



HAL
open science

Evaluation 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)

Stéphanie Jacquat François

► To cite this version:

Stéphanie Jacquat François. Evaluation 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). Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01734016

HAL Id: hal-01734016

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734016>

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

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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Stéphanie JACQUAT FRANÇOIS

le 13 Mars 2014

**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)**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur François FEILLET	Président de Jury
M. le Professeur Alain GÉRARD	}
M. le Professeur Cyril SCHWEITZER	} Juges
Mme le Docteur Anne BORSA-DORION	}



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**
Vice-Doyen « Formation permanente » : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
Vice-Doyen « Vie étudiante » : **M. Pierre-Olivier BRICE**

Asseseurs

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
• « <i>Gestion DU – DIU</i> »	Professeur Bruno LEHEUP
- Plan campus :	Professeur Laurent BRESLER
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Didier MAINARD
- Recherche :	Professeur Jacques HUBERT
- Relations Internationales :	Docteur Christophe NEMOS
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Professeure Annick BARBAUD
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

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

=====

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 DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - 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 - 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 - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

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

2^{ème} 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^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLLOU

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

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

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} 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^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} 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^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

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

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

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

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

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

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} 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^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

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

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUJSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

65^{ème} 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^{ème} 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 James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
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

M. le Professeur François FEILLET

Professeur de Pédiatrie

Vous me faites le très grand honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse.

Je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

M. le Professeur Alain GÉRARD
Professeur d'Anesthésie-Réanimation

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury.
Je vous remercie et vous assure ma sincère reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

M. le Professeur Cyril SCHWEITZER
Professeur de Pédiatrie

Vous avez accepté avec gentillesse de participer à mon jury de thèse.
Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTRICE DE THÈSE

Mme le Docteur Anne BORSA-DORION

Professeur de Pédiatrie

Mes nombreux stages et gardes aux urgences pédiatriques m'ont permis de te rencontrer et de découvrir les consultations d'adoption.

Tu as gentiment accepté de diriger ma thèse, j'espère avoir été à la hauteur du travail que tu m'as proposé et qui me tenais particulièrement à coeur. Merci de m'avoir aidée et guidée tout au long de celui-ci et de m'avoir épaulée dans les moments difficiles...

Je te remercie d'être une fois de plus à mes côtés pour juger mon travail.

Je dédie cette thèse à ma famille.

Parce qu'ils m'ont toujours soutenue, dans les moments de joie, de peine et guidée dans les moments de doute.

A mes parents,

Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir permis de suivre ma voie et de m'avoir entourée de votre amour dans les moments difficiles. Tu vois papa, tu n'as pas investi dans le vide !

A Jérôme,

Mon mari, mon ami, mon amour, mon confident. Merci d'être auprès de moi chaque jour, merci pour ton soutien, ton amour. Merci pour ces nombreuses heures passées à faire des graphiques, de la mise en page, des corrections... Cette thèse est aussi la tienne. Je t'aime... *jusqu'à la lune et en retour !*

A Ambre,

Ma petite étoile qui est partie bien trop tôt et qui me guide chaque jour sur le chemin de la vie...

A Perline,

Mon rayon de soleil qui me comble de bonheur. Tes rires et tes câlins sont ma force. Je t'aime ma chérie.

A mes soeurs chéries, Caroline et Claire

Même si la distance nous sépare au quotidien, notre complicité persiste et j'aime nos moments de retrouvailles... Merci à vous de m'avoir tant soutenue...

A tout le reste de ma famille,

A Elise, ma troisième soeur, qui est toujours là pour moi et qui m'a fait le plus beau des cadeaux... une petite cousine jumelle. Je vous aime les Weiten !

A Jules, mon filleul et tous mes cousins adoptés, vous avez été ma source d'inspiration.

A Marie-Paule, Sylvie et Sophie, mes tatas, pour m'avoir fourni pleins de documents sur l'adoption. Vous avez contribué à la réussite de cette thèse.

A mes grands-parents, mes tontons/tatas, mes cousins/cousines, mes beaux-parents, beaux-frères, belles-soeurs...

A mes amis,

A Chloé, mon amie de toujours. Loin des yeux mais toujours près du coeur. Que cette belle amitié perdure encore longtemps et que la vie nous donne l'occasion de passer un peu plus de temps ensemble !

A Charlène, rencontrée sur les bancs de la fac et pendant un weekend d'inté endiable ! A nos aprem de révision et nos fous rires en cuisine... Tu as fait le choix de t'éloigner pour l'internat mais la distance n'a fait que renforcer notre amitié. Merci d'avoir toujours été là pour moi, de près ou de loin (te rappelles tu d'un certain coup de fil du Maroc ??? Pour moi il reste inoubliable !).

A Fabien et Mylène, nos histoires d'amour débutent en même temps que notre amitié. Que de temps passé... des mariages, des bébés, des journées qui défilent mais qui promettent toujours des soirées de retrouvailles déjantées. Des vacances au ski et des projets Blair Witch inoubliables. Merci pour tous ces bons moments passés avec vous.

A Hélène, j'ai trouvé en toi plus qu'une amie, une confidente. A tous nos projets actuels et futurs. A tous nos moments de complicité partagés avec Jeannot et Jéjé. Merci pour votre joie de vivre, ne changez rien surtout.

A Joanna, Emilie, Audrey, Béné et Sylvain, que les années d'étude m'ont permis de rencontrer et avec qui une réelle amitié s'est créée.

A tous ceux qui me sont chers, à ceux que j'oublie aussi. Merci de m'avoir soutenue durant ces longues études. Aujourd'hui, ça y est c'est FINI !

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

Glossaire	20
Introduction	21
I Généralités sur l'adoption	22
1 Historique de l'adoption	23
1.1 Dans le Monde	23
1.2 En France	24
1.2.1 Evolution de l'adoption internationale en France de 1980 à 2012	25
1.2.2 Evolution de l'adoption internationale en fonction du pays d'origine	27
2 Adopter en France	30
2.1 Qui peut adopter en France?	30
2.1.1 Conditions d'âge	30
2.1.2 Conditions liées à la situation maritale	30
2.2 Qui peut-on adopter?	30
2.2.1 En France	30
2.2.2 A l'étranger	31
2.2.3 Enfants à besoins spécifiques	32
2.3 Une distinction juridique : adoption simple et adoption plénière	32
2.4 La démarche d'adoption en France	32
2.4.1 Du projet à l'agrément	32
2.4.2 De l'agrément à l'adoption : les voies possibles	37
3 État de santé des enfants adoptés	42
3.1 Le risque propre au nouveau-né	42
3.1.1 Trois maladies graves dépistées à la naissance	42
3.1.2 Les maladies transmises pendant la grossesse	43
3.2 Les maladies infectieuses	43
3.2.1 Le sida	43
3.2.2 L'hépatite A	44
3.2.3 L'hépatite B	44
3.2.4 L'hépatite Delta	46
3.2.5 L'hépatite C	46
<i>Thèse de médecine générale - S. JACQUAT FRANÇOIS</i>	15

