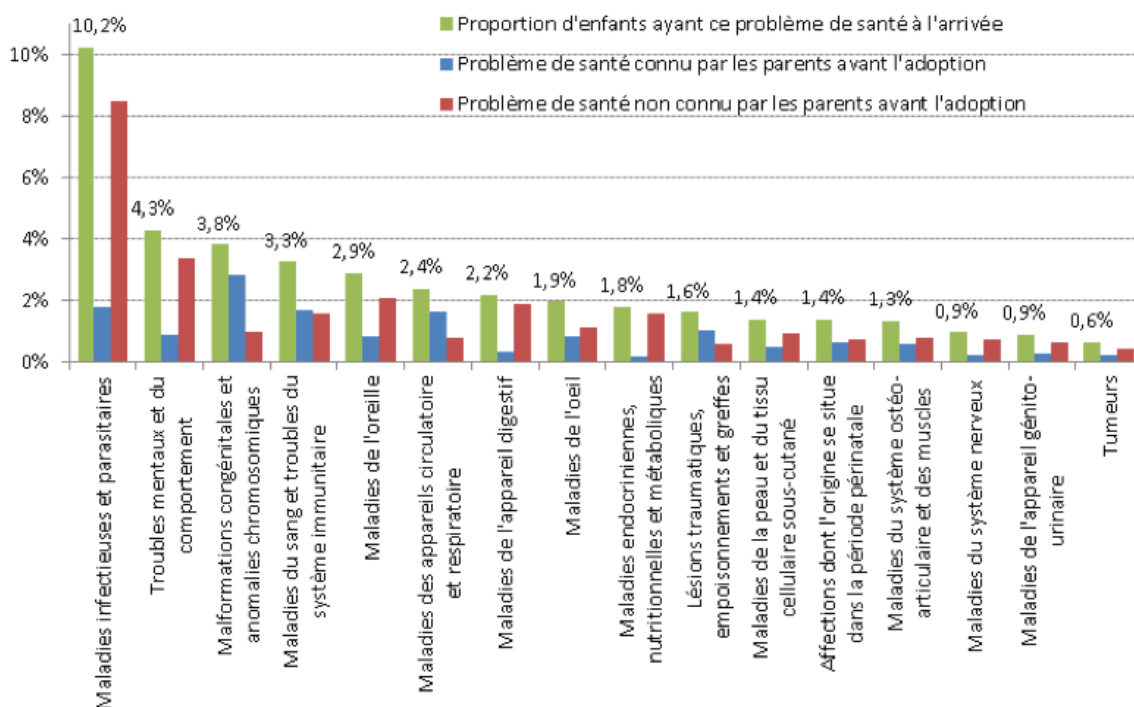


Figure 6.1 : Problèmes de santé des enfants adoptés en 2005, 2008 et 2011, selon que ces problèmes étaient connus ou non par les parents avant l'arrivée de l'enfant (en %) (68)

Ce ne sont pas forcément les pathologies les plus fréquemment retrouvées chez tous les enfants adoptés qui sont le plus représentées parmi les enfants proposés dans le cadre d'une adoption complexe mais plutôt les pathologies les plus voyantes ou bruyantes. En effet, les anomalies chromosomiques et les lésions traumatiques sont visibles d'emblée, ainsi que les conséquences fonctionnelles de certaines pathologies cardiaques ou respiratoires. Ce n'est pas le cas des troubles du comportement, par exemple, que l'on remarque souvent tardivement, et qui ne sont donc pas toujours diagnostiqués avant l'adoption.

Ainsi, plus les enfants proposés à l'adoption internationale sont jeunes, plus le risque que leur pathologie, connue ou non, soit importante, car les enfants en bas âge qui sont en bonne santé sont adoptés dans leur pays d'origine (69).

L'étude CREAMI estime qu'il n'y a pas de différence significative au niveau de l'état de santé des enfants adoptés entre 2005 et 2010, mais qu'en revanche, il existe des différences fortes selon le pays d'origine des enfants (cf. figure 6.2).

Pays ou continent d'origine	Pas de problème de santé	Problème de santé connu	Problème de santé non connu	Ensemble	% de problèmes connus par les parents avant l'adoption
France	77,6 %	19,1 %	3,4 %	100 %	85 %
Europe	77,2 %	13,7 %	9,1 %	100 %	60 %
Amérique	75,4 %	8,6 %	15,9 %	100 %	35 %
Asie	74,4	9,5 %	16,1 %	100 %	37 %
Afrique	68,2 %	6,0 %	25,8 %	100 %	19 %
Haïti	66 %	2,8 %	31,2 %	100 %	8 %
<b>ENSEMBLE</b>	<b>72,7 %</b>	<b>9,7 %</b>	<b>17,6 %</b>	<b>100 %</b>	<b>36 %</b>

Figure 6.2 : Problèmes de santé des enfants adoptés selon leur origine géographique et connaissance de ce problème par les parents avant l'adoption (68)

La part d'enfants adoptés n'ayant pas de problème de santé est d'environ 66 % en Haïti et en Afrique, 75 % en Asie et en Amérique et d'un peu plus de 77 % en Europe, France comprise. En outre, la grande majorité des parents ayant adopté un enfant ayant un problème de santé en France ont été prévenus de ce problème avant l'adoption (85 %), de même qu'une majorité en Europe (60 %). Ce n'est pas le cas pour les autres continents où ce taux est de 37% en Asie, 35% en Amérique et seulement 19% en Afrique et 8% en Haïti.

Cependant, une fois encore, il ne s'agit pas des mêmes problèmes de santé selon les continents ou pays d'origine. En France, les enfants ont peu de maladies et handicaps, mais quand ils en ont, il s'agit souvent de pathologies "graves" (trisomie 21, microcéphalie, IMC, cécité, etc.). En revanche, lorsque les parents n'ont pas été prévenus des problèmes, il s'agit très souvent de difficultés "bénignes". La situation en Haïti est inversée puisque les enfants sont nombreux à présenter des problèmes de santé lors de leur adoption (un sur trois), mais ceux-ci peuvent être soignés assez facilement en France. Par exemple, près d'un enfant haïtien sur deux ayant un problème de santé souffre d'une « maladie infectieuse ou parasitaire », dont aucune hépatite, mais de nombreuses teignes, gales et parasites. D'autre part, ils sont nombreux à présenter une « maladie de l'appareil digestif » (problèmes intestinaux), une « maladie du sang ou un trouble du système immunitaire » (anémie) et/ou

une « maladie endocrinienne nutritionnelle et métabolique » (malnutrition) : environ un sur cinq dans chaque catégorie.

## 2) L'EXEMPLE DE MÉDECINS DU MONDE

Comme nous l'avons vu précédemment, les OAA doivent aussi faire face à l'augmentation du nombre d'adoptions complexes. Devant la diminution notable du nombre d'enfants proposés par les pays d'origine, MDM s'oriente de plus en plus vers les adoptions complexes.

En 2014, MDM a finalisé l'adoption de 17 enfants appartenant à des fratries de deux ou trois enfants (cf. figure 6.3).

2014	Fratries de 2	Fratries de 3
Brésil	0	1
Chine	1	0
Bulgarie	2	1
Côte d'Ivoire	0	1
Philippines	1	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Nombre d'enfants</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

Figure 6.3 : nombre d'enfants adoptés en fratries via MDM en fonction du pays d'origine en 2014 (55)

La figure 6.4 montre quant à elle l'évolution de l'âge des enfants adoptés via MDM entre 2006 et 2014. Malgré une réascension ponctuelle des adoptions d'enfants de moins de 3 ans en 2014, la tendance depuis 2010 est plutôt à une nette diminution des adoptions d'enfants de moins de 3 ans couplée à une augmentation progressive des adoptions d'enfants de plus de 6 ans.

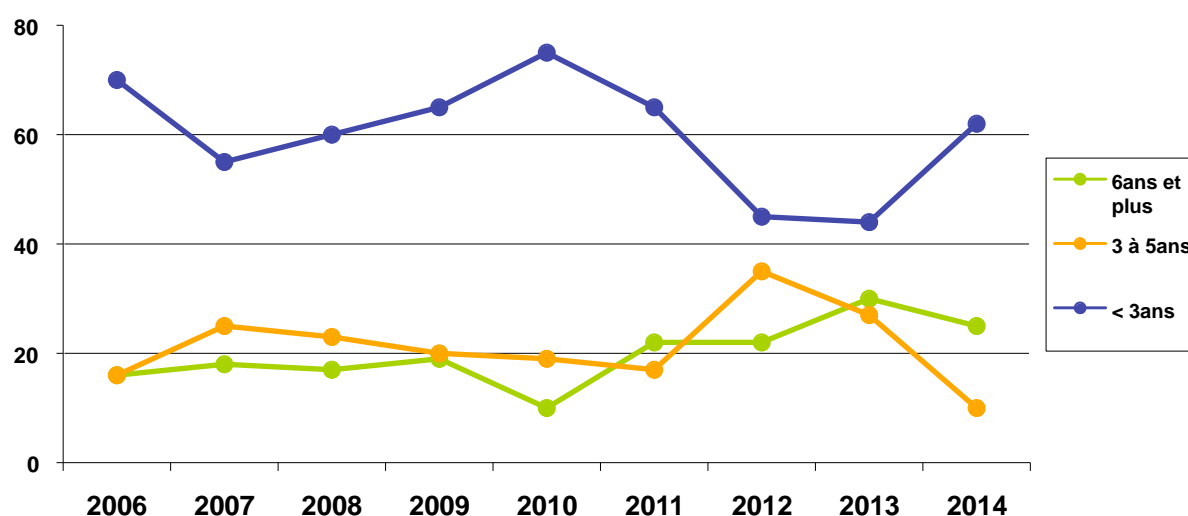


Figure 6.4 : nombre d'enfants adoptés en fonction de leur âge d'adoption entre 2006 et 2014 via MDM (55)

Les pathologies présentées par les enfants adoptés via MDM en 2014 à leur arrivée en France sont massivement représentées par les retards de développement (14 %) puis par les fentes labiopalatines (6 %) et les cardiopathies (6 %) (cf. figure 6.5). Ces chiffres ne renseignent pas sur la gravité plus ou moins importante des pathologies citées, les retards de développement et les cardiopathies pouvant être d'intensité variable selon leur étiologie. Par ailleurs, la plus grande part des problèmes de santé sont renseignés sous le terme générique « divers ».

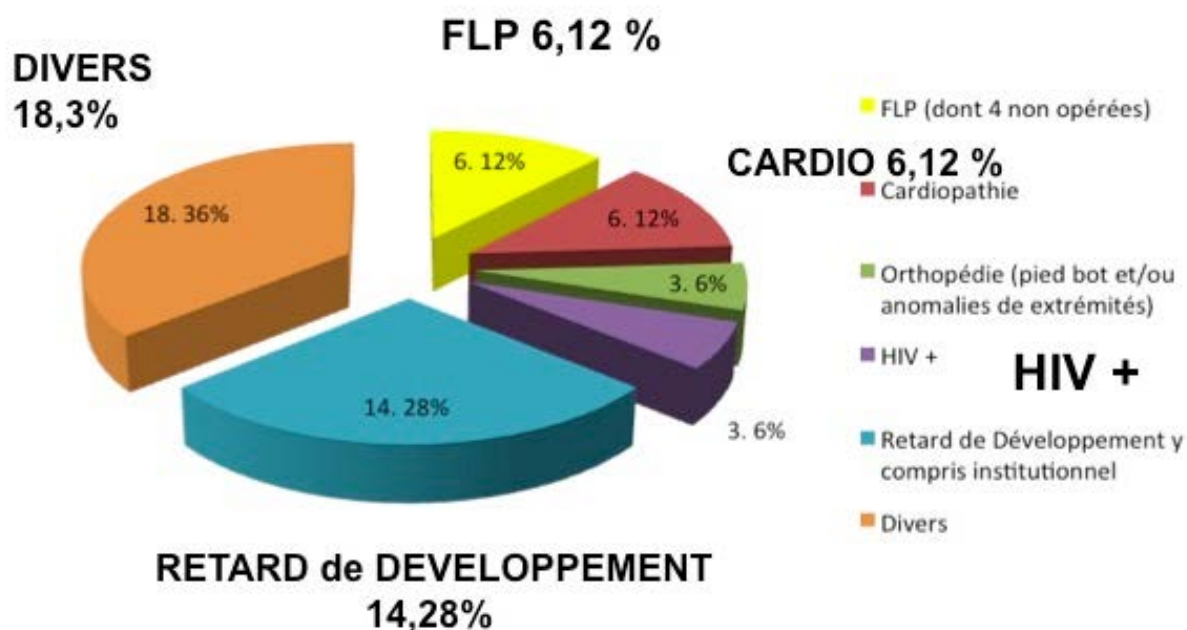


Figure 6.5 : part des différentes catégories de problèmes de santé présentés par les enfants adoptés via MDM en 2014 (en %) (55)

## C. PARTICULARITÉS LIÉES À L'ÂGE DE L'ENFANT LORS DE SON ADOPTION

Les différentes catégories de particularités (grands enfants, fratries, enfants présentant un problème de santé) n'entraînent pas les mêmes difficultés après l'arrivée des enfants en France.

### 1) ASPECT MÉDICAL

Sur le plan purement médical, les parents ayant adopté des grands enfants ne rencontrent pas plus de difficultés que les parents adoptifs d'enfants plus jeunes.

Au contraire, comme nous l'avons évoqué précédemment, certains problèmes de santé (notamment les retards du développement psychomoteur et les troubles psychiatriques) ne

sont visibles que tardivement. Plus l'âge de l'enfant adopté est élevé, plus les futurs adoptants ont de chances d'être prévenus de l'existence de ces troubles avant l'arrivée de l'enfant, et donc de refuser l'apparement s'ils ne sentent pas en capacité de gérer ces troubles.

À l'inverse, selon les pays d'origine, les examens cliniques consignés dans les dossiers médicaux fournis aux adoptants sont parfois réalisés dans les premiers mois de vie de l'enfant et ne sont pas toujours réactualisés par la suite. Ceci ne permet pas d'obtenir des informations claires sur l'évolution d'une pathologie déjà connue et donc sur l'état de santé actuel de l'enfant (70).

## 2) ASPECT PSYCHOLOGIQUE

Les particularités des enfants peuvent être liées à leur histoire, qu'il s'agisse :

- de manque d'affection, de maltraitance, de sévices, d'abandons successifs, de délaissement, d'institutionnalisation, de vie dans la rue
- de conditions anormales de socialisation, de nourriture, de sommeil, d'habitat ou également d'histoire personnelle dramatique (violence de guerre, criminelle ou de mœurs, catastrophe naturelle, guerre, agression sur l'enfant ou ses proches, etc.) (71).

Ces différents éléments peuvent avoir été vécus au sein de la famille biologique à qui l'enfant aura été retiré par la suite, ou au cours des institutionnalisations successives.

Plus l'enfant est grand au moment de son adoption, plus il a eu l'occasion de vivre ces moments difficiles et plus il risque d'en garder des souvenirs traumatisants.

Si l'histoire de l'enfant est probablement la source la plus importante de difficultés ou d'échecs des adoptions, c'est aussi dans la mesure où elle est insuffisamment connue, insuffisamment rapportée et souvent insuffisamment prise en compte.

Les troubles liés à un parcours douloureux sont principalement :

- un retard de développement
- des troubles du comportement
- des troubles des apprentissages et/ou du langage (cf. partie VI.C.3).

Ils seraient d'autant plus fréquents et graves que l'institutionnalisation était précoce (72). Ils requièrent, le plus souvent, une prise en charge spécialisée.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, c'est son histoire qui fait la particularité de l'enfant grand et diminue ses chances d'être adopté. La longueur de leur histoire nous fait considérer que tous les enfants de 5 ans et plus ont des besoins spécifiques.

A cet âge, l'enfant réalise ce qu'est la spécificité de l'adoption par rapport à la famille biologique. Il doit donc non seulement, quel que soit son âge, être informé de son adoption mais aussi, en fonction de ses capacités, être consulté et donner son avis pour être adopté. Il doit et peut être préparé à son adoption puisqu'il a conscience de ce qui lui arrive.