3.2.6	La syphilis	46
3.2.7	La tuberculose	46
3.2.8	Les infections bactériennes et parasitaires intestinales	46
3.2.9	La gale, les teignes	46
3.2.10	Le paludisme	48
3.3	Les particularités ethniques	48
3.3.1	La hernie ombilicale	48
3.3.2	Les taches mongoloïdes	48
3.3.3	Les hémoglobinopathies	49
3.4	Carences alimentaires et problèmes de croissance	49
3.4.1	Le retard de croissance	49
3.4.2	Le rachitisme	50
3.4.3	Les anémies	50
3.4.4	La puberté précoce	50
3.4.5	Le nanisme psychosocial	51
3.5	Le risque neurologique	51
3.5.1	Les séquelles de dénutrition de la première année	51
3.5.2	Les séquelles de la foetopathie alcoolique	51
3.5.3	Le saturnisme	51
3.6	Examen de santé à l'arrivée de l'enfant	52
3.6.1	Les vaccinations	54
4	Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption	56
4.1	Evolution des COCA	56
4.2	Pourquoi les COCA : leur rôle?	56
4.2.1	Pré-adoption :	58
4.2.2	A l'arrivée de l'enfant :	59
4.2.3	Post-adoption :	59
II	Matériel et Méthodes	60
5	Présentation de notre objet d'étude : la consultation d'orientation et de conseil en adoption de Nancy	61
6	Données	62
6.1	Critères de sélection	62
6.2	Constitution de la base de données	62
6.3	Traitement des données	63
III	Paramètres étudiés et résultats	64
7	Données relatives à la COCA	65
7.1	Motif de recours à la COCA	65
7.2	Délai entre l'arrivée de l'enfant et la COCA	65

8	Données sur l'origine de l'enfant adopté	66
8.1	Continent d'origine de l'enfant adopté	66
8.2	Pays d'origine de l'enfant adopté	66
8.3	Sexe de l'enfant adopté	67
8.4	Enfants nés par gémellité	68
8.5	Âge de l'enfant au moment de l'abandon	68
8.6	Âge de l'enfant au moment de l'adoption	72
8.7	Séjour en institution	75
8.8	Causes de l'abandon	76
8.8.1	Causes de l'abandon sur l'ensemble de notre population . . .	77
8.8.2	Causes de l'abandon selon le sexe	77
8.8.3	Causes de l'abandon selon le pays d'origine	78
9	Données concernant la famille adoptive	80
9.1	Âge de la mère	80
9.2	Âge du père	81
9.3	Profession des parents adoptifs	82
9.3.1	Définition	82
9.3.2	CSP du chef de famille	82
9.3.3	CSP des parents adoptifs	83
9.3.4	CSP de la mère adoptive selon son mode de vie	83
9.4	Fratrie adoptive	84
9.5	Lieu de résidence de la famille adoptive	84
10	Données sur l'état de santé de l'enfant adopté	87
10.1	Problème médical	87
10.1.1	Nombre de problèmes médicaux	87
10.1.2	Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant	88
10.1.3	Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon le sexe de l'enfant adopté	89
10.1.4	Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon l'âge d'abandon de l'enfant adopté	89
10.1.5	Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon la classe d'âge d'abandon	91
10.1.6	Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon le pays d'origine	92
10.2	Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant	94
10.2.1	Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon le sexe de l'enfant adopté	95
10.2.2	Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon l'âge d'abandon de l'enfant adopté	95
10.2.3	Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon la classe d'âge d'abandon de l'enfant adopté	97
10.2.4	Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon le pays d'origine	98
10.3	Dépistages biologiques réalisés à l'arrivée en France	98
10.3.1	Dépistage biologique selon la classe d'âge de l'enfant	101

10.4	Dépistage radiologique	103
10.4.1	Dépistage radiologique selon la classe d'âge de l'enfant . . .	104
10.4.2	Dépistage radiologique selon le pays d'origine	105
10.5	Consultations spécialisées complémentaires	106
10.5.1	Consultations spécialisées réalisées selon l'âge et la classe d'âge d'abandon de l'enfant	107
10.5.2	Consultations spécialisées réalisées selon le pays d'origine . .	108
10.6	Autres examens réalisés	108
10.6.1	Autres examens réalisés selon la classe d'âge de l'enfant . . .	109
10.6.2	Autres examens réalisés selon le pays d'origine	110
10.7	Vaccinations	110
10.7.1	Vaccinations dans le pays d'origine	110
10.7.2	Vaccinations à l'arrivée en France	113

IV Discussion 117

11 Critique de la méthode 118

11.1	Biais de sélection géographique	118
11.2	Biais de sélection lié à la spécificité de la COCA	118

12 Analyse des résultats 119

12.1	Données relatives à la COCA	119
12.1.1	Motif de recours à la COCA	119
12.1.2	Délai entre l'arrivée de l'enfant et la COCA	119
12.2	Données sur l'origine de l'enfant adopté	119
12.2.1	Continent d'origine de l'enfant adopté	119
12.2.2	Pays d'origine de l'enfant adopté	120
12.2.3	Sexe de l'enfant adopté	120
12.2.4	Âge de l'enfant au moment de l'abandon	120
12.2.5	Âge de l'enfant au moment de l'adoption	121
12.2.6	Séjour en institution	122
12.2.7	Causes de l'abandon	122
12.3	Données concernant la famille adoptive	123
12.3.1	Classes d'âge des parents	123
12.3.2	Professions des parents adoptifs	123
12.3.3	Fratric adoptive	124
12.3.4	Lieu de résidence de la famille adoptive	124
12.4	Problèmes médicaux rencontrés par l'enfant adopté	124
12.4.1	Problèmes de santé présents avant l'adoption :	124
12.4.2	Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant	125
12.4.3	Spécificités observées selon le pays d'origine	128
12.5	Problèmes psychologiques rencontrés par les enfants adoptés	130
12.5.1	Les troubles du sommeil	130
12.5.2	Les troubles du comportement	131
12.5.3	Les troubles de l'attachement	132
12.5.4	Spécificités observées selon le pays d'origine	132

12.6	Dépistages biologiques réalisés à l'arrivée en France	135
12.6.1	Dépistages biologiques selon l'âge et la classe d'âge d'abandon de l'enfant	135
12.6.2	Dépistages biologiques selon le pays d'origine	135
12.7	Dépistages radiologiques	137
12.7.1	Dépistage radiologique selon l'âge et la classe d'âge d'abandon de l'enfant	137
12.7.2	Spécificités observées par pays	138
12.8	Consultations spécialisées réalisées à l'arrivée en France	139
12.8.1	Consultations spécialisées réalisées selon l'âge et la classe d'âge de l'enfant	139
12.8.2	Spécificités observées par pays	139
12.9	Autres examens réalisés	140
12.9.1	Autres examens réalisés selon l'âge et la classe d'âge d'abandon de l'enfant	140
12.9.2	Spécificités observées selon le pays d'origine	140
12.10	Vaccinations de l'enfant adopté	141
12.10.1	Vaccinations dans le pays d'origine	141
12.10.2	Vaccinations à l'arrivée en France	141
12.11	Données concernant la famille biologique	141
	Conclusion	143
	Références	145
	V Annexes	152
	A Convention des Droits de l'Enfant	153
	B Convention de la Haye	171
	C Listes des OAA habilitées pour l'adoption internationale	181
	D Liste des COCA existantes en 2013	183
	E Formulaire	185

Glossaire

AFA : Agence Française de l'Adoption

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAO : Consultation Adoption Outremer

COCA : Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption

CREAI : Centre Régional pour l'Enfance, l'Adolescence, les Adultes Inadaptés

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

EPS : Examen Parasitologique des Selles

FFOAA : Fédération Française des Organismes Autorisés pour l'Adoption

IDR : Intra Dermo Réaction

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MAI : Mission de l'Adoption Internationale

OAA : Organismes Autorisés pour l'Adoption

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foetal

VHB : Virus de l'Hépatite B

Introduction

L'adoption internationale a connu, aux cours des dernières décennies, un véritable essor en France. Mais petit à petit, devant l'amélioration des conditions de vie dans les pays sous-développés et le développement des services sociaux locaux, le nombre d'enfants proposés à l'adoption internationale a diminué. Alors que plus de 3500 enfants ont été adoptés en 2010 dans 72 pays différents, ils n'étaient que 1569 en 2012 [1]. De plus, leur profil a évolué puisque, de plus en plus souvent, les parents adoptifs se voient proposer des enfants "à besoins spécifiques", imposant une prise en charge spécialisée et un accompagnement adapté des familles adoptantes. Or, il n'existe pas de prise en charge "codifiée" des enfants adoptés. Le manque de connaissance des problèmes spécifiques de l'adoption conduit parfois à de longs et graves retards diagnostiques.

Bien que les Consultations d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA) soient recommandées aux futurs parents par les associations de parents adoptifs, par les départements et les pouvoirs publics, elles n'ont toujours pas de reconnaissance officielle, ni de financement dédié. Dans ce contexte, la Mission de l'Adoption Internationale (MAI) du Ministère des Affaires Étrangères et Européennes a initié, en liaison avec le cabinet de la secrétaire d'Etat à la Famille, la création d'un groupe de travail associant les ministères en charge de la Santé et du Budget afin de structurer le déploiement de COCA en France. Ce parcours santé doit permettre de donner une lisibilité et des points de repère cohérents aux parents afin qu'ils identifient des pôles de ressources et d'expertise sur l'ensemble du territoire. En aucun cas, il ne s'agit de marginaliser ou stigmatiser ces enfants en leur imposant une étiquette "adoption" mais au contraire de maximiser leurs chances d'être intégrés dans leur nouveau pays en tenant compte de leur histoire [2] et de leurs pathologies spécifiques.

Peu d'études françaises ont été réalisées pour évaluer l'état de santé des enfants adoptés à l'étranger et il n'existe aucune recommandation officielle pour la prise en charge médicale de ces enfants à leur arrivée en France, contrairement aux Etats-unis ou au Canada. Notre thèse pourrait permettre, en comparaison aux travaux déjà réalisés dans d'autres COCA, d'améliorer le dépistage et la prise en charge des pathologies spécifiques de l'adoption. Notre étude rétrospective abordera dans un premier temps les caractéristiques des enfants adoptés, puis nous nous intéresserons aux familles adoptives avant de nous concentrer sur les problèmes médicaux et psychologiques présentés par ces enfants. Enfin, nous conclurons par les dépistages, consultations et vaccinations à réaliser à l'arrivée en France.

Première partie

Généralités sur l'adoption

1. Historique de l'adoption

1.1 Dans le Monde

L'adoption existe depuis des époques reculées. On la décrit comme une institution ancestrale et universelle. Des pratiques d'adoption auraient, en effet, été retracées dans des cultures diverses, chez les Inuits comme dans les tribus africaines. Dans la Rome antique, l'adoption procure un héritier à un homme sans enfant pour éviter l'extinction du lignage familial. Néron et Tibère auraient été adoptés pour cette raison.

Au Moyen-Âge, les enfants abandonnés ou dont la famille ne peut s'occuper sont exposés dans les lieux publics dans l'espoir qu'ils seront recueillis par une autre personne, ou sont abandonnés à l'hôpital après la naissance. Puis, l'Église prend en charge les orphelins et les enfants abandonnés. Apparaissent alors les hospices, les crèches et les orphelinats. L'anonymat de l'abandon est préservé par l'usage du tour d'abandon. Cette pratique consiste à déposer le bébé sur un dispositif placé sur la façade de l'hospice et fonctionne comme un guichet tournant. L'enfant est recueilli « de l'autre côté » par les responsables de l'hospice qui l'hébergent et le nourrissent.

À partir du milieu du XIXe siècle, les autorités mettent en place des mesures de secours aux mères et aux enfants afin de contrer la hausse des abandons et les services d'aide à l'enfance se développent [3].

C'est au cours du XXe siècle, avec le développement des services sociaux et d'aide à l'enfance, la hausse du taux d'infertilité dans les pays développés, l'évolution des moyens de communication à l'échelle planétaire ainsi que l'élévation de la conscience sociale à l'égard des enfants abandonnés et sans famille, que l'adoption, d'abord locale, s'étend à l'international. La Seconde Guerre mondiale puis les guerres de Corée et du Vietnam laissent tour à tour des milliers d'enfants orphelins et sans foyer. L'adoption de ces enfants est alors une réponse humanitaire et nombre d'entre eux sont envoyés à l'étranger.

À la fin des années 1960, les adoptions internationales sont majoritairement intra-européennes. Petit à petit, un axe nord-sud se crée, permettant l'adoption d'enfants de pays du tiers-monde par des parents vivant dans les pays "riches" (de l'Amérique latine et de l'Asie vers les États-Unis et l'Europe).

Au début des années 1990, suite à l'effondrement de l'URSS et la création de nouveaux États à l'est, le flux des adoptions internationales suit un nouvel axe Est-Ouest en plus de l'axe Nord-Sud traditionnel.

Au début du XXIe siècle, la recherche d'un enfant ne connaît plus de frontières géographiques. La pénurie d'enfants dans les pays riches associée au développement

des moyens de communication expliquent l'engouement pour l'adoption internationale.

A la fin des années 1970, en réaction à l'exportation de masse dont semblent être victimes les enfants abandonnés et orphelins des pays sous-développés vers les pays développés, la communauté internationale reconnaît la nécessité de réglementer l'adoption internationale en vue de sauvegarder les droits et l'intérêt supérieur de l'enfant.

En 1982, la communauté internationale reconnaît des standards de pratique pour assurer la protection de l'enfant : les Brighton Guidelines for Intercountry Adoption. Ils seront révisés lors de la conférence du Conseil International de l'Action Sociale tenue en 1996 à Hong Kong, puis les réflexions et les préoccupations de la communauté internationale se traduiront plus concrètement dans les textes des deux conventions internationales sur les droits de l'enfant : la Convention des Nations Unies de 1989 relative aux droits de l'enfant (Annexe A) et la Convention de La Haye du 29 mai 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (Annexe B).

1.2 En France

En France, tout commence en 1923, avec une loi autorisant l'adoption de mineurs orphelins par des adultes de plus de 40 ans. Jusqu'alors, le Code Civil de 1804 restreignait cette procédure aux personnes majeures afin de transmettre le patrimoine familial. Cependant il ne s'agit pas d'une véritable adoption plénière : les parents biologiques gardent certains droits et les enfants adoptés ne sont pas sur le même plan juridique que les enfants biologiques [4].

Un décret-loi de 1939 crée, sous le nom de légitimation adoptive, une nouvelle forme d'adoption dotée de l'effet radical de rompre tous liens de l'adopté avec sa famille d'origine et de le rattacher à sa famille adoptive comme s'il en était issu. La législation de 1966 a maintenu et conforté ces principes en donnant à la filiation adoptive la même valeur que la filiation biologique. Pour la première fois en France, les droits deviennent les mêmes pour tous les enfants, qu'il soient liés à leurs parents par les liens du sang ou du coeur [4].

Jusqu'en 1967, les enfants porteurs de handicap ou âgés de plus de six ans ou d'origine étrangère n'étaient pas proposés à l'adoption. La loi du 22 décembre 1976 vient supprimer l'interdiction d'adopter un enfant en présence de descendants et depuis la loi de juin 1984, plus aucun enfant n'est écarté de l'adoption. En 1996, une nouvelle législation permet une adoption plus précoce des enfants, facilite l'adoption simple (cf. section 2.3), contraint les parents adoptant à l'étranger à obtenir un agrément, tout en encadrant l'arrivée de l'enfant pendant les premiers mois. Tous les droits fiscaux et sociaux liés à l'arrivée d'un enfant sont désormais les mêmes que l'enfant soit adopté ou biologique [5].