Les risques sur la réussite de l'adoption sont donc indéniables mais difficiles à prévoir. Une meilleure information des adoptants, une attention particulière lors de l'apparement et une préparation spécifique de l'enfant et des candidats sont également ici indispensables pour favoriser l'adaptation de chacun à cette situation.

Lorsque le rapport sur l'enfant est incomplet ou peu fiable, il est difficile d'appréhender les répercussions de son histoire sur son avenir et les difficultés prévisibles de son accueil en vue d'adoption.

Par ailleurs, l'histoire « objective » et « chronologique » décrite dans le rapport relatif à l'enfant, n'est pas l'histoire « vécue » par l'enfant, or c'est celle-là qu'il va exprimer verbalement, s'il est assez grand et en confiance, et de multiples façons par son comportement.

Les conséquences possibles de cette histoire personnelles sont les suivantes :

### **2.1) conséquences sur l'image de soi**

A 6, 7 ou 8 ans un enfant comprend ce qui lui arrive et, se demandant pourquoi il a été abandonné, il peut se constituer une mauvaise image de lui-même, entraînant :

- un manque de confiance dans l'avenir
- un manque de confiance dans l'adulte
- une difficulté à s'attacher à nouveau
- la peur d'un nouvel abandon et d'une nouvelle souffrance.

Cette détérioration de l'estime de soi est souvent plus difficile à corriger à 8 ans qu'à 2 ans.

### **2.2) conséquences d'ordre affectif**

Tous les enfants ont besoin d'affection, mais plus encore ceux qui ont été abandonnés.

La stimulation affective apportée par l'adoption est généralement directement salutaire mais certains enfants ne pourront en profiter pleinement qu'avec le soutien d'une psychothérapie et d'autres, souffrant d'une pathologie fixée de l'attachement, ne pourront pas en guérir.

Dans tous les cas, l'affection des adoptants est mise à l'épreuve par les enfants, ce qui demande du temps et de la patience. Les parents doivent pouvoir faire appel à des tiers lorsqu'ils ne comprennent plus et ne parviennent plus à faire face (73).

## **3) ASPECT ÉDUCATIF**

À son arrivée, l'enfant grand va devoir apprendre à vivre dans sa nouvelle famille, avec de nouveaux parents, peut-être de nouveaux frères et sœurs, de nouveaux camarades, de nouvelles habitudes etc.



Contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'apprentissage d'une nouvelle langue, le français, n'est pas le plus compliqué. Aucune catégorie d'enfant, quelle que soit sa situation, ne semble rencontrer de difficulté particulière pour l'acquérir.

La figure 6.6 montre la relation très forte entre l'âge lors de l'arrivée et l'âge auquel les enfants construisent des phrases simples en français (coefficient de corrélation = + 0,96). Ce graphique montre que très peu d'enfants ont une durée d'acquisition de la langue française plus longue que la normale, même au delà de 6 ans. Au contraire, certains parents adoptifs semblent déclarer un âge de construction de phrases très précoce par rapport aux acquisitions classiques d'un enfant (68).

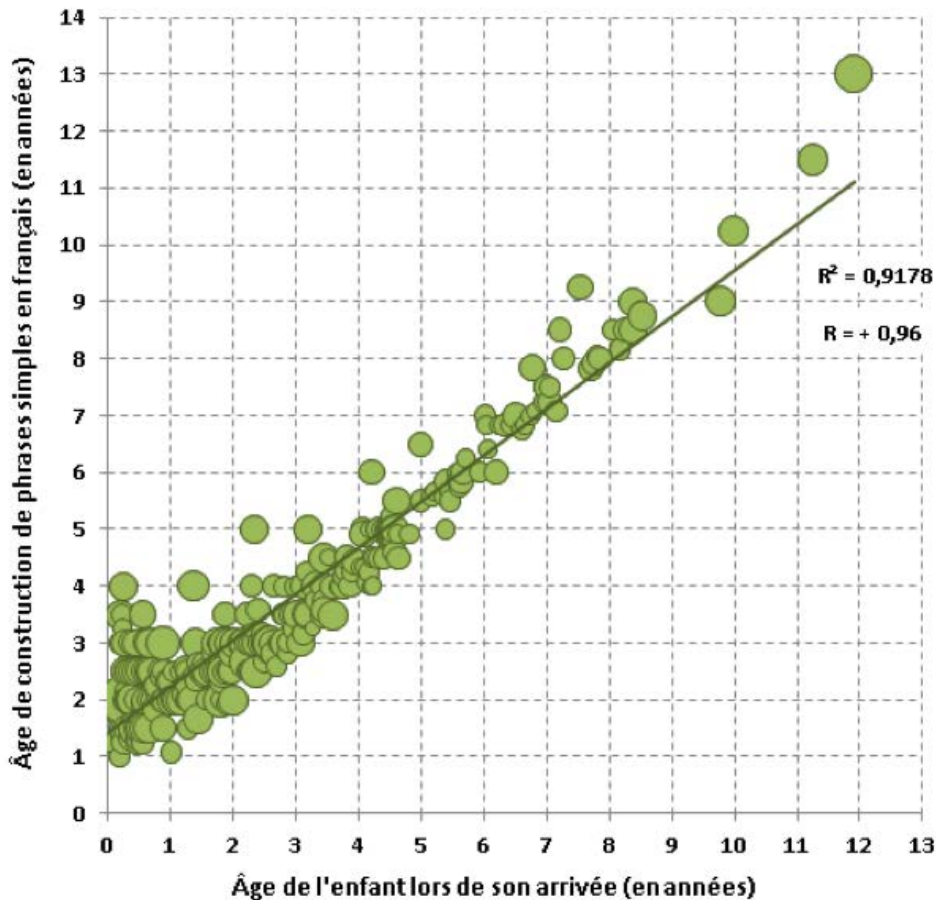


Figure 6.6 : Corrélation entre l'âge des enfants adoptés lors de leur arrivée et l'âge de construction de phrases simples en français (enfants ne parlant pas le français lors de leur arrivée) (68)

Si l'apprentissage de la langue française semble se faire assez simplement, quel que soit l'âge d'arrivée en France, les acquisitions des autres connaissances (lecture, calcul, raisonnement logique, orientation temporelle et spatiale etc.) sont parfois plus compliquées. Elles dépendent notamment de l'éducation reçue par les enfants dans leur pays d'origine. Les a-t-on stimulés pendant la petite enfance ? Ont-ils été scolarisés ?

La figure 6.7 nous renseigne sur la scolarisation des enfants avant leur adoption en fonction de leur âge et de leur pays d'origine.

Une partie des enfants d'âge scolaire a pu fréquenter l'école avant leur arrivée dans leur famille adoptive. Ainsi, si seulement 15 % de l'ensemble des enfants de l'échantillon ont été scolarisés avant leur adoption, c'est le cas de 43% des enfants de plus de trois ans et des deux tiers des enfants de six ans et plus lors de leur arrivée. La durée moyenne de scolarisation avant l'adoption est de 2,1 ans, mais plus de la moitié des enfants étant allés à l'école (53 %) l'ont fréquentée durant moins d'un an.

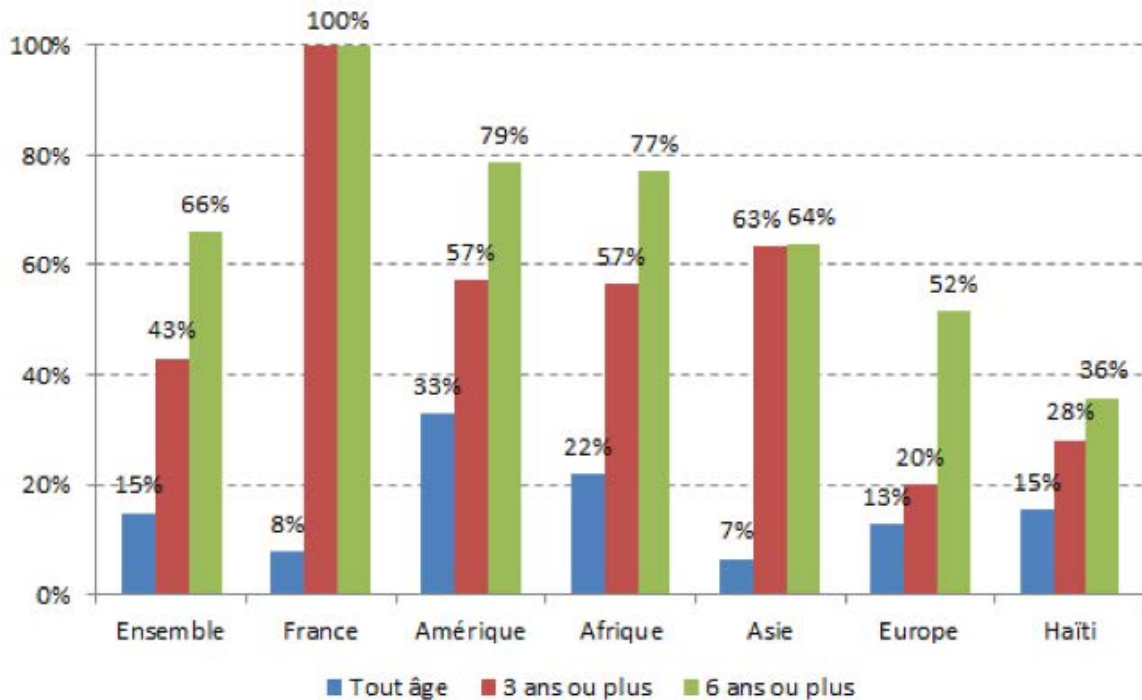


Figure 6.7 : Scolarisation des enfants avant leur adoption, selon leur âge lors de l'arrivée dans leur famille (en %) (68)

La scolarisation étant obligatoire en France à partir de six ans, tous les pupilles de l'État ayant atteint cet âge ont été scolarisés avant leur adoption. C'est également le cas de tous les enfants ayant entre trois et six ans.

En revanche, pour l'adoption internationale, la proportion d'enfants scolarisés varie énormément selon l'origine géographique des enfants :

- en Amérique et en Afrique, près de quatre cinquièmes (80 %) des enfants ayant atteint leur sixième anniversaire ont fréquenté l'école avant leur adoption. Ils sont 57 % parmi les enfants de trois ans et plus.
- en Asie, la proportion d'enfants de six ans et plus ayant été scolarisés est plus faible (64 %), mais la part des enfants scolarisés dès l'âge de trois ans est identique. Par conséquent, soit les enfants originaires d'Asie intègrent l'école dès l'âge de trois ans, soit ils ne bénéficient pas d'une scolarisation.
- enfin, les enfants originaires d'Europe, et encore plus d'Haïti, sont peu nombreux à avoir été scolarisés avant leur adoption : respectivement 52 % et 36 % des six ans et plus.

La figure 6.8 retranscrit l'importance de cette scolarisation pré-adoption, mais elle révèle que d'autres facteurs sont importants.

Caractéristiques des enfants lors de l'adoption		
<b>Âge lors de l'arrivée</b>		
Moins d'un an	0,6	n.s.
1 à 3 ans	Réf.	
3 à 6 ans	1,5	*
6 ans ou plus	1,8	*
<b>Sexe</b>		
Garçon	Réf.	
Fille	0,7	n.s.
<b>Pays ou continent d'origine</b>		
Haïti	0,4	***
Asie	0,5	**
France	0,7	n.s.
Afrique	Réf.	
Europe	2,5	**
Amérique	2,8	**
<b>Langue(s) parlée(s) lors de l'arrivée</b>		
Ne parlait pas encore	1,1	n.s.
Au moins le français	1,7	*
Uniquement une autre langue	Réf.	
Caractéristiques de la scolarisation		
<b>Scolarisation avant l'adoption</b>		
Non	Réf.	
Oui	0,6	**
<b>Durée entre l'arrivée et l'entrée à l'école</b>		
Moins de 3 mois	Réf.	
3 à 12 mois	0,4	***
12 à 24 mois	0,3	***
24 mois et plus	0,3	***
<b>Âge de scolarisation après l'adoption</b>		
2 ans	0,7	n.s.
3 ans	0,8	n.s.
4 ou 5 ans	Réf.	
6 ans ou plus	0,8	n.s.
<b>1<sup>ère</sup> classe d'inscription après l'adoption</b>		
Maternelle TPS ou PS	1,4	**
Maternelle MS	Réf.	
1 <sup>er</sup> degré cycle 2 (GS, CP, CE1)	4,7	***
1 <sup>er</sup> degré cycle 3, collège ou lycée	1,4	***

**Lecture :** Par rapport à un enfant adopté entre 1 et 3 ans (situation de référence de la régression logistique), un enfant ayant 6 ans ou plus lors de son adoption a une probabilité 1,8 fois plus élevée d'avoir déjà rencontré des difficultés au cours de sa scolarité. Cette probabilité est 1,5 fois plus élevée pour les enfants adoptés entre 3 et 6 ans et la différence n'est pas significative pour les enfants arrivés avant 1 an.

\*\*\* : significatif au seuil de 1 %

\*\* : significatif au seuil de 5 %

\* : significatif au seuil de 10 %

n.s. : non significatif

Figure 6.8 : Probabilités pour les enfants adoptés scolarisés d'avoir rencontré des difficultés scolaires (68)

Après son arrivée, ce n'est pas tant l'âge auquel l'enfant adopté est scolarisé qui importe, mais le temps qu'il a passé dans sa famille adoptive avant d'intégrer le système scolaire. Si cette durée est inférieure à trois mois, la probabilité de rencontrer des difficultés par la suite est environ 3 fois plus élevée.

De plus, les problématiques sont plus nombreuses lorsque l'inscription se fait dans une classe du premier degré cycle 2 (maternelle grande section, CP ou CE1 : probabilité de rencontrer des difficultés 4,7 fois plus élevée qu'en moyenne section de maternelle), tandis que cette probabilité est identique en classe de petite section de maternelle (ou très petite section) et à partir du cycle 3 (fin de primaire, collège, lycée). L'intégration semble alors plus aisée que dans les classes où se déroulent les apprentissages fondamentaux.

Pour remédier à ces difficultés d'apprentissage, il sera parfois nécessaire de recourir à un mode de garde adapté, un soutien psychologique ou scolaire (classe de transition), l'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux (médecin, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, éducateur, etc.).

Il peut également être utile pour l'enfant de ne pas le scolariser trop rapidement après son arrivée en France, même si son âge l'imposerait en théorie. Être simplement avec ses parents adoptifs, qui lui donneront l'amour, le temps et les stimulations qu'il n'a pas reçus dans sa petite enfance peut lui permettre de rattraper une partie du retard. Ceci peut nécessiter le recours à un congé parental.

## **D. PARTICULARITÉS LIÉES AUX ENFANTS ADOPTÉS EN FRATRIE**

### **1) ASPECT MÉDICAL**

Les enfants adoptés en fratrie ne présentent pas forcément de difficultés particulières d'un point de vue purement médical.

Il arrive parfois que, parmi la fratrie, un ou plusieurs enfants soi(en)t atteint(s) d'un problème de santé. Dans ce cas, les difficultés sont les mêmes que pour les enfants porteurs de handicap (cf. partie VI.E.1). Quand il s'agit de jumeaux, voire de triplés, les enfants peuvent présenter des complications plus ou moins graves dues à la prématurité, fréquente en cas de grossesse multiple.

Notons que la prise en charge médicale d'une fratrie, même si les enfants sont en bonne santé, peut entraîner des difficultés d'ordre financier.

## 2) ASPECT PSYCHOLOGIQUE

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les fratries ne regroupent pas forcément des frères et sœurs biologiques ayant grandi ensemble, mais tantôt des enfants de parents différents mais qui ont tissé des liens forts pendant leur vie institutionnelle, tantôt des enfants ayant des parents communs, mais qui n'ont parfois jamais vécu ensemble.

Dans le premier cas, la proximité de ces « frères de cœur » peut créer un bloc contre ces « inconnus » que sont leurs parents adoptifs.

Dans le second cas, retrouver dans une nouvelle famille et dans un nouveau pays des « frères de sang » qu'ils n'avaient jamais vus et dont ils ne connaissaient peut-être pas l'existence peut être très déstabilisant pour les enfants adoptés.

Dans tous les cas, il arrive fréquemment que les aînés des fratries aient endossé le rôle de mère ou de père de substitution avant l'adoption, et il n'est pas toujours évident pour eux de reprendre leur place de simple « grand frère » ou « grande sœur » et de s'effacer en quelque sorte en présence d'une mère ou d'un père adoptif.

Là encore, la préparation de ces enfants à l'adoption semble un élément clef pour le bon déroulement des événements.

Selon l'étude du CREAM citée plus haut, 13 % des parents pensent que, lors de son arrivée dans leur famille, leur enfant n'avait pas compris les changements inhérents à son adoption. Cette proportion est quasiment nulle pour les enfants de cinq ans et plus, de 4 % pour les enfants de deux à cinq ans et de 23 % pour les enfants de moins de deux ans. Dans cette dernière catégorie, les parents des enfants les plus jeunes estiment que leur enfant avait mieux compris les changements – en fonction des capacités liées à son âge – que les parents d'enfants plus âgés : 18 % des personnes ayant adopté un enfant de moins de six mois estiment que celui-ci n'avait pas compris les impacts de l'adoption contre 27 % des personnes ayant adopté un enfant ayant entre six mois et deux ans. Tout âge confondu, 45 % des parents pensent que leur enfant avait complètement compris les changements inhérents à son adoption et 42 % qu'il n'en avait saisi qu'une partie.

Il faut dire qu'une partie des parents estime que leur enfant n'a pas été préparé à son adoption, les personnes le prenant en charge ne lui ayant probablement pas expliqué sa nouvelle situation : 7 % déclarent qu'il n'y a pas eu de préparation, 20 % ne savent pas s'il y en a eu une et 73 % pensent que leur enfant a été préparé, dans les jours précédant son départ (21 %), voire plusieurs semaines avant (52 %).

En France, la préparation délivrée semble appropriée puisque la quasi-totalité des personnes ayant adopté un pupille de l'État déclarent que celui-ci a été préparé (95 %) et seuls 6 % estiment qu'il n'avait pas compris les changements inhérents à cette adoption. En revanche, dans l'adoption internationale, seuls deux parents sur trois déclarent que leur enfant a reçu une préparation dans son pays d'origine (68 %) et ils sont 15 % à estimer qu'il n'avait pas du tout compris les changements qu'impliquait l'adoption. Cette proportion est surtout

importante en Asie (20 %) tandis qu'elle se rapproche de la France pour les adoptions issues d'Amérique (8 %) et d'Haïti (9 %).

Cependant, recevoir une préparation ne signifie pas forcément que les changements sont compris et intégrés par les enfants. Si les enfants ne sont pas psychologiquement prêts à entendre que leur situation va changer, les professionnels peuvent leur expliquer tous les changements induits par une adoption, cela ne signifie pas qu'ils les intégreront. La préparation doit se faire sur le long terme (68).

### 3) ASPECT ÉDUCATIF

Dans la mesure où les fratries comportent très souvent un ou plusieurs enfants âgés de plus de 6 ans, les parents auront à faire face aux mêmes troubles de l'apprentissage et de scolarisation que ceux traités dans la partie VI.C.3.

## E. BESOINS SPÉCIFIQUES DES ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP

### 1) ASPECT MÉDICAL

Dans le cas des enfants porteurs de handicap ou souffrant d'une pathologie quelconque, les difficultés d'ordre médical sont évidentes.

Il s'agira dans un premier temps de faire examiner l'enfant par un médecin qui, en plus de rechercher les différents éléments qu'on retrouve classiquement chez les enfants adoptés à l'international en fonction de leur pays d'origine (pathologies infectieuses ou parasitaires bénignes, retard de vaccination etc.), évaluera l'impact du problème de santé considéré comme particularité par le pays qui l'a proposé à l'adoption. Cette première consultation peut se faire chez un pédiatre (de ville ou travaillant en milieu hospitalier), le médecin traitant de la famille adoptive, mais les parents peuvent également emmener leur enfant à la COCA de leur CHU, où les intervenants sont rompus à ce genre de consultation et savent exactement quels troubles rechercher en fonction du pays d'origine de l'enfant.

Dans un second temps, si le handicap ou la pathologie le nécessite, il faudra débiter un suivi spécialisé, et faire appel, en fonction du trouble, à un médecin spécialiste, un chirurgien, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un prestataire de service etc. Le suivi peut être ponctuel ou chronique.

### 2) ASPECT PSYCHOLOGIQUE

Outre la particularité de santé, un sentiment de différence est parfois ressenti par les enfants adoptés, soit parce que leurs parents adoptifs avaient déjà des enfants biologiques, ou parce qu'ils sont originaires d'une ethnie différente de celle de leur famille adoptive, ou encore parce qu'une partie de la famille élargie ne les considère pas comme de vrais membres de la famille.

Toujours selon l'étude du CREAMI, dans la majorité des cas, l'arrivée d'un enfant adopté est une bonne nouvelle pour les membres de la famille adoptive élargie : 81 % réagissent de manière très positive lors de l'arrivée de l'enfant, 15 % de manière positive et 4 % avec des réticences, des inquiétudes. De plus, avec le temps, la grande majorité se comporte avec l'enfant adopté comme avec les autres enfants de la famille (93 %). Pour les autres, une partie des parents estime que les membres de leur famille sont davantage protecteurs avec l'enfant adopté qu'avec les autres enfants (5 %) tandis que, dans 2 % des familles, certains membres de la parenté considèrent que l'enfant adopté ne fait pas tout à fait partie de la famille.

Ainsi, suite à l'adoption de leur enfant, des parents ont vu certaines personnes de leur famille s'éloigner d'eux. Aucune personne ayant adopté en Amérique ne déclare être dans cette situation et la proportion est faible chez ceux ayant adopté un pupille de l'État (0,9 %). À l'inverse, elle atteint 2,7 % chez les parents ayant accueilli un enfant né sur le continent africain.

D'autre part, 8 % des parents adoptifs estiment que le statut particulier de leur enfant au sein de la famille – statut d'enfant adopté et/ou absence de ressemblance physique – le fait souffrir ou a pu le faire souffrir à certains moments. Dans la grande majorité des cas (82 %), la difficulté est liée à la différence de ressemblance physique avec les autres membres de la famille : les enfants souhaitent ressembler à leurs parents, avoir la même couleur de peau que le reste de leur famille (68).

Ceci étant dit, il est aisé d'imaginer que le risque est encore plus grand pour les enfants porteurs de handicap visible de se sentir différents. Non seulement ils peuvent souffrir du regard des autres au sein de leur famille élargie, mais ils risquent également de se sentir stigmatisés par les regards extérieurs, dans la rue ou à l'école.

En ce qui concerne les pathologies transmissibles, comme le VIH ou l'hépatite C par exemple, le risque de stigmatisation, même par l'entourage de la famille, est grand. Il semble indispensable d'expliquer les risques à la famille élargie, tout en relativisant la gravité, et de rester discret en dehors du cercle familial pour éviter à l'enfant une mise à l'écart qu'il vivrait mal.

### 3) ASPECT ÉDUCATIF

Les difficultés dans ce domaine dépendent du handicap ou de la pathologie de l'enfant.

Au delà des troubles d'apprentissage auxquels peuvent se heurter tous les enfants adoptés, certains problèmes de santé risquent de poser des problèmes durant le parcours scolaire.

Certains enfants devront être scolarisés dans des structures spécialisées (enfants aveugles, sourds et muets, autistes ou encore enfants porteurs d'une anomalie chromosomique ou souffrant de retard mental), d'autres pourront suivre une scolarité « normale » mais auront besoin d'aides humaines et matérielles pour les accompagner (enfants souffrant de handicap moteur notamment).

Là encore, une bonne préparation de la famille adoptante et de son entourage est indispensable afin que les situations problématiques puissent être anticipées et que la famille puisse réfléchir à des solutions adaptées et réalistes pour affronter les difficultés inhérentes à la pathologie de leur enfant à venir.

## F. ASPECTS ÉTHIQUES DE L'ADOPTION COMPLEXE

Face à la réalité de l'adoption complexe, on peut être amené à s'interroger sur les motivations des parents qui décident d'accueillir chez eux un ou des enfants à besoins spécifiques.

### 1) L'ADOPTION COMPLEXE : UN CHOIX PAR DÉFAUT ?

Tout d'abord, au vu des éléments étudiés précédemment, il apparaît qu'il est devenu difficile, voire impossible, d'adopter un enfant jeune (moins de 2 ans) et en parfaite santé, que ce soit à l'international ou en France. Les futurs adoptants qui ne veulent pas renoncer à leur désir d'enfant ne sont-ils donc pas « obligés » de revoir leur projet d'adoption idéaliste en assouplissant leurs critères de choix pour un éventuel enfant ? En d'autres termes, le projet d'adopter un enfant à particularité n'est-il pas pour eux un choix par défaut ? Ou, tout du moins, un choix qui raccourcirait les délais d'attente ?

En effet, si l'on s'intéresse aux raisons qui motivent les demandes de modification d'agrément, les questions posées ci dessus sont légitimes.

Pour rappel, lors de sa délivrance, une notice accompagne l'agrément d'adoption, reprenant le profil du ou des enfant(s) souhaité(s) en termes de nombre, sexe, âge, origine et état de santé. Ces éléments correspondent à la fois au projet des candidats et à leurs capacités évaluées par les équipes du Conseil général. Sur demande, et après de nouveaux entretiens avec les professionnels du Conseil général, des éléments de cette notice peuvent être modifiés et/ou étendus.

D'après l'enquête du CREAL, en cours de procédure, près du quart des candidats à l'adoption (23,5 %) ont obtenu au moins une modification ou une extension de leur agrément. La plupart des modifications concerne l'âge de l'enfant (68,7 %), soit couplé avec une autre modification (11,4 %), soit seul (57,4 %). Une modification du nombre d'enfants est également courante puisqu'elle concerne un cas sur trois (24,1 % seule et 9,9 % en même temps que l'âge). En revanche, peu de changements touchant à l'état de santé de l'enfant ou à son origine sont effectués.

Par ailleurs, la part de modifications ou d'extensions de la notice est près de deux fois plus faible pour les personnes ayant accueilli leur enfant dans les deux années suivant l'obtention de l'agrément que pour les autres (16,3 % contre 29,2 %). En revanche, après ces deux années d'attente, il n'y a pas de différence significative selon la durée de réalisation du projet d'adoption. S'agissant de modifications ayant été estimées par les professionnels comme cohérentes avec les capacités des candidats, il semble donc que les deux premières années suivant l'obtention de l'agrément soient une période de réflexion et d'évolution possible du projet.



Au moment de l'agrément, environ 80 % des candidats souhaitent accueillir un seul enfant, 19 % deux enfants et 1 % trois enfants. Une fois la procédure d'adoption aboutie, la grande majorité adopte le nombre d'enfants initialement prévu dans leur notice d'agrément (89 %), les autres accueillent soit un nombre d'enfants inférieur (6 %) soit, suite à une modification, un nombre d'enfants supérieur (5 %). Dans le cas des candidats ayant obtenu une modification du nombre d'enfants (8 %), il semble qu'une partie ait demandé une extension afin d'augmenter leurs "chances de réussite", sans pour autant abandonner la réalisation de leur projet initial. De même, les personnes adoptant un nombre d'enfants inférieur à celui initialement prévu ont probablement recouru à une "stratégie", durant la procédure d'obtention d'agrément, pour élargir leur projet et augmenter leurs chances de le voir aboutir.

Concernant l'âge d'adoption, très peu de candidats formulent un projet d'adoption dans lequel la tranche d'âge inférieure de l'enfant est différente de zéro (14,5 %) et seuls 4,3 % souhaitent adopter un enfant ayant au minimum quatre ans. D'autre part, les trois quarts souhaitent un enfant de moins de six ans (75,9 %) et près de la moitié un enfant de moins de trois ans (47,9 %), plus d'un cinquième souhaitant même adopter un enfant ayant moins de deux ans (21,7%). En retirant les personnes qui souhaitent adopter un enfant dont l'âge ne serait pas plus élevé que celui des autres enfants présents au foyer (15,8 % des répondants), ces proportions s'élèvent à 90,2 % pour un enfant de moins de six ans, 56,9 % pour un enfant de moins de trois ans et plus du quart des adoptants pour un enfant de moins de deux ans (25,8 %). Or, un projet pour un enfant de moins de deux ans n'est plus cohérent avec les réalités de l'adoption et les exigences des pays étrangers. Il n'est donc pas surprenant que l'âge soit modifié dans un cas sur six (16,2 %) (68).

En revanche, sur la figure 6.9, on constate que les modifications d'agrément concernant l'état de santé de l'enfant sont rares. On peut donc en conclure que les candidats se posent des limites qu'ils ne souhaitent pas franchir, et qu'ils ne sont donc pas prêts à adopter à tout prix.

Dans ce contexte d'essor de l'adoption complexe, qui est devenue une réalité, le travail des différents acteurs de l'adoption est de se poser la question de la représentation que chaque membre d'un couple a de l'enfant qu'il a imaginé, voire qu'il a rêvé et d'accompagner les adoptants pour qu'ils puissent se projeter dans une dynamique de filiation différente de celle qu'ils avaient imaginée (74).

(\* : % parmi les candidats ayant obtenu une modification avant l'adoption)  
 (\*\* : % parmi l'ensemble des parents adoptifs)

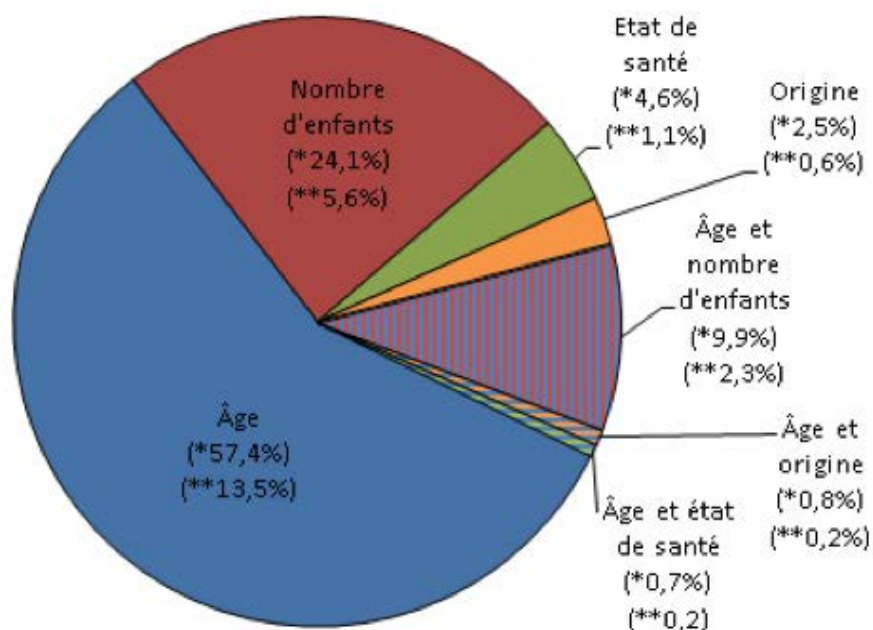


Figure 6.9 : Type de modification d'agrément demandé

## 2) L'ADOPTION COMPLEXE : UN CHOIX À BUT HUMANITAIRE ?

Comme nous l'avons vu précédemment, les enfants à besoins spécifiques, en plus d'avoir vécu un abandon, sont souvent délaissés par les candidats à l'adoption, du fait de particularités (âge trop avancé, problème de santé) qui les éloignent du profil type de l'enfant rêvé. Sachant cela, il est difficile de ne pas se sentir touché par leur histoire de vie déjà bien trop lourde pour leur âge. Ainsi, certaines personnes, mues par le désir de faire une bonne action en sortant l'un de ces enfants de cette situation semblant inextricable, pourront envisager une adoption.