Dans les années 1960, l'adoption internationale est encouragée par les congrégations religieuses qui gèrent des orphelinats dans le tiers-monde. Elle est alors

considérée comme un acte de solidarité, rejoignant les préoccupations du secteur humanitaire naissant. Entre 1966 et 1976, elle n'est possible que pour les couples sans enfants, donc supposés stériles [6]. Mais elle prend vraiment son essor dans les années 1970, au moment où le nombre d'enfants français adoptables diminue et où l'émotion soulevée par des drames humains (tels que la guerre du Biafra ou l'exode des *boat people* vietnamiens) déclenche des mouvements de solidarité.

Dans les années 1980, du fait de longues années d'attente pour l'adoption d'un pupille de la nation, le mouvement s'amplifie. Devant un tiers-monde trop pauvre en ressources et trop riche en enfants, l'adoption internationale paraît la solution idéale. Les parents se tournent notamment vers l'Asie et l'Amérique latine. Suivront les pays d'Europe de l'Est et d'Afrique dans les années 1990. Les pays musulmans ne figurent pas parmi les pays sources de l'adoption, l'islam ne reconnaissant pas ce type de filiation.

A partir de 1996, plusieurs mesures gouvernementales ont été prises pour encadrer l'adoption internationale. Après avoir ratifié la Convention de La Haye en 1998, une loi de 2001 précise que l'enfant étranger dont la loi personnelle interdit l'adoption ne peut être adopté en France, sauf s'il y est né ou y réside habituellement [7]. La dernière réforme en date, adoptée le 4 juillet 2005 [8], crée l'Agence Française de l'Adoption (AFA), chargée de servir d'intermédiaire dans le cadre des adoptions internationales.

1.2.1 Evolution de l'adoption internationale en France de 1980 à 2012 [1], [4], [9]

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

Au début du XXI^e 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.

La figure 1.1 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.

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

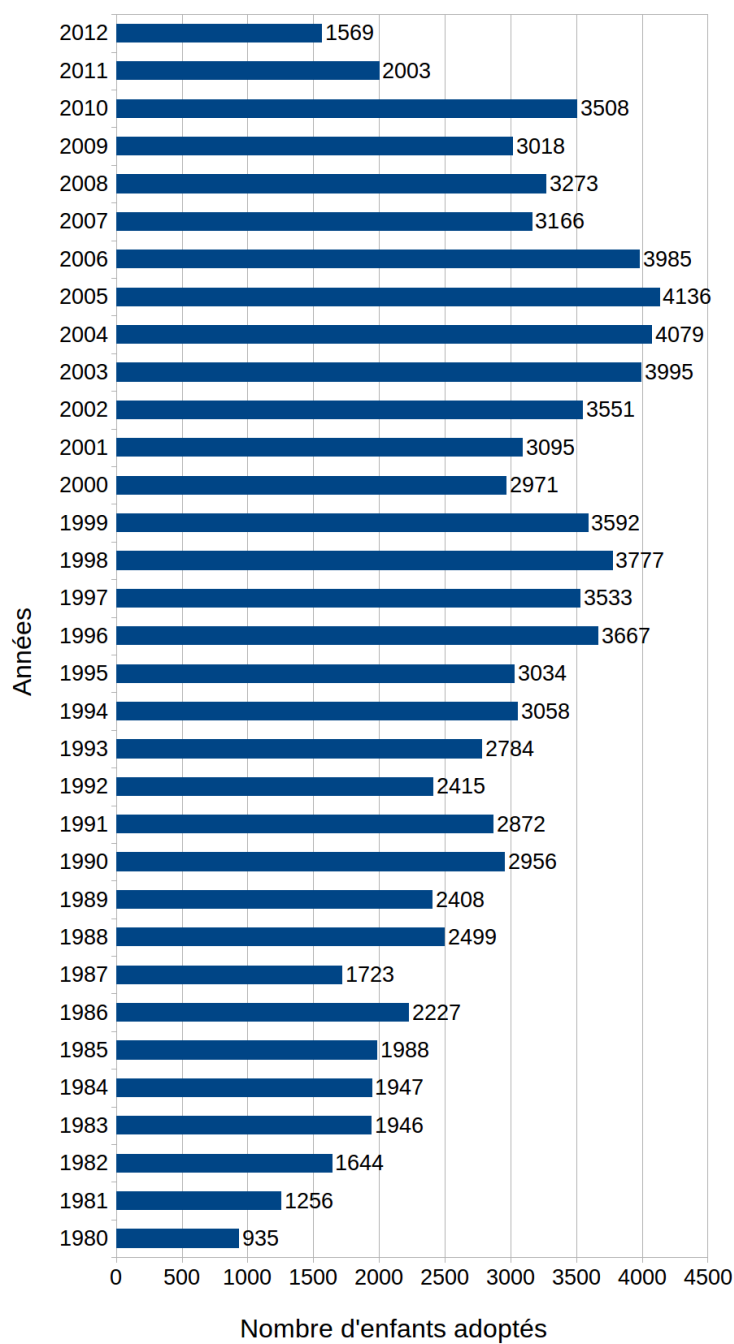


FIGURE 1.1 – Evolution du nombre d’adoptions internationales en France entre 1980 et 2012 selon les visas accordés par la MAI

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 se majore 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 [6].

Depuis 2005 cette tendance globalement croissante s'est inversée avec une nette diminution du nombre de visas accordés. Tout d'abord, les pays sont de plus en plus nombreux à ratifier la convention de La Haye de 1993 (cf. annexe B). Le texte établit le principe de subsidiarité : 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".

La convention proscrit aussi les adoptions individuelles, et contraint les parents adoptants à passer par des organismes agréés, afin de lutter contre la corruption et les trafics d'enfants. Cela ralentit le rythme des adoptions, voire les stoppe complètement, le temps pour certains pays de se mettre en conformité. En parallèle, les anciens grands pays d'origine (Chine, Brésil, Russie...) se développent et, par conséquent, moins d'enfants sont adoptables (moins d'enfants sont abandonnés et les adoptions locales sont favorisées). La Chine a également assoupli la politique de l'enfant unique. Les petites filles, auparavant délaissées au profit des garçons, sont moins souvent abandonnées.

Pour faire face à ce nouveau phénomène, de plus en plus d'enfants à besoins spécifiques sont proposés aux adoptants. Sur le premier semestre 2012, plus de 30% des enfants adoptés en France avaient plus de 5 ans, seuls 9% moins de 1 an. Les candidats se voient proposer de plus en plus de fratries et d'enfants atteints de pathologies (problèmes orthopédiques, cardiopathies, hépatites B et C, VIH).

Seule exception à cette baisse générale, l'année 2010 fut marquée par une arrivée massive d'enfants venus d'Haïti suite au terrible séisme du 12 janvier 2010 et à l'épidémie de choléra qui a suivi.

1.2.2 Evolution de l'adoption internationale en fonction du pays d'origine [1], [4],[9]

La figure 1.2 montre l'évolution ascendante du nombre de pays différents dans lesquels ont été adoptés les enfants. Depuis 1979, ce sont 98 pays qui ont autorisé l'adoption par des familles françaises. Ce chiffre est impressionnant puisqu'il correspond à la moitié du monde [4] mais les familles candidates à l'adoption continuent "d'explorer" de nouveaux pays. Alors que pour l'année 1979, seuls 7 pays d'origine étaient recensés, le record de 1998 avec 68 pays a été battu en 2002

Evolution du nombre de pays d'origine

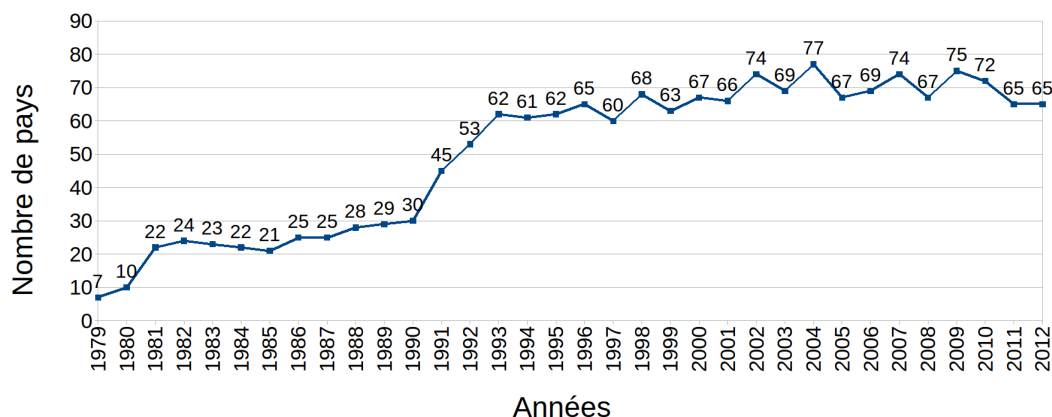


FIGURE 1.2 – Evolution du nombre de pays d’origine entre 1979 et 2012 [1]

avec 74 pays, et en 2004 avec 77 pays. Cependant, la répartition par pays est très inégale. L’origine des enfants adoptés est à la fois diverse et variable avec les années.

Les quatre “géants de l’adoption”[4]

Quatre nations sont de véritables « géants de l’adoption » avec, au total, de 5 000 à 8 000 enfants adoptés en France.

Hormis le Vietnam, ces états ne possèdent pas de liens historiques particulièrement forts avec notre pays, puisqu’il s’agit de la Corée du Sud, du Brésil et de la Colombie. D’une part, leurs conditions économiques et sociales font qu’il y a – ou qu’il y a eu – beaucoup d’enfants sans famille ; d’autre part, les mentalités ne s’opposent pas (ou ne s’opposaient pas) à l’adoption par des étrangers.

La Corée du Sud, le Brésil et le Vietnam se sont succédés chronologiquement comme destination privilégiée des Français souhaitant adopter à l’étranger. Chaque année, l’une de ces trois régions représentait près de la moitié des adoptions internationales en France, à l’exception des périodes de transition déjà évoquées. Le quatrième géant de l’adoption, la Colombie, affiche quant à lui une plus grande stabilité.

Les variations de l’adoption pays par pays au fil des années [4]

Nous pouvons classer les pays d’origine en quatre catégories en fonction du nombre d’adoptions annuelles en France :

- **Les pays décroissants** : l’exemple type est la Corée du Sud. La hausse du niveau de vie des coréens s’est accompagnée d’une baisse de la natalité. Il y avait donc moins de bébés en général et donc moins d’enfants à adopter (encore moins à l’international). En effet, l’augmentation des revenus de

la population coréenne a permis de favoriser l'adoption à l'intérieur du pays.

- **Les pays stables** : le modèle est la Colombie, dont la situation sociale et économique ne s'est pas suffisamment élevée pour faire diminuer le nombre d'adoptions internationales.
- **Les pays émergents** : ce sont principalement l'Afrique et l'Europe de l'Est, avec une croissance régulière et exponentielle du nombre d'adoptés. Contrairement à l'Europe de l'Est, l'Asie ou l'Amérique Latine, en Afrique, les Français désirant adopter ne sont pas en "concurrence" avec des couples d'autres pays occidentaux. En effet, en Ethiopie et plus encore dans les anciens territoires de l'Afrique Française (Madagascar, Mali, Burkina-Faso), les Français sont pratiquement les seuls à adopter des enfants. Les liens historiques en sont sans doute la raison principale.
- **Les pays "à accidents"** : deux exemples sont représentés par des pays qui ont vécu de grands drames : la Roumanie et le Rwanda. Un événement historique exceptionnel provoque brutalement un important afflux d'enfants à adopter.
En Roumanie, c'est la chute du régime dictatorial de Ceaucescu qui a entraîné, dans les années qui ont suivi (1990-1991), l'adoption de nombreux enfants. Après être devenue un pays émergent, la Roumanie a vu son essor brutalement brisé en juin 2001, à la suite de l'interdiction de l'adoption internationale par le gouvernement roumain.
Au Rwanda, des troubles politiques et des massacres ont eu lieu au début des années 90. Dans ce pays, l'adoption n'a existé que pendant cette période trouble.

2. Adopter en France

2.1 Qui peut adopter en France ? [6], [10], [11]

La loi du 5 juillet 1996 relative à l'adoption a permis de donner un cadre législatif à l'adoption internationale en France. Ainsi, des conditions d'âge et de situation maritale sont nécessaires pour pouvoir adopter un enfant à l'étranger.

2.1.1 Conditions d'âge

Depuis 1996, l'âge légal est passé, en France, de 30 à 28 ans. Cet âge correspondait à l'âge moyen de la première maternité. En outre, les adoptants doivent avoir au moins quinze ans de plus que les enfants qu'ils se proposent d'adopter. Si l'adoption est demandée par un couple marié depuis plus de deux ans, les demandeurs peuvent être âgés de moins de 28 ans.

2.1.2 Conditions liées à la situation maritale

L'adoption peut être demandée par deux époux mariés depuis plus de deux ans (avant la loi de 1996 ce délai était de cinq ans), non séparés de corps ou âgés l'un et l'autre de plus de 28 ans [12]. Mais, en France, il n'est pas nécessaire d'être marié pour déposer un dossier d'adoption. La procédure est aussi ouverte aux personnes vivant seules, aux célibataires, et aux personnes mariées agissant individuellement. Dans ce dernier cas, le consentement du conjoint est nécessaire [13].

Toutefois, 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, qu'ils soient homosexuels ou hétérosexuels. 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.

2.2 Qui peut-on adopter ?

2.2.1 En France [14]

Parmi les enfants confiés aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), sont admis en qualité de pupilles de l'Etat ceux qui ont perdu tout lien avec leur famille. L'article 61 du code de la famille et de l'aide sociale définit plusieurs catégories :

- une majorité d'enfants confiés à la naissance après un accouchement secret, et plus rarement avec une filiation connue et un consentement nominatif ;

- quelques enfants plus âgés, dont les parents ont tardivement consenti à l'adoption en les confiant au service de l'ASE ;
- quelques enfants déclarés abandonnés par décision judiciaire, généralement âgés de plus de cinq ans, souvent adoptés par leur famille d'accueil ;
- quelques enfants dont les parents de naissance se sont vu retirer l'autorité parentale ;
- très peu d'orphelins, ceux-ci étant généralement pris en charge par le reste de leur famille.

L'admission comme pupille de l'Etat constitue le premier pas vers l'adoption : aux termes de l'article 63-1 du code de la famille et de l'aide sociale, les enfants admis comme pupille de l'Etat doivent faire l'objet d'un projet d'adoption dans les meilleurs délais. Ces enfants sont soumis à un régime de tutelle spécifique sous la responsabilité du préfet (qui exerce les fonctions de tuteur) et du conseil de famille des pupilles de l'Etat. C'est ce dernier qui doit consentir à leur adoption. Toutefois lorsque l'enfant a été remis à l'Aide sociale à l'enfance par ses père et mère, ceux-ci peuvent consentir eux-mêmes à l'adoption.