Mais l'adoption ne se réduit pas à un acte généreux et altruiste (75). De même que pour les personnes ayant adopté un enfant dont la famille a été victime d'une guerre ou d'une catastrophe naturelle (comme ce fut le cas pour le Darfour ou pour Haïti), les candidats à l'adoption d'un EBS doivent avant tout présenter le désir d'être parents ; cela doit constituer leur motivation première. Ils ne doivent pas envisager l'adoption d'un EBS uniquement pour faire une bonne action, un geste humanitaire (76).

Adopter un enfant pour le sauver d'une situation qui nous semble intolérable, même si les motivations semblent louables, c'est prendre le risque de le regarder toujours comme un rescapé, et de ne pas fonder un véritable lien de filiation sur un authentique désir d'être parent, voire, dans des cas extrêmes, de considérer l'enfant adopté comme ayant contracté une dette envers ses parents (77).

L'adoption d'un EBS, comme l'adoption d'un enfant « sans particularité » d'ailleurs, peut être imprégnée d'une dimension humanitaire, dans la mesure où elle découle d'une

démarche qui nécessite générosité et ouverture d'esprit. Simplement, elle ne doit pas reposer sur une motivation purement humanitaire, mais plutôt sur une ouverture à l'autre et une vision humaniste de la société qui viennent rencontrer une aspiration intime, personnelle, plus égoïste, de devenir parent.

Concrètement, pour éviter de susciter ce type de réaction chez de futurs parents éventuels, les OAA ne fournissent pas de photographie des EBS avant la proposition d'appariement. Ils sont également plus vigilants lorsqu'ils doivent répondre à une demande d'adoption émanant de personnes qui sont déjà parents d'enfants biologiques.

Si, au terme des évaluations psychosociales qui ont lieu au début des démarches d'adoption, il s'avère que les motivations des candidats sont plutôt d'ordre humanitaire, les OAA peuvent les orienter vers le parrainage d'enfants en difficulté non proposés à l'adoption.

### 3) QUELLES LIMITES AUX ADOPTIONS COMPLEXES ?

L'augmentation de la sévérité des pathologies proposées par les pays d'origine (malformations importantes, parfois avec un risque vital, pathologies psychomotrices sévères etc.) peut amener à s'interroger sur les possibilités de trouver une famille sans aller au-delà de ses limites. Le risque est en effet, à plus ou moins court terme, un échec préjudiciable pour l'enfant, mais aussi pour tous les acteurs inscrits dans la chaîne de l'adoption.

Ces réflexions sur les limites de l'adoptabilité génèrent également une réflexion du pays d'accueil sur sa propre politique d'adoption nationale.

L'aspect juridique de la filiation est un champ de réflexion remis en question par les adoptions complexes, notamment celles des enfants grands ou des fratries segmentées dont certains membres sont restés dans leur pays d'origine. Ceci pose la question de la rupture irrévocable des liens avec la famille biologique, comme c'est le cas avec l'adoption plénière. À l'inverse, l'adoption simple qui maintient la double parentalité est-elle adaptée dans le cadre de l'adoption internationale ? Ne pourrait-on trouver une alternative à mi chemin entre ces deux modes d'adoption ? (78)

Ces questionnements croisent aussi et surtout les évolutions sociétales et la réflexion sur la filiation en particulier face à la procréation médicalement assistée, aux familles recomposées, monoparentales et homoparentales. En effet, les pays d'origine raisonnent encore en termes de structures familiales traditionnelles.

## G. COMMENT SE PRÉPARER À L'ARRIVÉE D'UN ENFANT À BESOINS SPÉCIFIQUES

Aucune étude précise ne permet actuellement d'établir, chiffres à l'appui, un lien entre l'âge de l'enfant à son adoption ou le fait qu'il s'agisse d'une fratrie et la survenue d'une difficulté spécifique dans l'intégration de celui-ci dans sa famille.

La taille de l'enjeu lié à ces « particularités » implique toutefois pour les adoptants de bien connaître leurs propres « limites » que ce soit au plan affectif, matériel, éducatif et de ne pas se projeter au-delà de celles-ci. Les besoins spéciaux qu'impliquent ces particularités exigent des parents qu'ils fassent preuve de souplesse psychique et d'une bonne capacité d'adaptation car les enfants sont « en état d'alerte affective ». Si la famille adoptante est fragile, trop âgée, isolée, trop sûre d'elle, le risque de déconvenue est accru (79).

Si la préparation en vue d'une adoption complexe n'a pas été effectuée correctement, du côté de la famille adoptante, comme du côté de l'enfant adopté, le risque d'échec de l'adoption est important. Or, il est impératif d'éviter aux EBS adoptés de connaître un nouvel abandon dans un pays qui n'est pas leur pays d'origine.

## 1) ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS DURANT TOUTE LA PROCÉDURE D'ADOPTION

Cet accompagnement est essentiel et doit se faire à toutes les étapes de l'adoption, de l'agrément au projet réel, pendant l'attente de l'apparement, au moment de l'apparement, à l'arrivée de l'enfant et aux différentes étapes du suivi post-adoption (80). Même si l'adoption est en général l'aboutissement heureux de longues années de procédures difficiles, cela reste un événement stressant pour les parents adoptifs et pour l'enfant. Il a été prouvé que l'adoption complexe occasionnait davantage de stress chez les adoptants qui craignent parfois de ne pas pouvoir répondre aux besoins spécifiques de leur enfant (81).

La définition du projet d'adoption est une étape clef indispensable à la réussite d'une adoption complexe. Les parents vont définir certains critères tels que l'âge et l'état de santé de l'enfant qu'ils souhaiteraient adopter, ainsi que le nombre d'enfants qu'ils se sentent capables d'accueillir. C'est là que le rôle des acteurs de l'adoption (AFA, OAA, médecins, psychologues etc.) est primordial. Il s'agira de leur expliquer de manière précise, concrète et objective ce à quoi ils doivent s'attendre s'ils adoptent de grands enfants, des enfants en fratrie ou des enfants présentant un problème de santé. Un accompagnement psychologique peut être nécessaire pour éviter la culpabilité de refuser d'envisager d'adopter un enfant handicapé ou qu'on estime trop grand, parce qu'on ne se sent pas capable de l'accueillir dans les meilleures conditions possibles.

À ce moment déjà, les parents peuvent décider de contacter le médecin de leur choix, ou être orientés vers la COCA la plus proche afin de faire le point avec un pédiatre ayant l'expérience de l'adoption complexe sur leur projet d'adoption. Il est souvent nécessaire de leur expliquer en quoi consistent les différentes maladies listées par les pays d'origine proposant des enfants souffrant de problèmes de santé à l'adoption internationale. Il est utile également de les informer des conséquences possibles sur le plan médical, psychologique, social et éducatif s'ils décident d'adopter une fratrie ou un enfant grand et/ou malade. Le but est de leur donner toutes les informations nécessaires pour qu'ils puissent décider des limites qu'ils ne souhaitent pas franchir. Car plus l'enfant est éloigné du projet initial (par son âge, son origine, son état de santé), plus les difficultés ultérieures à surmonter sont grandes, pouvant conduire aux échecs, avec, par exemple, un réabandon de l'enfant à l'Aide sociale à l'enfance (82).

Vient ensuite le temps de la préparation à la parentalité adoptive, pendant la période d'attente d'un apparement. Il s'agit, comme il l'a été expliqué plus haut, de plusieurs réunions rendues obligatoires par les OAA, certaines traitant de sujets généraux sur

l'adoption, et d'autres traitant de l'adoption d'enfants à besoins spécifiques. Ce temps d'attente doit être utilisé pour que les futurs parents, une fois en possession de toutes les informations nécessaires, puissent murir leur projet et se préparer aux réalités de l'adoption complexe.

Ensuite, la réflexion qui s'articule autour d'une proposition d'apparement est essentielle. Il ne s'agit plus d'un projet qui, bien que réfléchi, reste pourtant abstrait, mais de la concrétisation d'une réflexion longue et progressive. Un enfant, réel, avec ses besoins spécifiques (qui sont susceptibles d'entraîner des difficultés), est proposé aux candidats. L'obtention du dossier complet (médical, mais aussi les informations concernant l'intégration, le développement etc.) est indispensable. Si les parents ne se sentent finalement pas capables de mener cet apparement à terme, le refus est tout à fait possible, et non discriminant pour une éventuelle nouvelle proposition d'apparement. Un refus d'apparement est préférable à un rejet (voire un abandon) de l'enfant après son arrivée dans la famille.

Si des enfants (biologiques ou adoptés) sont déjà présents dans le foyer, il est essentiel de leur demander leur avis à eux aussi. En effet, si le nouvel arrivant n'est pas bien accueilli par les autres enfants du couple, c'est un facteur d'échec supplémentaire. Dans le cas de MDM, chaque enfant déjà présent dans la famille est vu en entretien individuel avec un pédopsychiatre en dehors de la présence des parents, pour connaître sa position face à l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur. Il est arrivé qu'un apparement avec un enfant présentant un retard psychomoteur ait été refusé devant les réticences majeures de l'enfant déjà présent dans le foyer, sans que le projet d'adoption soit abandonné, mais pour laisser le temps à cette famille d'entreprendre une préparation psychologique pour leur enfant.

À l'arrivée de l'enfant, un accompagnement médical plus ou moins psychologique des parents et de leur enfant est encore une fois nécessaire. À ce niveau, les intervenants de la COCA sont tout à fait indiqués pour effectuer l'accompagnement, mais les parents peuvent consulter le médecin de leur choix, à qui ils accordent leur confiance, et vers lequel ils pourront se tourner en cas de problème dans le futur.

En conclusion, une bonne préparation des candidats à l'adoption, si elle n'est pas forcément suffisante, est néanmoins indispensable pour diminuer le risque d'erreur d'apparement et donc d'échec de l'adoption, qui pourrait être dramatique pour les parents et pour l'enfant.

## 2) PRÉPARATION DE L'ENFANT À L'ADOPTION

S'il est important d'accompagner les parents durant le long parcours qu'est la démarche d'adoption, il est tout aussi nécessaire de préparer l'enfant à sa propre adoption (83).

L'information de l'enfant est un impératif éthique mais également un élément déterminant dans la prévention des difficultés. Elle doit porter sur tout le processus mais comprendre également une écoute de ses besoins, de ses désirs et de son avis, d'autant plus quand l'enfant est déjà grand. Il doit connaître et comprendre les faits afin de pouvoir les assumer et en surmonter les conséquences (84).

L'enfant doit connaître et accepter son passé et son histoire ; il doit être aidé à faire le deuil des parents de naissance et de sa situation antérieure, à surmonter son angoisse, son

sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, à reconstruire son histoire personnelle. Il doit commencer à découvrir son avenir, à se projeter dans d'autres investissements parentaux sans craindre de manquer de loyauté envers ses parents biologiques.

On doit tenter de lui faire connaître sa nouvelle famille en lui racontant dans la mesure du possible sa composition, son mode de vie, ses activités mais également en lui montrant des photos ou des lieux. L'enfant doit pouvoir s'imaginer dans cette nouvelle famille et être capable d'en parler. Dans ce cadre, il convient de préparer soigneusement la première rencontre avec la nouvelle famille en le faisant accompagner par une personne qu'il connaît, dans un lieu familier, pour qu'il soit rassuré.

La préparation au départ et à la séparation avec l'institution dans laquelle il vit doit assurer une continuité dans la vie de l'enfant et lui éviter une rupture ou un choc supplémentaire. L'enfant peut préparer pour son départ les objets auxquels il tient et qu'il utilise notamment pour dormir ou lorsqu'il est angoissé. Il peut aussi apprendre quelques mots de la langue de ses futurs parents mais surtout être informé de ce qui peut le choquer en ce qui concerne la nourriture et la façon de prendre les repas, le sommeil et le repos, le rapport au corps, les activités de jeux, les achats et la vie sociale. Dans le cas d'une fratrie, il peut être expliqué à l'aîné qui avait adopté une position protectrice envers ses cadets qu'il n'aura plus besoin de se soucier de les défendre ou de les éduquer dans la mesure où leurs parents adoptifs seront là pour s'en charger.

## CONCLUSION

Durant la dernière décennie, le visage de l'adoption internationale s'est profondément transformé. La multiplication des adhésions à la Convention de La Haye de 1993, qui prône le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant, a permis de faire adopter les enfants abandonnés dans leur pays d'origine, leur épargnant le traumatisme supplémentaire que serait le déracinement. Ce phénomène a pour corollaire une diminution du nombre des enfants proposés à l'adoption internationale. Néanmoins, si les enfants jeunes et en bonne santé sont adoptés facilement au niveau national, les enfants dits à besoins spécifiques (EBS), soit parce qu'ils sont plus âgés, soit parce qu'ils font partie d'une fratrie qui ne peut être segmentée, soit encore parce qu'ils souffrent de problèmes de santé de gravité variable, peinent encore à trouver une famille d'adoption dans leur pays d'origine. Ce sont donc ces enfants qui sont majoritairement proposés aux adoptants étrangers, et notamment aux adoptants français.

L'adoption est toujours une étape délicate pour les familles adoptives et pour les enfants adoptés. L'adoption complexe entraîne des difficultés supplémentaires, inhérentes aux particularités des enfants proposés. Cela demande aux personnes ayant obtenu l'agrément de prendre du recul par rapport à leur vision de « l'enfant rêvé ». Par ailleurs, les acteurs prenant part à l'adoption sont contraints de revoir leur mode de fonctionnement, l'objectif étant de ne pas se tromper dans les apparentements, ce qui pourrait conduire à un rejet de l'enfant par sa famille adoptive. Concrètement, on assiste à une radicalisation des exigences des pays d'origine envers les adoptants auxquelles sont obligés de se conformer les autorités et les OAA, ce qui peut être vécu par les candidats à l'adoption comme une volonté de les décourager au début de leurs démarches. C'est malheureusement une réalité. La complexification des adoptions internationales entraîne d'autres conséquences pénibles pour les adoptants, comme l'allongement des délais à plusieurs années et l'obligation de suivis contraignants parfois jusqu'à la majorité de l'enfant.

Toutes ces complications sont motivées par le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant. Comme nous l'avons dit en introduction, l'adoption a bien pour objectif premier de trouver une famille à un enfant, et non de trouver un enfant à une famille. C'est une vision des choses très honorable mais il semble qu'elle soit utopique car elle ne tient pas compte du cheminement qu'ont effectué les familles adoptantes. En effet, la grande majorité des candidats à l'adoption le sont car ils n'ont pas réussi à concevoir un enfant (parmi les couples candidats à l'adoption, seulement 1 sur 5 a déjà eu au moins un enfant biologique ensemble (68)). La plupart d'entre eux sont passés par les affres de l'assistance médicale. Ces échecs successifs ont mené ceux qui ne souhaitent pas renoncer à leur désir d'enfant vers l'adoption. Il s'agit donc bien pour eux, initialement, de trouver un enfant qui correspondrait à leur désir. Or, les enfants qu'on leur propose maintenant d'adopter sont parfois assez éloignés de l'enfant dont ils ont rêvé. On peut donc affirmer que l'adoption internationale aujourd'hui consiste plutôt à réunir un enfant en attente d'une famille et une famille qui sera capable d'accueillir cet enfant dans les meilleures conditions.

Nous sommes donc en droit de nous interroger sur l'avenir de l'adoption internationale telle que nous la connaissons actuellement. Jusqu'à quel point sommes-nous en mesure d'accueillir des enfants malades ? Devons-nous accepter les exigences toujours plus poussées des pays d'origine pour pouvoir continuer à proposer des enfants aux couples adoptants ?

Pouvons-nous ignorer l'aspect financier de ce type d'adoption, sachant que la prise en charge de pathologies chroniques et de handicaps lourds est complexe et coûteuse ?

L'adoption complexe étant un phénomène relativement récent, il semble prématuré de conclure sur le bien-fondé de ce nouveau chemin qu'a pris l'adoption internationale. En effet, si difficile soit le parcours qui mène à l'adoption d'un enfant à besoins spécifiques, et si complexe soit la prise en charge de cet enfant dans sa globalité à son arrivée en France, si ce dernier atteint l'âge adulte dans de bonnes conditions de santé et d'intégration, alors nous pouvons estimer que son adoption aura été une réussite. Accompagner un enfant adoptif jusqu'à ce qu'il soit autonome, malgré les difficultés rencontrées, comme on le ferait avec un enfant biologique, n'est-ce pas là l'une des vocations premières de l'adoption ? Devant ce constat, il serait intéressant dans quelques années de mener une étude de cohorte pour évaluer le degré de réussite de ces adoptions complexes.

Enfin, sachant que de nombreux enfants nés en France n'ont pas de famille parce qu'ils ne sont pas considérés comme adoptables, ne vaudrait-il mieux pas se pencher sur la question de l'adoption nationale, en revoyant les modes d'adoption afin d'élargir les critères d'adoptabilité ? Et sachant que certains enfants français, qui sont pourtant adoptables, présentent eux aussi des besoins spécifiques, ne pourrait-on pas favoriser leur adoption au niveau national ? Ceci pourrait peut-être éviter à la France de se retrouver, à terme, dans le même cas que les Etats-Unis, premier pays au monde en terme de nombre d'adoptions annuelles, mais également pays d'origine proposant des enfants à l'adoption internationale.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Enfance & Famille Adoption (EFA). Les chiffres de l'adoption en France [Internet]. [cité 18 mai 2015]. Disponible sur: <http://adoptionefa.org>
2. Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED). La situation des pupilles de l'État au 31 décembre 2013.
3. Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur (ABES). Catalogue du Système Universitaire de Documentation [Internet]. [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/>
4. Jacquat S. Évaluation de l'activité de la Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA) de l'hôpital d'enfants de Nancy sur une période de 3 ans (2008-2010) [Thèse de médecine]. Nancy;2014.188 p.
5. Pierron J. Données socio-familiales de l'adoption internationale en France [Thèse de médecine]. Dijon;2007.205p.
6. NCBI. PubMed Central (PMC) [Internet]. [cité 8 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
7. République Française. Loi n° 66-500 du 11 juillet 1966 portant réforme de l'adoption [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
8. Bosse Platière Hubert. Du Code Napoléon à la loi de 1966: aperçu des grandes lois. Accueil.2008;149.
9. République Française. Article 360 modifié par la loi n°2013-404 du 17 mai 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
10. République Française. Article 361 modifié par la loi n°2011-1862 du 13 décembre 2011 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
11. République Française. Article 362 créé par la loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - JORF 12 juillet 1966 entré en vigueur le 1er novembre 1966 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
12. République Française. Article 363 modifié par la loi n°2013-404 du 17 mai 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
13. République Française. Article 355 créé par la loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - JORF 12 juillet 1966 en vigueur le 1er novembre 1966 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
14. République Française. Article 356 créé par la loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - JORF 12 juillet 1966 entré en vigueur le 1er novembre 1966 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
15. République Française. Article 357 modifié par la loi n°2013-404 du 17 mai 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
16. République Française. Article 358 modifié par la loi n°2002-305 du 4 mars 2002 - JORF 5 mars 2002 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
17. République Française. Article 359 créé par la loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - JORF 12 juillet 1966 entré en vigueur le 1er novembre 1966 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
18. République Française. Adoption simple et adoption plénière: quelles différences? [Internet]. [cité 28 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.service-public.fr>
19. République Française. Article L224-1 du Code de l'action sociale et des familles modifié par la loi n°2013-403 du 17 mai 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>

20. République Française. Article L224-2 du Code de l'action sociale et des familles modifié par la loi n°2013-403 du 17 mai 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
21. République Française. Article L224-4 du Code de l'action sociale et des familles [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
22. République Française. Article 370-3 du Code civil créé par la loi n°2001-111 du 6 février 2001 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
23. Kaufmann O. La Kafala. Accueil;2006.
24. Ministère des Affaires Étrangères. Les missions de l'autorité centrale pour l'adoption internationale. [Internet]. [cité 4 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/la-mission-de-l-adoption/les-missions-de-l-autorite/>
25. Enfance & Famille Adoption (EFA). Les chiffres de l'adoption internationale en 2014 [Internet]. [cité 4 mai 2015]. Disponible sur: [www.adoptionefa.org](http://www.adoptionefa.org)
26. D'Outrescaut P. L'adoption en France depuis 1939 [Internet]. [cité 13 mai 2015]. Disponible sur: <http://axiome-x.tripod.com/droit2/id7.html>
27. Conférence de La Haye. Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale du 29 mai 1993.
28. Hague Conference on private international law. Aperçu de la Convention de La Haye sur l'adoption internationale [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.hcch.net/index\\_fr.php?act=text.display&tid=45](http://www.hcch.net/index_fr.php?act=text.display&tid=45)
29. Hague Conference on private international law. Quelle est la différence entre signer, ratifier et adhérer à une Convention de La Haye? [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://hcch.net>
30. France Diplomatie. Dispositif de la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale du 29 mai 1993 [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/colonne-de-droite/textes-de-references-3632/convention-de-la-haye-du-29-mai/article/dispositif-de-la-convention-de-la-haye>
31. Hague Conference on private international law. À propos de la HCCH [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://hcch.net>
32. Coeur adoption. Pays qui ont ratifié la Convention de La Haye [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.coeuradoption.org/wiki/doku.php?id=tags:convention\\_de\\_la\\_haye](http://www.coeuradoption.org/wiki/doku.php?id=tags:convention_de_la_haye)
33. République Française. Loi n° 96-604 du 5 juillet 1996 relative à l'adoption [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
34. République Française. Loi n°2001-111 du 6 février 2001 relative à l'adoption internationale [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
35. République Française. Loi n° 2005-744 du 4 juillet 2005 portant réforme de l'adoption [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
36. Colombani J-M. Rapport sur l'adoption. 2008.
37. Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE). Vers une Union des droits de l'enfant? [Internet]. 2009 [cité 25 avr 2015]. Disponible sur: [http://www.lacode.be/IMG/pdf/analyse\\_20europe.pdf](http://www.lacode.be/IMG/pdf/analyse_20europe.pdf)
38. Commission du 4 juillet 2006. Vers une stratégie européenne sur les droits de l'enfant [Internet]. [cité 25 avr 2015]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content>
39. Parlement européen. Résolution du Parlement européen vers une stratégie européenne sur les droits de l'enfant [Internet]. 2008 [cité 25 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.europarl.europa.eu>

40. République Française. Articles L225-11 à 225-14 du Code de l'action sociale et des familles - JORF 23 janvier 2002 [Internet]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr>
41. France Diplomatie. Organismes autorisés pour l'adoption (OAA) [Internet]. [cité 25 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/les-acteurs-de-l-adoption-internationale/les-operateurs-de-l-adoption/organismes-autorises-pour-l/>
42. Agence Française de l'Adoption. Les pays partenaires de l'AFA [Internet]. [cité 4 mai 2015]. Disponible sur: <http://agence-adoption.fr/home>
43. Agence Française de l'Adoption. Les statistiques de l'AFA [Internet]. [cité 4 mai 2015]. Disponible sur: <http://agence-adoption.fr/lafa/presentation-de-lafa/>
44. France Diplomatie. Les fédérations d'OAA [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/les-acteurs-de-l-adoption-internationale/les-associations-et-les/article/les-federations-d-ooa>
45. Médecins du Monde. Adoption internationale [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/index.php/A-l-international/Adoption>
46. France Diplomatie. Fiches pays adoption [Internet]. [cité 18 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/comment-adopter-a-l-etranger/les-fiches-pays-de-l-adoption/fiches-pays-adoption/>
47. Enfance & Famille Adoption (EFA). L'agrément [Internet]. [cité 19 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.adoptionefa.org/index.php/les-demarches/l-agrement>
48. République Française. Les étapes de l'agrément [Internet]. [cité 21 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.adoption.gouv.fr/Les-etapes-de-ma-demande.html>
49. Médecins du Monde. Adopter avec Médecins du Monde [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.medecinsdumonde.org/fr/A-l-international/Adoption?gclid=CKve77m9\\_cYCFsHtAod1sBBg](http://www.medecinsdumonde.org/fr/A-l-international/Adoption?gclid=CKve77m9_cYCFsHtAod1sBBg)
50. Agence Française de l'Adoption. Vers quel pays se tourner? [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.agence-adoption.fr/lafa-vous-accompagne/du-pre-dossier-au-dossier-2/2/>
51. Agence Française de l'Adoption. Chemin de l'adoption [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.agence-adoption.fr/page-test-guide-de-ladoption/chemin-de-ladoption/>
52. Agence Française de l'Adoption. La procédure à l'étranger [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.agence-adoption.fr/page-test-guide-de-ladoption/comment-adopter-a-letranger/la-procedure-a-letranger/>
53. Enfance & Famille Adoption (EFA). Comment adopter? [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.adoptionefa.org/index.php/questions-generales/comment-adopter#p11>
54. France Diplomatie. Adopter en Colombie [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/comment-adopter-a-l-etranger/les-fiches-pays-de-l-adoption-internationale/fiches-pays-adoption/article/adopter-en-colombie>
55. Médecins du Monde. Mission Adoption: évolution et statistiques en 2014.
56. Agence Française de l'Adoption. Visas long séjour et circulation des enfants adoptés [Internet]. [cité 28 mai 2015]. Disponible sur: [http://agence-adoption.fr/home/IMG/pdf/Visas\\_long\\_sejour\\_adoption106.pdf](http://agence-adoption.fr/home/IMG/pdf/Visas_long_sejour_adoption106.pdf)
57. France Diplomatie. Le suivi post-adoption [Internet]. [cité 22 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/les-acteurs-de-l-adoption-internationale/les-conseils-generaux/article/le-suivi-post-adoption>
58. République Française. Les fiches de l'adoption internationale [Internet]. [cité 21 mai

- 2015]. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/comment-adopter-a-l-etranger/les-fiches-pays-de-l-adoption-internationale/>
59. Braudo S. Dictionnaire du droit privé français [Internet]. [cité 22 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-juridique.com>
  60. Denechere Y. Des enfants venus de loin. Histoire de l'adoption internationale en France. Armand Colin;2011. Armand Colin. 2011.
  61. Ministère des Affaires Étrangères. L'adoption internationale en France. Statistiques 2014 [Internet]. [cité 14 mai 2015]. Disponible sur: <http://diplomatie.gouv.fr>
  62. Mignot JF. L'adoption internationale dans le monde: les raisons du déclin. Populations et Sociétés. 2015;519.
  63. Mingita L. La procédure en « flux inversé » à l'AFA. Accueil. 2014;172.
  64. Oliván Gonzalvo G. Adopción en China des niños con necesidades especiales: el « pasaje verde ». An Pediatr (Barc). 2007;67(4):374-377.
  65. Agence Française de l'Adoption. Qu'est-ce qu'un enfant à besoins spécifiques? [Internet]. [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.agence-adoption.fr/page-test-guide-de-ladoption/adopter-un-enfant-a-besoins-specifiques>
  66. Ministère des Affaires Étrangères. L'adoption internationale en France Statistiques 2013 [Internet]. [cité 20 mai 2015]. Disponible sur: <http://diplomatie.gouv.fr>
  67. Ministère des Affaires Étrangères. L'adoption internationale. Statistiques 2012 [Internet]. [cité 20 mai 2015]. Disponible sur: <http://diplomatie.gouv.fr>
  68. HALIFAX J., LABASQUE M-V. Étude relative au devenir des enfants adoptés en France et à l'international. CREA I de Picardie;2013 Avr. 134 p.
  69. Enfance Avenir. Adoption en Russie [Internet]. [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: <http://enfanceavenir.org/adoptions/index.html>
  70. Dartiguenave C. Adoption internationale: évolution des risques de santé chez les enfants. Bull. Soc. Pathol. Exot (2012) 105:109-114.
  71. McGuinness T, Dyer J. International Adoption as a Natural Experiment. Journal of Pediatric Nursing. 2006;21(4):276-288.
  72. Groza V, Ryan S. Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs and international adoptions. Psychoneuroendocrinology. 2002;27:181-197.
  73. Agence Française de l'Adoption. Histoire personnelle lourde [Internet]. [cité 9 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.agence-adoption.fr/page-test-guide-de-ladoption/adopter-un-enfant-a-besoins-specifiques/handicap-et-etat-de-sante/>
  74. Lombard S. Aider les familles à avancer sur le renoncement à l'enfant idéal. Revue Humanitaire. 2012;31.
  75. Guilhaire Schubart I. Travailler nos propres représentations et notre professionnalisme sur l'adoption d'enfants à besoins spécifiques. Rev Humanit [Internet]. 26 avr 2012;(31/2012). Disponible sur: <http://humanitaire.revues.org/1229>
  76. Bedoret M et al. Les nouveaux aspects juridiques de l'adoption: quelques thématiques spécifiques. Larcier;2009.
  77. Enfance & Famille Adoption (EFA). Débats autour de l'adoption [Internet]. [cité 12 juin 2015]. Disponible sur: <http://adoptionefa.org/index.php/questions-generales/debat-autour-de-l-adoption#p3>
  78. André-Trévenec G. L'adoption internationale en pleine mutation. Revue Humanitaire. 2012;31.
  79. Les cahiers de l'AFA. Les besoins spéciaux des enfants à particularité. Les cahiers de l'AFA. 2008;6.
  80. André-Trévenec G. Adoption internationale: l'accompagnement de la parentalité adoptive des postulants au-delà de l'agrément. Enfances & Psy. 2013;59.

81. McGlone K, Santos L, Kazama L, Fong R, Mueller C. Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare*. 2002;81(2):151-171.
82. André-Trévenec G, Cadoret A. Regards croisés: Le devenir des enfants adoptés à l'international. 2009.
83. McInturf JW. Preparing special-needs children for adoption through use of a life book. *Child Welfare*. 1986;65(4):373-386. *Child Welfare*.
84. Agence Française de l'Adoption. Préparation à l'adoption de l'enfant et des adoptants. [Internet]. [cité 12 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.agence-adoption.fr/wp-content/uploads/2013/12/Preparation\\_a\\_l\\_adoption\\_de\\_l\\_enfant\\_et\\_des\\_adoptants1.pdf](http://www.agence-adoption.fr/wp-content/uploads/2013/12/Preparation_a_l_adoption_de_l_enfant_et_des_adoptants1.pdf)

## ANNEXES

### Annexe 1 : Convention de La Haye du 25 mai 1993



#### 33. CONVENTION SUR LA PROTECTION DES ENFANTS ET LA COOPÉRATION EN MATIÈRE D'ADOPTION INTERNATIONALE<sup>1</sup>

(Conclue le 29 mai 1993)

Les Etats signataires de la présente Convention,  
Reconnaissant que, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, l'enfant doit grandir dans un milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension,  
Rappelant que chaque Etat devrait prendre, par priorité, des mesures appropriées pour permettre le maintien de l'enfant dans sa famille d'origine,  
Reconnaissant que l'adoption internationale peut présenter l'avantage de donner une famille permanente à l'enfant pour lequel une famille appropriée ne peut être trouvée dans son Etat d'origine,  
Convaincus de la nécessité de prévoir des mesures pour garantir que les adoptions internationales aient lieu dans l'intérêt supérieur de l'enfant et le respect de ses droits fondamentaux, ainsi que pour prévenir l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants,  
Désirant établir à cet effet des dispositions communes qui tiennent compte des principes reconnus par les instruments internationaux, notamment par la *Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant*, du 20 novembre 1989, et par la Déclaration des Nations Unies sur les principes sociaux et juridiques applicables à la protection et au bien-être des enfants, envisagés surtout sous l'angle des pratiques en matière d'adoption et de placement familial sur les plans national et international (Résolution de l'Assemblée générale 41/85, du 3 décembre 1986),  
Sont convenus des dispositions suivantes :

#### CHAPITRE I – CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION

##### Article premier

La présente Convention a pour objet :

- a) d'établir des garanties pour que les adoptions internationales aient lieu dans l'intérêt supérieur de l'enfant et dans le respect des droits fondamentaux qui lui sont reconnus en droit international ;
- b) d'instaurer un système de coopération entre les Etats contractants pour assurer le respect de ces garanties et prévenir ainsi l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants ;
- c) d'assurer la reconnaissance dans les Etats contractants des adoptions réalisées selon la Convention.