En 1985, on comptait plus de dix mille pupilles de l'Etat en France, c'est-à-dire des enfants juridiquement adoptables. Selon un rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) publié en janvier 2014 sur la situation des pupilles de l'Etat au 31 décembre 2012 : 2 328 enfants bénéficiaient du statut de pupille et 697 ont été placés en vue d'adoption [15].

2.2.2 A l'étranger

L'adoption internationale se définit comme l'adoption de mineurs dans laquelle existe un élément international, c'est à dire :

- soit l'adoption d'un enfant étranger prononcée en France ;
- soit l'effet en France de l'adoption d'un enfant étranger prononcée à l'étranger ;
- soit l'adoption d'un enfant français par un couple étranger résidant à l'étranger (mais cette situation ne sera pas abordée dans notre travail).

Dans ces hypothèses, le ou les adoptants relèvent le plus souvent du droit français, en raison de leur nationalité (française) ou en raison de leur domicile en France si l'adoption est le fait d'un couple marié dans lequel le mari et la femme ont une nationalité différente.

La convention de La Haye du 29 mai 1993 considère quant à elle qu'une adoption internationale est celle qui implique le déplacement de l'enfant de son pays d'origine vers celui où vit sa famille adoptive (article 2-1 de la convention)(Annexe B).

2.2.3 Enfants à besoins spécifiques [16], [17]

L'ensemble des acteurs de l'adoption s'accordent à définir "les enfants à besoins spécifiques" comme :

- des enfants déjà grands (6 ans et plus), marqués par leur passé, souvent placés depuis longtemps ;
- des enfants vivant en fratrie : la bonne pratique, reprise par les recommandations de la Commission spéciale 2005 de la Convention de la Haye, est, dans toute la mesure du possible, de ne pas séparer les fratries et surtout les jumeaux. L'adoption d'un enfant conjointement à ses frères et sœurs lui permet de faire le lien entre sa vie d'avant l'adoption et l'intégration dans sa nouvelle famille ;
- des enfants porteurs d'une maladie ou d'un handicap.

Ainsi, un enfant à besoins spécifiques peut être défini comme un enfant juridiquement et psychologiquement adoptable, mais pour lequel il est particulièrement difficile de trouver une famille correspondant à ses besoins particuliers.

Mais, devant l'augmentation du nombre d'agrément délivrés et la diminution du nombre d'enfants proposés à l'adoption, les enfants à besoins spécifiques constituent une proportion croissante de l'adoption internationale faute de possibilité d'adoption locale (qui se développe surtout en faveur d'enfants très jeunes et en bonne santé).

2.3 Une distinction juridique : adoption simple et adoption plénière

La loi du 11 juillet 1966 différencie deux types d'adoption : simple et plénière [18].

Le tableau 2.1 met en évidence les principales caractéristiques et différences de ces deux modes d'adoption, dont les définitions sont propres à la législation française. Ces définitions ne sauraient déroger aux définitions des pays d'origine des enfants [6, 18].

L'adoption plénière entraîne, conformément aux articles 355 à 359 du Code Civil [19, 20, 21, 22, 23], une rupture totale des liens juridiques. A l'inverse, l'adoption simple permet l'adjonction d'une deuxième filiation [24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34].

2.4 La démarche d'adoption en France

2.4.1 Du projet à l'agrément

L'agrément est un acte administratif individuel délivré par le Président du Conseil général du département de résidence. Il permet à une personne d'accueillir, en vue d'adoption, un pupille de l'État ou un enfant étranger. Les parents candidats à l'adoption doivent donc, en premier lieu, contacter le service de l'Aide

	Adoption plénière	Adoption simple
<p>Adoptabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> — si accueilli au domicile depuis au moins 6 mois — pour les enfants de plus de 13 ans, leur consentement est nécessaire — si la loi du pays d'origine de l'adopté autorise l'adoption 	<p>Uniquement pour des enfants de moins de 15 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> — pupilles de l'Etat — par consentement à l'adoption du tuteur juridique — enfants abandonnés — enfants étrangers si consentement libre et éclairé du ou des tuteurs juridiques à une rupture irrévocable des liens de filiation antérieurs 	<p>Quelque soit l'âge :</p> <ul style="list-style-type: none"> — pupilles de l'Etat — par consentement à l'adoption du tuteur juridique — enfants abandonnés — enfants étrangers si consentement libre et éclairé du ou des tuteurs juridiques mais révocable et/ou sans rupture de la filiation d'origine
<p>Effets de l'adoption</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Rupture des liens avec la famille d'origine — Acquisition d'une nouvelle filiation légitime qui remplace la filiation d'origine — Autorité parentale intégrale et exclusive des parents adoptifs — Acquisition automatique de la nationalité française — Irrévocabilité 	<ul style="list-style-type: none"> — Pas de rupture des liens d'origine — La filiation adoptive à l'égard des adoptants s'ajoute à la filiation d'origine de l'enfant — Autorité parentale intégrale et exclusive des parents adoptifs — Pas d'effet sur la nationalité de l'adopté sauf si celui-ci en fait la demande avant sa majorité (à condition que l'adoptant réside habituellement en France) — Révocabilité uniquement par le tribunal de grande instance pour motif grave
<p>Conséquences de l'adoption</p>	<ul style="list-style-type: none"> — L'adopté a les mêmes droits et devoirs dans sa nouvelle famille qu'un enfant légitime (succession, autorité parentale etc.) — Le nom du ou des parents adoptifs remplace le nom d'origine — L'acte de naissance d'origine est annulé et remplacé par la transcription du jugement d'adoption qui vaut acte de naissance. 	<ul style="list-style-type: none"> — L'adopté a les mêmes droits et devoirs dans sa nouvelle famille qu'un enfant légitime — L'adopté conserve ses droits d'héritier dans sa famille d'origine — Le nom des parents adoptifs s'ajoute au nom de l'enfant ou le substitue — La mention de l'adoption simple est portée sur l'acte de naissance d'origine de l'enfant

TABLE 2.1 – Adoption simple et adoption plénière

Sociale à l'Enfance (ASE) de leur département. L'agrément est accordé pour cinq ans, dans un délai de neuf mois, par le Président du Conseil général.

Depuis la loi du 4 juillet 2005 portant sur la réforme de l'adoption, l'agrément est délivré pour l'accueil d'un ou de plusieurs enfants simultanément. Une notice, dont la forme et le contenu sont définis par décret, décrivant le projet d'adoption des personnes agréées est jointe à l'agrément. Cette notice peut être révisée par le Président du Conseil général sur demande du candidat à l'adoption. La notice jointe à l'agrément indique l'âge et les particularités de l'enfant désiré. Le projet peut évoluer en fonction du temps ou du pays d'origine retenu et la notice peut alors être modifiée par le Président du Conseil général sans qu'il soit nécessaire de refaire la procédure d'agrément [8].

La procédure d'agrément en vue d'adoption s'inscrit dans l'intérêt de l'enfant adopté. Le décret du 1er septembre 1998, modifié par le décret du 1er août 2006, réglemente cette procédure qui vise à garantir que les conditions d'accueil offertes par les demandeurs sur les plans éducatif, familial et psychologique correspondent aux besoins et à l'intérêt d'un enfant adopté.