##### Article 2

1. La Convention s'applique lorsqu'un enfant résidant habituellement dans un Etat contractant (« l'Etat d'origine ») a été, est ou doit être déplacé vers un autre Etat contractant (« l'Etat d'accueil »), soit après son adoption dans l'Etat d'origine par des époux ou une personne résidant habituellement dans l'Etat d'accueil, soit en vue d'une telle adoption dans l'Etat d'accueil ou dans l'Etat d'origine.

<sup>1</sup> Cette Convention, y compris la documentation y afférente, est disponible sur le site Internet de la Conférence de La Haye de droit international privé ([www.hcch.net](http://www.hcch.net)), sous la rubrique « Conventions » ou sous l'« Espace Adoption internationale ». Concernant l'historique complet de la Convention, voir Conférence de La Haye de droit international privé, *Actes et documents de la Dix-septième session (1993)*, tome II, *Adoption – coopération* (ISBN 90 399 0782 X, 659 p.).

2. La Convention ne vise que les adoptions établissant un lien de filiation.

#### Article 3

La Convention cesse de s'appliquer si les acceptations visées à l'article 17, lettre c), n'ont pas été données avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de dix-huit ans.

### CHAPITRE II – CONDITIONS DES ADOPTIONS INTERNATIONALES

#### Article 4

Les adoptions visées par la Convention ne peuvent avoir lieu que si les autorités compétentes de l'Etat d'origine :

- a) ont établi que l'enfant est adoptable ;
- b) ont constaté, après avoir dûment examiné les possibilités de placement de l'enfant dans son Etat d'origine, qu'une adoption internationale répond à l'intérêt supérieur de l'enfant ;
- c) se sont assurées
  - 1) que les personnes, institutions et autorités dont le consentement est requis pour l'adoption ont été entourées des conseils nécessaires et dûment informées sur les conséquences de leur consentement, en particulier sur le maintien ou la rupture, en raison d'une adoption, des liens de droit entre l'enfant et sa famille d'origine,
  - 2) que celles-ci ont donné librement leur consentement dans les formes légales requises, et que ce consentement a été donné ou constaté par écrit,
  - 3) que les consentements n'ont pas été obtenus moyennant paiement ou contrepartie d'aucune sorte et qu'ils n'ont pas été retirés, et
  - 4) que le consentement de la mère, s'il est requis, n'a été donné qu'après la naissance de l'enfant ; et
- d) se sont assurées, eu égard à l'âge et à la maturité de l'enfant,
  - 1) que celui-ci a été entouré de conseils et dûment informé sur les conséquences de l'adoption et de son consentement à l'adoption, si celui-ci est requis,
  - 2) que les souhaits et avis de l'enfant ont été pris en considération,
  - 3) que le consentement de l'enfant à l'adoption, lorsqu'il est requis, a été donné librement, dans les formes légales requises, et que son consentement a été donné ou constaté par écrit, et
  - 4) que ce consentement n'a pas été obtenu moyennant paiement ou contrepartie d'aucune sorte.

#### Article 5

Les adoptions visées par la Convention ne peuvent avoir lieu que si les autorités compétentes de l'Etat d'accueil :

- a) ont constaté que les futurs parents adoptifs sont qualifiés et aptes à adopter ;
- b) se sont assurées que les futurs parents adoptifs ont été entourés des conseils nécessaires ; et
- c) ont constaté que l'enfant est ou sera autorisé à entrer et à séjourner de façon permanente dans cet Etat.

### CHAPITRE III – AUTORITES CENTRALES ET ORGANISMES AGREES

#### Article 6

1. Chaque Etat contractant désigne une Autorité centrale chargée de satisfaire aux obligations qui lui sont imposées par la Convention.
2. Un Etat fédéral, un Etat dans lequel plusieurs systèmes de droit sont en vigueur ou un Etat ayant des unités territoriales autonomes est libre de désigner plus d'une Autorité centrale et de spécifier l'étendue territoriale ou personnelle de leurs fonctions. L'Etat qui fait usage de cette faculté désigne l'Autorité centrale à laquelle toute communication peut être adressée en vue de sa transmission à l'Autorité centrale compétente au sein de cet Etat.

#### Article 7

1. Les Autorités centrales doivent coopérer entre elles et promouvoir une collaboration entre les autorités compétentes de leurs Etats pour assurer la protection des enfants et réaliser les autres objectifs de la Convention.

2. Elles prennent directement toutes mesures appropriées pour :

- a) fournir des informations sur la législation de leurs Etats en matière d'adoption et d'autres informations générales, telles que des statistiques et formules types ;
- b) s'informer mutuellement sur le fonctionnement de la Convention et, dans la mesure du possible, lever les obstacles à son application.

#### Article 8

Les Autorités centrales prennent, soit directement, soit avec le concours d'autorités publiques, toutes mesures appropriées pour prévenir les gains matériels indus à l'occasion d'une adoption et empêcher toute pratique contraire aux objectifs de la Convention.

#### Article 9

Les Autorités centrales prennent, soit directement, soit avec le concours d'autorités publiques ou d'organismes dûment agréés dans leur Etat, toutes mesures appropriées, notamment pour :

- a) rassembler, conserver et échanger des informations relatives à la situation de l'enfant et des futurs parents adoptifs, dans la mesure nécessaire à la réalisation de l'adoption ;
- b) faciliter, suivre et activer la procédure en vue de l'adoption ;
- c) promouvoir dans leurs Etats le développement de services de conseils pour l'adoption et pour le suivi de l'adoption ;
- d) échanger des rapports généraux d'évaluation sur les expériences en matière d'adoption internationale ;
- e) répondre, dans la mesure permise par la loi de leur Etat, aux demandes motivées d'informations sur une situation particulière d'adoption formulées par d'autres Autorités centrales ou par des autorités publiques.

#### Article 10

Peuvent seuls bénéficier de l'agrément et le conserver les organismes qui démontrent leur aptitude à remplir correctement les missions qui pourraient leur être confiées.

#### Article 11

Un organisme agréé doit :

- a) poursuivre uniquement des buts non lucratifs dans les conditions et limites fixées par les autorités compétentes de l'Etat d'agrément ;
- b) être dirigé et géré par des personnes qualifiées par leur intégrité morale et leur formation ou expérience pour agir dans le domaine de l'adoption internationale ; et
- c) être soumis à la surveillance d'autorités compétentes de cet Etat pour sa composition, son fonctionnement et sa situation financière.

#### Article 12

Un organisme agréé dans un Etat contractant ne pourra agir dans un autre Etat contractant que si les autorités compétentes des deux Etats l'ont autorisé.



#### Article 13

La désignation des Autorités centrales et, le cas échéant, l'étendue de leurs fonctions, ainsi que le nom et l'adresse des organismes agréés, sont communiqués par chaque Etat contractant au Bureau Permanent de la Conférence de La Haye de droit international privé.

#### CHAPITRE IV – CONDITIONS PROCEDURALES DE L'ADOPTION INTERNATIONALE

#### Article 14

Les personnes résidant habituellement dans un Etat contractant, qui désirent adopter un enfant dont la résidence habituelle est située dans un autre Etat contractant, doivent s'adresser à l'Autorité centrale de l'Etat de leur résidence habituelle.

#### Article 15

1. Si l'Autorité centrale de l'Etat d'accueil considère que les requérants sont qualifiés et aptes à adopter, elle établit un rapport contenant des renseignements sur leur identité, leur capacité légale et leur aptitude à adopter, leur situation personnelle, familiale et médicale, leur milieu social, les motifs qui les animent, leur aptitude à assumer une adoption internationale, ainsi que sur les enfants qu'ils seraient aptes à prendre en charge.
2. Elle transmet le rapport à l'Autorité centrale de l'Etat d'origine.

#### Article 16

1. Si l'Autorité centrale de l'Etat d'origine considère que l'enfant est adoptable,
  - a) elle établit un rapport contenant 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, ainsi que sur ses besoins particuliers ;
  - b) elle tient dûment compte des conditions d'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse et culturelle ;
  - c) elle s'assure que les consentements visés à l'article 4 ont été obtenus ; et
  - d) elle constate, en se fondant notamment sur les rapports concernant l'enfant et les futurs parents adoptifs, que le placement envisagé est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
2. Elle transmet à l'Autorité centrale de l'Etat d'accueil son rapport sur l'enfant, la preuve des consentements requis et les motifs de son constat sur le placement, en veillant à ne pas révéler l'identité de la mère et du père, si, dans l'Etat d'origine, cette identité ne peut pas être divulguée.

#### Article 17

- Toute décision de confier un enfant à des futurs parents adoptifs ne peut être prise dans l'Etat d'origine que
- a) si l'Autorité centrale de cet Etat s'est assurée de l'accord des futurs parents adoptifs ;
  - b) si l'Autorité centrale de l'Etat d'accueil a approuvé cette décision, lorsque la loi de cet Etat ou l'Autorité centrale de l'Etat d'origine le requiert ;
  - c) si les Autorités centrales des deux Etats ont accepté que la procédure en vue de l'adoption se poursuive ; et
  - d) s'il a été constaté conformément à l'article 5 que les futurs parents adoptifs sont qualifiés et aptes à adopter et que l'enfant est ou sera autorisé à entrer et à séjourner de façon permanente dans l'Etat d'accueil.

#### Article 18

Les Autorités centrales des deux Etats prennent toutes mesures utiles pour que l'enfant reçoive l'autorisation de sortie de l'Etat d'origine, ainsi que celle d'entrée et de séjour permanent dans l'Etat d'accueil.

#### Article 19

1. Le déplacement de l'enfant vers l'Etat d'accueil ne peut avoir lieu que si les conditions de l'article 17 ont été remplies.
2. Les Autorités centrales des deux Etats veillent à ce que ce déplacement s'effectue en toute sécurité, dans des conditions appropriées et, si possible, en compagnie des parents adoptifs ou des futurs parents adoptifs.
3. Si ce déplacement n'a pas lieu, les rapports visés aux articles 15 et 16 sont renvoyés aux autorités expéditrices.

#### Article 20

Les Autorités centrales se tiennent informées sur la procédure d'adoption et les mesures prises pour la mener à terme, ainsi que sur le déroulement de la période probatoire, lorsque celle-ci est requise.

#### Article 21

1. Lorsque l'adoption doit avoir lieu après le déplacement de l'enfant dans l'Etat d'accueil et que l'Autorité centrale de cet Etat considère que le maintien de l'enfant dans la famille d'accueil n'est plus de son intérêt supérieur, cette Autorité prend les mesures utiles à la protection de l'enfant, en vue notamment :
  - a) de retirer l'enfant aux personnes qui désiraient l'adopter et d'en prendre soin provisoirement ;
  - b) en consultation avec l'Autorité centrale de l'Etat d'origine, d'assurer sans délai un nouveau placement de l'enfant en vue de son adoption ou, à défaut, une prise en charge alternative durable ; une adoption ne peut avoir lieu que si l'Autorité centrale de l'Etat d'origine a été dûment informée sur les nouveaux parents adoptifs ;
  - c) en dernier ressort, d'assurer le retour de l'enfant, si son intérêt l'exige.
2. Eu égard notamment à l'âge et à la maturité de l'enfant, celui-ci sera consulté et, le cas échéant, son consentement obtenu sur les mesures à prendre conformément au présent article.

#### Article 22

1. Les fonctions conférées à l'Autorité centrale par le présent chapitre peuvent être exercées par des autorités publiques ou par des organismes agréés conformément au chapitre III, dans la mesure prévue par la loi de son Etat.
2. Un Etat contractant peut déclarer auprès du dépositaire de la Convention que les fonctions conférées à l'Autorité centrale par les articles 15 à 21 peuvent aussi être exercées dans cet Etat, dans la mesure prévue par la loi et sous le contrôle des autorités compétentes de cet Etat, par des organismes ou personnes qui :
  - a) remplissent les conditions de moralité, de compétence professionnelle, d'expérience et de responsabilité requises par cet Etat ; et
  - b) sont qualifiées par leur intégrité morale et leur formation ou expérience pour agir dans le domaine de l'adoption internationale.
3. L'Etat contractant qui fait la déclaration visée au paragraphe 2 informe régulièrement le Bureau Permanent de la Conférence de La Haye de droit international privé des noms et adresses de ces organismes et personnes.
4. Un Etat contractant peut déclarer auprès du dépositaire de la Convention que les adoptions d'enfants dont la résidence habituelle est située sur son territoire ne peuvent avoir lieu que si les fonctions conférées aux Autorités centrales sont exercées conformément au paragraphe premier.

5. Nonobstant toute déclaration effectuée conformément au paragraphe 2, les rapports prévus aux articles 15 et 16 sont, dans tous les cas, établis sous la responsabilité de l'Autorité centrale ou d'autres autorités ou organismes, conformément au paragraphe premier.

#### CHAPITRE V – RECONNAISSANCE ET EFFETS DE L'ADOPTION

##### Article 23

1. Une adoption certifiée conforme à la Convention par l'autorité compétente de l'Etat contractant où elle a eu lieu est reconnue de plein droit dans les autres Etats contractants. Le certificat indique quand et par qui les acceptations visées à l'article 17, lettre c), ont été données.
2. Tout Etat contractant, au moment de la signature, de la ratification, de l'acceptation, de l'approbation ou de l'adhésion, notifiera au dépositaire de la Convention l'identité et les fonctions de l'autorité ou des autorités qui, dans cet Etat, sont compétentes pour délivrer le certificat. Il lui notifiera aussi toute modification dans la désignation de ces autorités.

##### Article 24

La reconnaissance d'une adoption ne peut être refusée dans un Etat contractant que si l'adoption est manifestement contraire à son ordre public, compte tenu de l'intérêt supérieur de l'enfant.

##### Article 25

Tout Etat contractant peut déclarer au dépositaire de la Convention qu'il ne sera pas tenu de reconnaître en vertu de celle-ci les adoptions faites conformément à un accord conclu en application de l'article 39, paragraphe 2.

##### Article 26

1. La reconnaissance de l'adoption comporte celle
  - a) du lien de filiation entre l'enfant et ses parents adoptifs ;
  - b) de la responsabilité parentale des parents adoptifs à l'égard de l'enfant ;
  - c) de la rupture du lien préexistant de filiation entre l'enfant et sa mère et son père, si l'adoption produit cet effet dans l'Etat contractant où elle a eu lieu.
2. Si l'adoption a pour effet de rompre le lien préexistant de filiation, l'enfant jouit, dans l'Etat d'accueil et dans tout autre Etat contractant où l'adoption est reconnue, des droits équivalents à ceux résultant d'une adoption produisant cet effet dans chacun de ces Etats.
3. Les paragraphes précédents ne portent pas atteinte à l'application de toute disposition plus favorable à l'enfant, en vigueur dans l'Etat contractant qui reconnaît l'adoption.

##### Article 27

1. Lorsqu'une adoption faite dans l'Etat d'origine n'a pas pour effet de rompre le lien préexistant de filiation, elle peut, dans l'Etat d'accueil qui reconnaît l'adoption conformément à la Convention, être convertie en une adoption produisant cet effet,
  - a) si le droit de l'Etat d'accueil le permet ; et
  - b) si les consentements visés à l'article 4, lettres c) et d), ont été ou sont donnés en vue d'une telle adoption.
2. L'article 23 s'applique à la décision de conversion.

## CHAPITRE VI – DISPOSITIONS GENERALES

### Article 28

La Convention ne déroge pas aux lois de l'Etat d'origine qui requièrent que l'adoption d'un enfant résidant habituellement dans cet Etat doive avoir lieu dans cet Etat ou qui interdisent le placement de l'enfant dans l'Etat d'accueil ou son déplacement vers cet Etat avant son adoption.

### Article 29

Aucun contact entre les futurs parents adoptifs et les parents de l'enfant ou toute autre personne qui a la garde de celui-ci ne peut avoir lieu tant que les dispositions de l'article 4, lettres a) à c), et de l'article 5, lettre a), n'ont pas été respectées, sauf si l'adoption a lieu entre membres d'une même famille ou si les conditions fixées par l'autorité compétente de l'Etat d'origine sont remplies.

### Article 30

1. Les autorités compétentes d'un Etat contractant veillent à conserver les informations qu'elles détiennent sur les origines de l'enfant, notamment celles relatives à l'identité de sa mère et de son père, ainsi que les données sur le passé médical de l'enfant et de sa famille.
2. Elles assurent l'accès de l'enfant ou de son représentant à ces informations, avec les conseils appropriés, dans la mesure permise par la loi de leur Etat.

### Article 31

Sous réserve de l'article 30, les données personnelles rassemblées ou transmises conformément à la Convention, en particulier celles visées aux articles 15 et 16, ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles pour lesquelles elles ont été rassemblées ou transmises.

### Article 32

1. Nul ne peut tirer un gain matériel indu en raison d'une intervention à l'occasion d'une adoption internationale.
2. Seuls peuvent être demandés et payés les frais et dépenses, y compris les honoraires raisonnables des personnes qui sont intervenues dans l'adoption.
3. Les dirigeants, administrateurs et employés d'organismes intervenant dans une adoption ne peuvent recevoir une rémunération disproportionnée par rapport aux services rendus.

### Article 33

Toute autorité compétente qui constate qu'une des dispositions de la Convention a été méconnue ou risque manifestement de l'être en informe aussitôt l'Autorité centrale de l'Etat dont elle relève. Cette Autorité centrale a la responsabilité de veiller à ce que les mesures utiles soient prises.

### Article 34

Si l'autorité compétente de l'Etat destinataire d'un document le requiert, une traduction certifiée conforme doit être produite. Sauf dispense, les frais de traduction sont à la charge des futurs parents adoptifs.

#### Article 35

Les autorités compétentes des Etats contractants agissent rapidement dans les procédures d'adoption.

#### Article 36

Au regard d'un Etat qui connaît, en matière d'adoption, deux ou plusieurs systèmes de droit applicables dans des unités territoriales différentes :

- a) toute référence à la résidence habituelle dans cet Etat vise la résidence habituelle dans une unité territoriale de cet Etat ;
- b) toute référence à la loi de cet Etat vise la loi en vigueur dans l'unité territoriale concernée ;
- c) toute référence aux autorités compétentes ou aux autorités publiques de cet Etat vise les autorités habilitées à agir dans l'unité territoriale concernée ;
- d) toute référence aux organismes agréés de cet Etat vise les organismes agréés dans l'unité territoriale concernée.

#### Article 37

Au regard d'un Etat qui connaît, en matière d'adoption, deux ou plusieurs systèmes de droit applicables à des catégories différentes de personnes, toute référence à la loi de cet Etat vise le système de droit désigné par le droit de celui-ci.

#### Article 38

Un Etat dans lequel différentes unités territoriales ont leurs propres règles de droit en matière d'adoption ne sera pas tenu d'appliquer la Convention lorsqu'un Etat dont le système de droit est unifié ne serait pas tenu de l'appliquer.

#### Article 39

1. La Convention ne déroge pas aux instruments internationaux auxquels des Etats contractants sont Parties et qui contiennent des dispositions sur les matières réglées par la présente Convention, à moins qu'une déclaration contraire ne soit faite par les Etats liés par de tels instruments.

2. Tout Etat contractant pourra conclure avec un ou plusieurs autres Etats contractants des accords en vue de favoriser l'application de la Convention dans leurs rapports réciproques. Ces accords ne pourront déroger qu'aux dispositions des articles 14 à 16 et 18 à 21. Les Etats qui auront conclu de tels accords en transmettront une copie au dépositaire de la Convention.

#### Article 40

Aucune réserve à la Convention n'est admise.

#### Article 41

La Convention s'applique chaque fois qu'une demande visée à l'article 14 a été reçue après l'entrée en vigueur de la Convention dans l'Etat d'accueil et l'Etat d'origine.

#### Article 42

Le Secrétaire général de la Conférence de La Haye de droit international privé convoque périodiquement une Commission spéciale afin d'examiner le fonctionnement pratique de la Convention.

## CHAPITRE VII – CLAUSES FINALES

### Article 43

1. La Convention est ouverte à la signature des Etats qui étaient Membres de la Conférence de La Haye de droit international privé lors de sa Dix-septième session et des autres Etats qui ont participé à cette Session.
2. Elle sera ratifiée, acceptée ou approuvée et les instruments de ratification, d'acceptation ou d'approbation seront déposés auprès du Ministère des Affaires Etrangères du Royaume des Pays-Bas, dépositaire de la Convention.

### Article 44

1. Tout autre Etat pourra adhérer à la Convention après son entrée en vigueur en vertu de l'article 46, paragraphe 1.
2. L'instrument d'adhésion sera déposé auprès du dépositaire.
3. L'adhésion n'aura d'effet que dans les rapports entre l'Etat adhérent et les Etats contractants qui n'auront pas élevé d'objection à son encontre dans les six mois après la réception de la notification prévue à l'article 48, lettre b). Une telle objection pourra également être élevée par tout Etat au moment d'une ratification, acceptation ou approbation de la Convention, ultérieure à l'adhésion. Ces objections seront notifiées au dépositaire.

### Article 45

1. Un Etat qui comprend deux ou plusieurs unités territoriales dans lesquelles des systèmes de droit différents s'appliquent aux matières régies par cette Convention pourra, au moment de la signature, de la ratification, de l'acceptation, de l'approbation ou de l'adhésion, déclarer que la présente Convention s'appliquera à toutes ses unités territoriales ou seulement à l'une ou à plusieurs d'entre elles, et pourra à tout moment modifier cette déclaration en faisant une nouvelle déclaration.
2. Ces déclarations seront notifiées au dépositaire et indiqueront expressément les unités territoriales auxquelles la Convention s'applique.
3. Si un Etat ne fait pas de déclaration en vertu du présent article, la Convention s'appliquera à l'ensemble du territoire de cet Etat.

### Article 46

1. La Convention entrera en vigueur le premier jour du mois suivant l'expiration d'une période de trois mois après le dépôt du troisième instrument de ratification, d'acceptation ou d'approbation prévu par l'article 43.
2. Par la suite, la Convention entrera en vigueur :
  - a) pour chaque Etat ratifiant, acceptant ou approuvant postérieurement, ou adhérent, le premier jour du mois suivant l'expiration d'une période de trois mois après le dépôt de son instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation ou d'adhésion ;
  - b) pour les unités territoriales auxquelles la Convention a été étendue conformément à l'article 45, le premier jour du mois suivant l'expiration d'une période de trois mois après la notification visée dans cet article.

### Article 47

1. Tout Etat Partie à la Convention pourra dénoncer celle-ci par une notification adressée par écrit au dépositaire.
2. La dénonciation prendra effet le premier jour du mois suivant l'expiration d'une période de douze mois après la date de réception de la notification par le dépositaire. Lorsqu'une période plus longue

pour la prise d'effet de la dénonciation est spécifiée dans la notification, la dénonciation prendra effet à l'expiration de la période en question après la date de réception de la notification.

#### Article 48

Le dépositaire notifiera aux Etats membres de la Conférence de La Haye de droit international privé, aux autres Etats qui ont participé à la Dix-septième session, ainsi qu'aux Etats qui auront adhéré conformément aux dispositions de l'article 44 :

- a) les signatures, ratifications, acceptations et approbations visées à l'article 43 ;
- b) les adhésions et les objections aux adhésions visées à l'article 44 ;
- c) la date à laquelle la Convention entrera en vigueur conformément aux dispositions de l'article 46 ;
- d) les déclarations et les désignations mentionnées aux articles 22, 23, 25 et 45 ;
- e) les accords mentionnés à l'article 39 ;
- f) les dénonciations visées à l'article 47.

En foi de quoi, les soussignés, dûment autorisés, ont signé la présente Convention.

Fait à La Haye, le 29 mai 1993, en français et en anglais, les deux textes faisant également foi, en un seul exemplaire, qui sera déposé dans les archives du Gouvernement du Royaume des Pays-Bas et dont une copie certifiée conforme sera remise, par la voie diplomatique, à chacun des Etats membres de la Conférence de La Haye de droit international privé lors de la Dix-septième session, ainsi qu'à chacun des autres Etats ayant participé à cette Session.

## Annexe 2 : Questionnaire à joindre à la demande d'agrément

<p style="text-align: center;"><b>QUESTIONNAIRE</b> <b>A L'ATTENTION DU OU DES CANDIDATS A L'ADOPTION</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DEMANDE D'AGRÉMENT EN VUE D'ADOPTION</b></p>
--

Déposée par Monsieur et/ou Madame :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone du domicile :

Numéros de téléphone auxquels vous pouvez être joints dans la journée :

Monsieur :

Madame :



**- Identification de Monsieur**

**1 - Etat civil**

NOM Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

**2 - Composition de la famille de Monsieur**

NOM Prénom du père :

Date de naissance :

NOM Prénom de la mère

Date de naissance :

Adresse des parents :

Nombre de frères et soeurs :

**3 - Situation familiale actuelle**

Marié

Divorcé

Célibataire

Pacsé

Veuf

Concubin

*(indiquer la date)*

**4 - Situation familiale antérieure.  
s'il y a lieu :**

Mariage  Vie commune  Veuvage  Séparation  Divorce

Pacs  Célibat

Dates :

**- Identification de Madame**

**1 - Etat civil**

NOM Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

**2 - Composition de la famille de Madame**

NOM Prénom du père :

Date de naissance :

NOM Prénom de la mère

Date de naissance :

Adresse des parents :

Nombre de frères et soeurs :

**3 - Situation familiale actuelle**

Mariée

Divorcée

Célibataire

Pacsée

Veuve

Concubine

*(indiquer la date)*

**4 - Situation familiale antérieure,  
s'il y a lieu :**

Mariage  Vie commune  Veuvage  Séparation  Divorce

Pacs  Célibat

Dates :

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

<b>Monsieur</b>	<b>Madame</b>
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse :	Adresse :

**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX ET SOCIAUX**

**ENFANTS DU COUPLE**

Il s'agit des enfants du couple, que ceux-ci soient au foyer ou en dehors du foyer.

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Filiation biologique ou adoptive</b>	<b>Adresse actuelle</b>	<b>Situation scolaire ou professionnelle</b>

**ENFANTS DE MADAME**

Il s'agit des enfants de Madame, que ceux-ci soient au foyer ou en dehors du foyer.

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Filiation biologique ou adoptive</b>	<b>Adresse actuelle</b>	<b>Situation scolaire ou professionnelle</b>

**ENFANTS DE MONSIEUR**

Il s'agit des enfants de Monsieur, que ceux-ci soient au foyer ou en dehors du foyer.

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Filiation biologique ou adoptive</b>	<b>Adresse actuelle</b>	<b>Situation scolaire ou professionnelle</b>

**PERSONNES AU FOYER, AUTRES QUE LES ENFANTS**

Il s'agit d'indiquer le nombre des personnes vivant en permanence dans votre foyer ou susceptibles d'y faire des séjours prolongés (plusieurs mois) : parents, grands-parents, membres de la famille, ...

<b>Nom de la personne</b>	<b>Lien de parenté</b>	<b>Temps de présence</b>

**BUDGET**

<b>Ressources</b>	<b>Charges</b>
Salaire mensuel net de Monsieur :	Montant du loyer :
Salaire mensuel net de Madame :	Montant du remboursement d'emprunts :
Autres revenus :	Autres charges

**LOGEMENT**

Nombre de pièces, éventuellement surface habitable :

Etes-vous locataire ?

Etes-vous propriétaire ?

Observations :

### **VOTRE PROJET D'ADOPTION**

S'agit-il d'une première demande ?

Oui

Non

Avez-vous déjà sollicité un agrément dans un autre département ?

Oui

Non

Si oui,

- Dans quel département ?
- En quelle année ? :
- Suite donnée :

S'il s'agit d'une demande de renouvellement, veuillez indiquer la date de l'agrément initial :

Avez-vous déjà participé à une réunion d'information :

du conseil général ?	oui	non
à quelle date ?		

D'autres organismes ?	oui	non
à quelle date ?		

Avez-vous eu un entretien individuel avec un responsable du service de l'aide sociale à l'enfance ? :

Oui

non

1 - Depuis quand pensez-vous à l'adoption ? et pour quelles raisons ?

2 - Les membres de votre famille sont-ils informés de votre démarche ?

Si non, pourquoi ?

Si oui, qu'en pensent-ils ?

3 - Avez-vous une préférence en ce qui concerne l'âge de l'enfant ? Pourquoi ?

4 - Avez-vous une préférence en ce qui concerne l'origine de l'enfant (européenne, asiatique, maghrébine ...) ?

5 - Accepteriez-vous plusieurs enfants d'une même fratrie ?

6 - Pourriez-vous envisager l'adoption d'un enfant ayant un problème de santé ?

7 - Pourriez-vous envisager l'adoption d'un enfant ayant un handicap ?

Les entretiens avec le travailleur social et le psychologue seront l'occasion d'échanges pour développer vos réflexions et préciser vos intentions concernant votre projet d'adopter un enfant.

A la fin de la procédure d'évaluation en vue de l'agrément, vous pourrez, si vous le souhaitez, préciser par écrit ce qu'est votre projet d'adoption à ce moment-là.

Fait à

Fait à

Le

le

Signature de Monsieur :

Signature de Madame :



## **Annexe 3 : Exemples de questionnaires de suivi**

### **Annexe 3.1) Questionnaire pour le suivi des enfants adoptés en Colombie**

#### **ANNEXE III**

##### **INFORMATIONS MINIMALES DEMANDEES PAR L'ICBF ET DEVANT FIGURER DANS LES RAPPORTS DE SUIVI POST-ADOPTION**

Date de réalisation du rapport :

Entité élaborant le rapport :

Région d'origine de l'enfant :

Nom de l'enfant :

Age :

Race :

Numéro du rapport :

Pays d'accueil :

---

#### **1. Socialisation**

1.1 Adaptation de l'enfant à ses parents

1.2 Adaptation aux frères et sœurs (le cas échéant)

- 1.3 Adaptation à la famille élargie et aux amis
- 1.4 Fréquentation d'un établissement scolaire
- 1.5 Développement et insertion de l'enfant dans cet établissement

**2. Bilan complet**

- 2.1 Poids
- 2.2 Taille
- 2.3 Habitudes alimentaires
- 2.4 Contrôle des sphincters
- 2.5 Développement psychomoteur
- 2.6 Développement du langage
- 2.7 Développement intellectuel
- 2.8 Sommeil : normal \_\_\_\_\_ ou agité \_\_\_\_\_ cause  
\_\_\_\_\_
- 2.9 Activités favorites
- 2.10 Aptitudes et intérêts
- 2.11 Caractère

**3. Santé**

- 3.1 Etat de santé général
- 3.2 Pathologie éventuelle
- 3.3 Diagnostic

3.4 Pronostic et traitement

**4. Origine**

4.1 Inquiétude de l'enfant par rapport à ses origines

4.2 Envie de prendre contact avec sa famille biologique

**5. Points spécifiques à prendre en compte influant sur l'insertion de l'enfant dans sa nouvelle famille**

**6. Autres faits marquants dans la vie de l'enfant survenus avant son adoption**

(traduction)

INFORMACION MINIMA REQUERIDA EN LOS REPORTES DE SEGUIMIENTO  
POST ADOPCION

Fecha de realizacion del informe :

Entidad que elabora el informe :

Regional de donde procede el niño :

Nombre del niño/a :

Fecha de Nacimiento :

Edad :

Raza :

Informe N° :

Pais de recepcion :

1. Socializacion

1.1 Adaptacion del niño/a a sus padres

1.2 Adaptacion con sus hermanos (si los hay)

1.3 Adaptacion con la familia extensa y amigos

1.4 Se encuentra el niño/a asistiendo a alguna institucion educativa

1.5 Como ha sido su desenvolvimiento e integracion en ella

2. Valoracion integral

2.1 Peso

2.2 Talla

2.3 Habitos alimenticios

2.4 Control de esfinteres

2.5 Desarrollo Psicomotriz

2.6 Desarrollo del lenguaje

2.7 Desarrollo de la Inteligencia

2.8 Sueño : Normal \_\_\_\_\_ Alterado \_\_\_\_\_ Porque : \_\_\_\_\_

2.9 Actividades preferidas

2.10 Habilidades e intereses

2.11 Caracter

3. Salud

3.1 Estado general

3.2 El niño presenta alguna patologia

3.3 Diagnostico

3.4 Pronostico y tratamiento

4. Origenes

4.1 El niño expresa alguna inquietud por sus origines

4.2 Muestra algun interes por establecer contacto con su familia biologica ?

5. Aspectos especificos a tener en cuenta en relacion con la integracion del niño a su nueva familia

6. Otras experiencias importantes del niño, previas a la adopcion.

## Annexe 3.2) Questionnaire de suivi des enfants adoptés au Vietnam

Ministère de la Justice  
Département de l'Adoption internationale  
56-58-60 Tran Phu - Ha Noi  
Tel. (84-4)8231137-08048974- 08048400- 08048886  
Fax: (84-4) 7365227 - (84-4) 7344286 - 08048886

### Rapport sur l'évolution de l'enfant adopté

A l'attention du : - Département de l'adoption internationale - Ministère de la Justice  
- Service judiciaire de la ville/province .....