Démarches pour la demande d'agrément

La procédure d'agrément se déroule dans un délai de neuf mois. Elle comprend six étapes principales :

— **La demande écrite :**

Un simple courrier est adressé au Président du Conseil général du département de résidence.

— **L'information préalable :**

Dans un délai de deux mois après la demande écrite, les personnes désirant adopter reçoivent un questionnaire à remplir 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 [35].

— **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 désir (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 (9 mois). 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 [35].

— **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 [35].

— **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 [36].

— **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 ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif [37].

Une fois l'agrément obtenu, le dossier est enregistré et sera rapproché des divers enfants proposés à l'adoption. Ce n'est qu'au travers de cet apparentement¹ qu'une procédure d'adoption peut être lancée.

De la demande à l'obtention de l'agrément :

La figure 2.1 reprend les principales étapes de la procédure d'adoption, de la demande d'agrément à la décision de la commission d'agrément (refus ou obtention de l'agrément).

1. Apparentement : Proposition d'établir une relation adoptive entre un enfant et une famille donnée. L'apparentement (appelé "matching" par les anglo-saxons) n'est pas la décision d'adoption. Il se concrétise par l'identification d'une future famille adoptive spécifique pour un enfant donné [14].

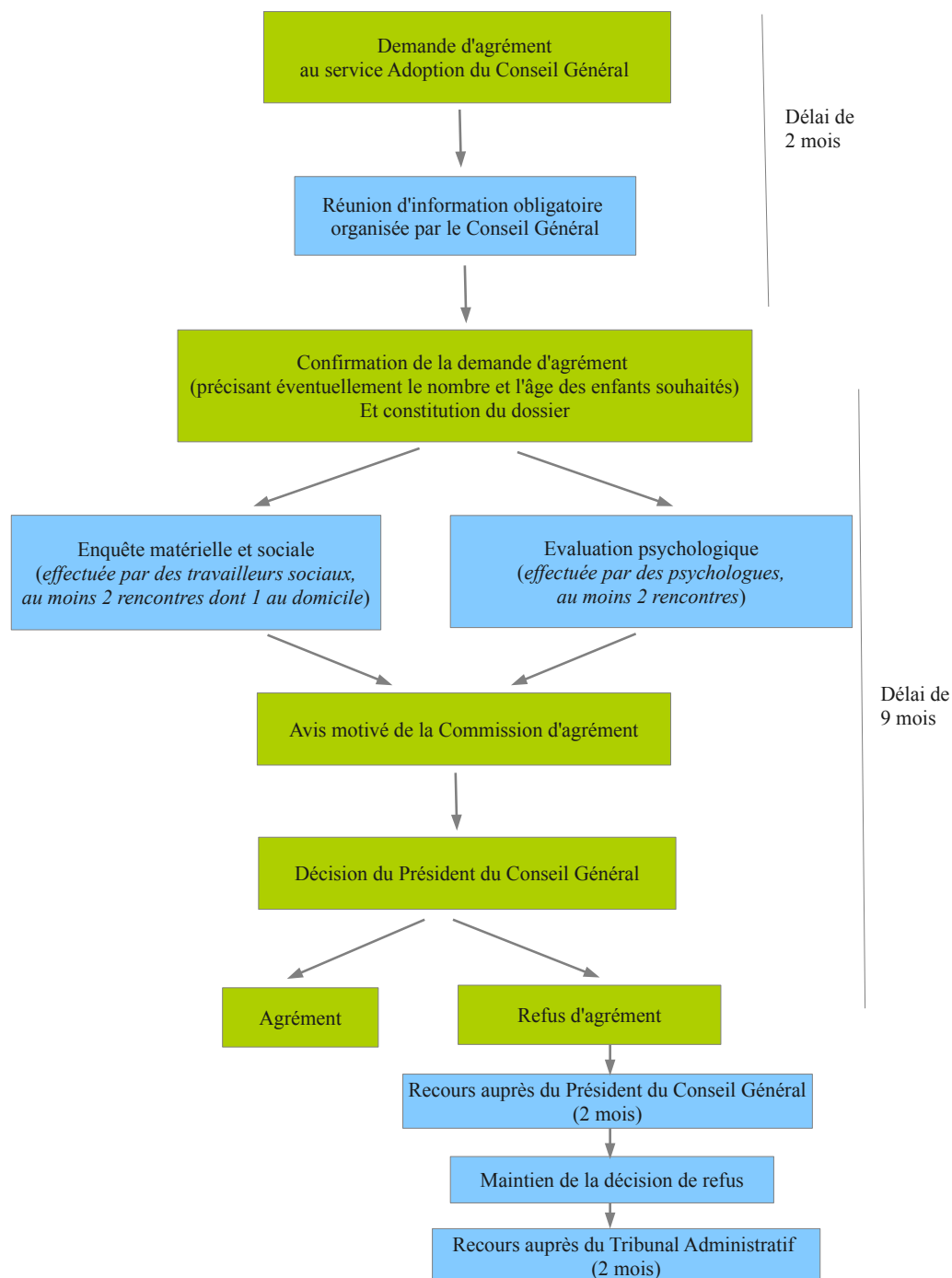


FIGURE 2.1 – Principales étapes de l'obtention de l'agrément [38]

2.4.2 De l'agrément à l'adoption : les voies possibles

Démarche individuelle ou Organisme Autorisé pour l'Adoption (OAA)

Pour adopter un enfant, tout titulaire d'un agrément peut choisir :

— **Une démarche individuelle :**

La démarche individuelle permet de se tourner directement vers l'étranger, sous réserve que la loi locale du pays d'origine de l'enfant le permette. Cette démarche est non accompagnée, sans aucune aide et sans garantie d'apparement. L'adoption par démarche individuelle nécessite de bien connaître la législation du pays vers lequel on se dirige, et de s'assurer de l'adoptabilité de l'enfant proposé.

Quand un apparement est réalisé les demandeurs doivent en informer la Mission de l'Adoption Internationale (MAI)². Toutes les démarches administratives et judiciaires sont à la charge des familles adoptantes. Ces démarches ne peuvent pas être réalisées dans les pays ayant ratifiés la Convention de la Haye.

— **Une démarche accompagnée par un organisme français autorisé :**

Les OAA sont des organismes privés assurant une mission de service public comme intermédiaires qualifiés pour l'adoption de mineurs résidents en France (très peu) ou à l'étranger. Leur agrément comporte une autorisation du département hébergeant le siège de l'association. Pour l'adoption internationale, les OAA possèdent une habilitation du Ministère Français des Affaires Étrangères pour chacun des pays où ils travaillent, ainsi qu'une accréditation et une licence chaque fois que le pays d'origine l'exige.

Après acceptation de la candidature, les OAA accompagnent les familles désirant adopter, dans leur préparation, dans l'accomplissement des formalités et la phase d'attente, puis dans la rencontre avec l'enfant dans son pays d'origine [40]. Ils assurent le suivi de l'enfant dès son arrivée et tout au long de la période contractuelle définie avec le pays d'origine. Pour certains pays, il va bien au-delà de la période légale fixée par la législation française.

Le montant de la participation demandée aux adoptants par les OAA est sous le contrôle de l'Autorité centrale pour l'adoption internationale. Le nombre de dossiers acceptés est limité, il représente environ 35% des adoptions à l'étranger [41].

Il existe actuellement 34 OAA autorisées en France, et 26 sont regroupées

2. 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 [39].

en 3 fédérations : la Fédération Française des Organismes Autorisés pour l'Adoption (FFOAA) qui regroupe 20 OAA dont 18 tournées vers l'international, le Collectif pour l'Adoption Internationale qui comporte 3 OAA et Fédération France Adoption qui en compte 3 également (Annexe C). La figure 2.2 montre la répartition des différentes OAA dans le monde.

Depuis mai 2006 : démarche accompagnée par l'Agence Française de l'Adoption (AFA)

En plus de ses missions d'information et de conseil, l'AFA accompagne les candidats à l'adoption lorsque leur projet :

- est orienté vers un pays où elle est habilitée et accréditée pour intervenir ;
- répond aux conditions requises dans le pays d'origine ;
- correspond aux profils des enfants adoptables dans ce pays.

Elle peut également intervenir dans les pays où l'adoption individuelle est interdite. L'AFA, en tant que Groupement d'Intérêt Public, propose des services gratuits et ne sélectionne pas les dossiers des candidats à l'adoption, dès lors qu'ils correspondent aux exigences législatives françaises et des pays d'origine. Elle ne peut cependant garantir qu'une proposition d'enfant sera faite par le pays d'origine [41].

L'AFA a trois missions principales :

- **Informers les familles**, en particulier en ce qui concerne les procédures judiciaires et administratives des différents pays et les modalités de l'adoption internationale.
- **Conseiller** : l'AFA est un interlocuteur privilégié avec les administrations des pays d'origine des enfants.
- **Accompagner** : l'AFA aide les familles à constituer leur dossier d'adoption, les prépare à l'arrivée d'un enfant (notamment pour les enfants à "besoins spécifiques") et les aide également à respecter, lorsque le pays d'origine le souhaite, leurs engagements de suivi post-adoption des enfants).

L'AFA compte aujourd'hui 35 pays partenaires, dont 34 ont ratifié la Convention de la Haye (cf figure 2.3) :

- 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,

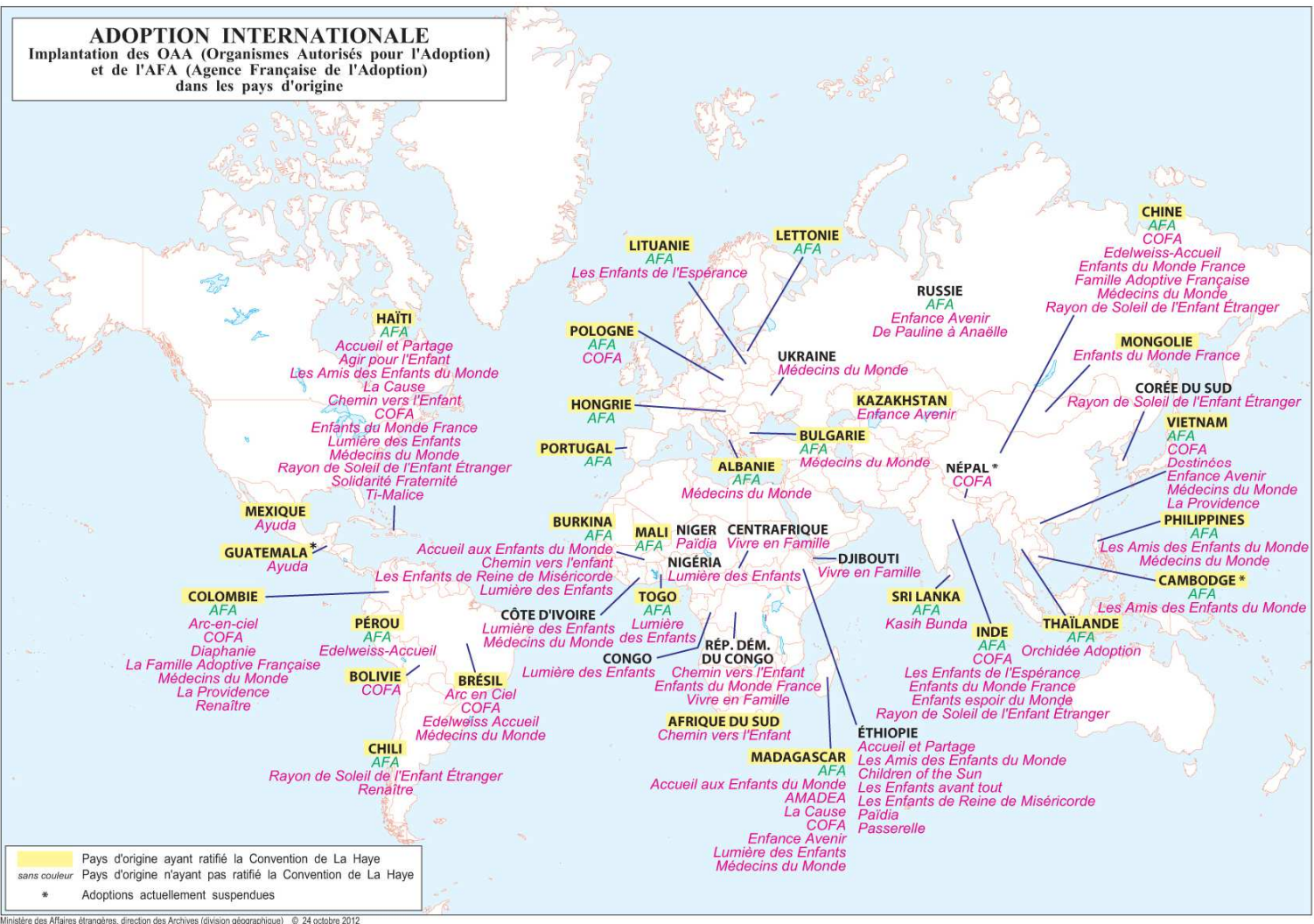


FIGURE 2.2 – Carte représentant les différentes OAA françaises et leur implantation dans le monde [42]

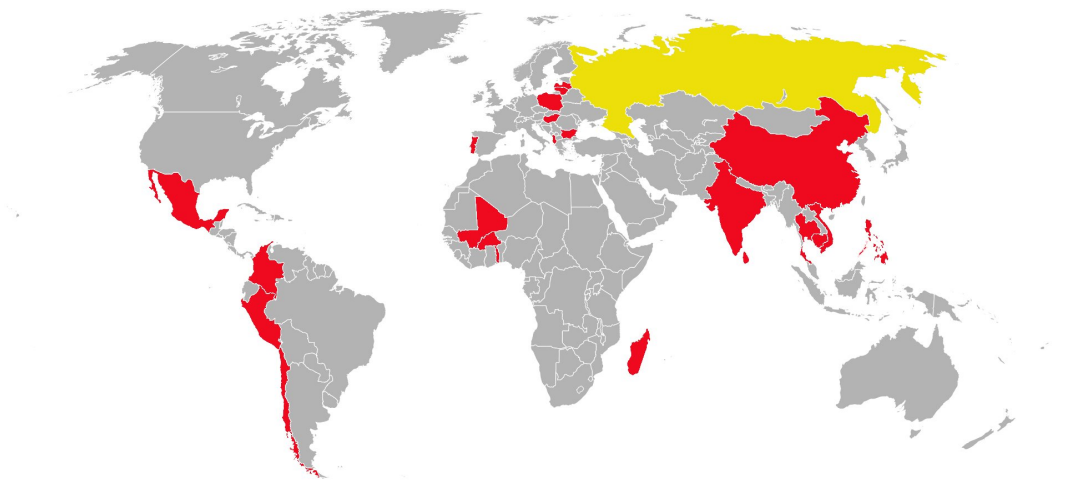


FIGURE 2.3 – Pays partenaires de l’AFA

- 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 [41].

Le chemin de l’adoption avec l’AFA est détaillé dans la figure 2.4.