Date du rapport:.....  
Rapport N°:.....

#### Je/Nous soussignés :

Nom et prénoms du père:..... Nationalité:.....  
Nom de la mère:..... Nationalité:.....  
Domicile:<sup>(1)</sup>.....  
Dossier de demande d'adoption enregistré sous le numéro <sup>(2)</sup>..... via l'OAA  
..... du pays ....., de l'enfant ci-dessous:

Nom et prénoms de l'enfant adopté(e) avant l'adoption:.....  
Date de naissance:.....  
Centre (orphelinat) d'origine:.....  
Ayant été adopté(e) conformément à la Décision de l'adoption N° .....  
du.....du Comité populaire de la ville/province.....

#### Nous nous permettons de vous faire le rapport relatif à l'évolution de notre enfant adopté(e) comme suit :

-Nom et prénoms après l'adoption:.....  
L'adoption de l'enfant ci-dessus a été reconnue par<sup>(3)</sup>.....,  
ayant rendu la Décision de reconnaissance du pays d'accueil (s'il y en lieu) N° .....  
(date)..... (mois) ..... (année).....  
Date de la naturalisation de l'enfant adopté(e) du pays d'accueil: .....

1

#### Nota bene:

<sup>1</sup> Si la famille change de domicile, préciser le nouveau domicile.

<sup>2</sup> Mentionner le N° d'enregistrement du dossier lorsqu'il est remis au ministère de la justice du Vietnam.

<sup>3</sup> Préciser l'Autorité compétente ou le Tribunal du pays d'accueil ayant rendu la reconnaissance de l'adoption.

Ministère de la Justice  
Département de l'Adoption internationale  
56-58-60 Tran Phu - Ha Noi  
Tel. (84-4)8231137-08048974- 08048400- 08048886  
Fax: (84-4) 7365227 - (84-4) 7344286 - 08048886

**L'évolution de l'enfant adopté;**

- Concernant l'état physique:

---

---

---

- Concernant le développement psycho-moteur:

---

---

---

- Facultés d'intégration:

---

---

---

- Centres d'intérêt:

---

---

---

- Annexer 2 photos récentes de l'enfant adopté(e):

*Signature (s)*

**Nota bene:**

<sup>1</sup> Si la famille change de domicile, préciser le nouveau domicile.

<sup>2</sup> Mentionner le N°d'enregistrement du dossier lorsqu'il est remis au ministère de la justice du Vietnam.

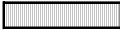

<sup>3</sup> Préciser l'Autorité compétente ou le Tribunal du pays d'accueil ayant rendu la reconnaissance de l'adoption.

## Annexe 4 : Exemple de liste de problèmes de santé fournie par la Bulgarie

### Questionnaire d'Aide à l'Appariement Accompagnant le Dossier complet d'Adoption pour la Bulgarie

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom(s) :** \_\_\_\_\_

Rappel : ce questionnaire doit être rempli avec l'aide d'un médecin.  
Toutes les lignes doivent être renseignées par une croix

Les cases peuvent être vides ou grisées horizontalement ou verticalement.  
Les rayures verticales grises indiquent que votre notice doit préciser une ouverture.  
(par exemple: particularités soignables et opérables)   
Les rayures horizontales grises signifient que vous devez être en possession d'une notice spécifique.  
(par exemple: particularités de santé ne mettant pas en danger la vie de l'enfant) 

	OUI	NON	PEUT-ETRE
<b>CARACTERISTIQUES de l'ENFANT</b>			
SEXE			
Fille			
Garçon			
Indifférent			
NOMBRE			
un enfant			
fratrie de deux enfants			
fratrie de trois enfants et plus			
AGE			
de 0 à 2 ans			
de 2 à 3 ans			
de 3 à 4 ans			
de 4 à 5 ans			
de 5 à 6 ans			
de 6 à 7 ans			
de 7 à 8 ans			
de 8 ans et plus			
autres (prière d'indiquer l'âge)			
ORIGINE ETHNIQUE			
origine ethnique bulgare			
origine ethnique rom			
origine ethnique turque			
autre origine ethnique			
<b>SITUATION FAMILIALE de l'ENFANT</b>			
Inconnue			
Consommation de drogues chez au moins un des parents sans séquelles observées chez l'enfant			
Consommation d'alcool chez au moins un des parents hors SAF chez l'enfant			
Maladie psychique chez la mère			
Maladie psychique chez la mère avec prise de traitement pendant la grossesse			
Maladie psychique chez le père			
Casier judiciaire chez un des parents			
Retard mental connu d'un des parents			
Enfant issu d'un inceste			
Enfant issu d'un viol			
Enfant né séronégatif au VIH de mère séropositive			
Enfant né séropositif au VIH de mère séropositive et devenu séronégatif			
Enfant ayant souffert de malnutrition intra-utérine			
Enfant ayant souffert de malnutrition dans la première année de vie			
Enfant ayant souffert de maltraitance ou de négligence			
Enfant ayant subi des abus sexuel			
Famille d'origine de l'enfant mise à l'écart (maladie psychique, handicap...)			



	OUI	NON	PEUT-ETRE
<b>PATHOLOGIES CURABLES ou pour lesquelles il existe UNE PRISE EN CHARGE</b>			
Anémie par carence en fer			
Bronchites à répétition			
Pneumonies à répétition			
Asthme			
Dysplasie pulmonaire non invalidante			
Allergie respiratoire			
Allergie alimentaire			
Allergie cutanée			
Eczéma			
Psoriasis			
Rachitisme			
Intolérance au lactose ou au gluten			
<b>ETAT PHYSIQUE DE L'ENFANT à la NAISSANCE et CONDITIONS de NAISSANCE</b>			
Enfant né avant 37ème semaine d'aménorrhée (35ème semaine de grossesse)			
Syndrome de détresse respiratoire à la naissance			
Enfant né avant 32 semaines d'aménorrhée (grande prématurité)			
Poids de naissance à terme < 2,5kg (RCIU)			
Enfant prématuré avec retard de croissance intra utérin (RCIU)			
Constatation de malformation congénitale			
<b>PEAU de l'ENFANT</b>			
Tache bleue mongoloïde (disparaît avec le temps)			
Angiome tubéreux (en relief)			
Hémangiome (angiome rouge à la naissance)			
Petites taches congénitales			
Grandes taches congénitales			
Taches faciales congénitales			
Taches congénitales qui exigent une exérèse chirurgicale			
Petit naevus (grain de beauté)			
Grand naevus			
Petite cicatrice (brûlure, accident) non défigurante			
Petite cicatrice (brûlure, accident) défigurante à corriger avec une intervention chirurgicale (si possible)			
Cicatrice non invalidante, suite à une intervention chirurgicale			
Grande cicatrice (brûlure, accident) sur le corps			
Grande cicatrice (brûlure, accident) défigurante, à corriger avec une intervention chirurgicale (si possible)			
Albinisme			
<b>PROBLEMES DE LA CAVITE BUCCALE</b>			
Fente labiale			
Fente palatine			
Fente labiopalatine simple			
Fente labiopalatine bilatérale			
Déformation du visage consécutive à une de ces fentes			
<b>PROBLEME DE VUE</b>			
Problèmes de vue à corriger avec des lunettes (myopie...)			
Problèmes de vue à corriger par une intervention chirurgicale			
Strabisme (à corriger avec des lunettes)			
Strabisme (à corriger par une intervention chirurgicale)			
Enfant aveugle d'un œil (borgne)			
Enfant malvoyant			
Cécité complète			
Nystagmus			
Glaucome congénital			
Ptôsis important (chute d'une paupière supérieure)			
<b>PROBLEMES D'AUDITION</b>			
Infection des oreilles (par ex. otites chroniques)			
Déficit auditif demandant une aide orthophonique			
Déficit auditif demandant un appareillage			
Déficit auditif demandant une opération			
Surdité-mutité (sourd -muet)			

	OUI	NON	PEUT-ETRE
Surdité unilatérale sans mutité			
Surdité bilatérale sans mutité			
Oreille déformée (sans perte d'audition)			
Oreille déformée (avec perte d'audition)			
Agénésie du pavillon de l'oreille (sans perte d'audition)			
<b>PROBLEMES ORTHOPEDIQUES</b>			
Infirmité motrice cérébrale (paralysie cérébrale)			
Enfant ayant besoin d'être opéré d'une articulation (genou, cheville, coude...) ou d'un tendon			
Nanisme harmonieux			
Achondroplasie (nanisme)			
Inégalité des membres supérieurs			
Inégalité des membres inférieurs			
Pied bot varus équin			
Déformation plantaire, nécessitant une intervention réparatrice chirurgicale et/ou prise en charge kiné			
Agénésie ou amputation partielle d'un membre supérieur			
Agénésie ou amputation partielle d'un membre inférieur			
Agénésie ou amputation totale d'un membre supérieur			
Agénésie ou amputation totale d'un membre inférieur			
Déformation des doigts de la main			
Déformation des orteils			
Déformation du poignet ou de la main			
Déformation du bras			
Déformation du pied			
Déformation de la jambe			
Syndactylie des doigts (doigts soudés) ou doigts malformés			
Syndactylie des orteils (orteils soudés) ou orteils malformés			
Anomalie congénitale de hanche			
Difficultés à la marche (boiterie)			
Parésie			
Paraplégie			
Hémiplégie			
Arthrogrypose (flexion/contraction constante des articulations)			
Ostéogénèse imparfaite (fragilité osseuse)			
Nécessité d'un fauteuil roulant			
Cyphose ou scoliose			
<b>MALADIES du SANG</b>			
Thalassémie mineure			
Thalassémie majeure			
Drépanocytose (homozygote)			
Autres maladies du sang			
<b>MALADIES CONTAGIEUSES</b>			
Parasitoses intestinales			
Diarrhées chroniques			
Autre parasitose			
Primo-infection tuberculeuse traitée			
Tuberculose (maladie)			
Séropositivité de la mère à la syphilis mais traitée			
Syphilis congénitale traitée chez l'enfant			
Test positif hépatite B (porteur chronique)			
Test positif hépatite C (porteur chronique)			
Test positif HIV (porteur chronique)			
<b>RETARD DE DEVELOPPEMENT</b>			
Léger retard de développement psychomoteur			
Retard psychomoteur grave			
Léger retard de développement global			
Important retard de développement global			
Retard mental léger			
Retard mental important			
Retard de langage			

	OUI	NON	PEUT-ETRE
Troubles du langage			
Bégaïement			
Chuintement			
Difficultés de compréhension			
Dyslexie			
Difficultés d'apprentissage scolaire			
Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)			
Troubles causés par alcoolisation fœtale (TCAF)			
<b>TROUBLES CARDIAQUES</b>			
Souffle cardiaque fonctionnel			
Souffle cardiaque organique (cardiopathie congénitale)			
Cardiopathie valvulaire			
Communication inter auriculaire (CIA)			
Communication ventriculaire (CIV)			
Autre malformation cardiaque pouvant nécessiter une intervention chirurgicale			
<b>ORGANES INTERNES</b>			
Rétention abdominale des testicules (cryptorchidie) opérée			
Rétention abdominale des testicules (cryptorchidie) non opérée			
Hypospadias			
Ovaires atrophiés ou absents			
Imperforation vaginale			
Ambiguïté sexuelle			
Autre malformation génitale			
Malformation gastro-intestinale			
Maladie de Hirschprung ou de Crohn (maladie des intestins)			
Enfant ayant eu un ou plusieurs calculs, sans atteinte de la fonction rénale, demandant un traitement médical ou acte chirurgical			
Malformation ou troubles de la fonction rénale			
Hypothyroïdie traitée médicalement			
Diabète insulino-dépendant			
Mucoviscidose			
Colectomie partielle			
<b>HERNIE</b>			
Hernie inguinale opérable			
Hernie ombilicale opérable			
<b>SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, CRANE ET GENETIQUE</b>			
Antécédents de crise d'épilepsie			
Epilepsie installée			
Insomnie / somnambulisme			
Hydrocéphalie			
Microcéphalie			
Spina bifida			
Myélomeningocèle mineure			
Neurofibromatose			
Trisomie 21 (syndrome de Down)			
<b>DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL</b>			
Autisme et / ou trouble envahissant du développement (TED)			
Hyperactivité			
Agressivité physique			
Troubles du lien d'attachement ( mauvaises relations avec les pairs, approche des adultes et des enfants non discriminantes, comportement sexualisé, repli social)			
Troubles du comportement			
Balancement			
Intolérance à la frustration (réactions émotionnelles excessives ,opposition, crises de colère)			
Troubles obsessionnels compulsifs			

Adresse :

Date :



## RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Depuis une dizaine d'années, l'adoption internationale a évolué, qu'elle soit le résultat d'une démarche individuelle ou d'un accompagnement par un Organisme Autorisé pour l'Adoption privé ou par l'Agence Française de l'Adoption. Comme le préconise la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale qui prône le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant, les enfants jeunes et en bonne santé sont adoptés dans leur pays d'origine, et ceux qui restent sont proposés à l'adoption internationale. Ils sont souvent âgés de plus de cinq ans, adoptables en fratries et/ou ils peuvent présenter des problèmes de santé de gravité variable. On les appelle les enfants à besoins spécifiques.

Ces enfants nécessitent une prise en charge adaptée à leur arrivée en France. Celle-ci doit être multidisciplinaire (médicale, psychologique, éducative) et adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant. Le suivi peut parfois être obligatoire jusqu'à la majorité de l'enfant.

Ce type d'adoption soulève des questionnements d'ordre éthique sur les motivations des parents adoptifs et sur les limites de l'adoption internationale.

Une bonne préparation des futurs parents et des enfants est indispensable à la réussite d'une adoption complexe. Elle est assurée par les acteurs de l'adoption internationale et peut éventuellement être optimisée par le recours à la Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption.

---

## TITRE EN ANGLAIS :

INTERCOUNTRY ADOPTION. Current situation. Medical and ethical aspects of future prospects.

---

## THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

---

## MOTS CLEFS :

Adoption internationale, enfants à besoins spécifiques, prise en charge multidisciplinaire, préparation.

---

## INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex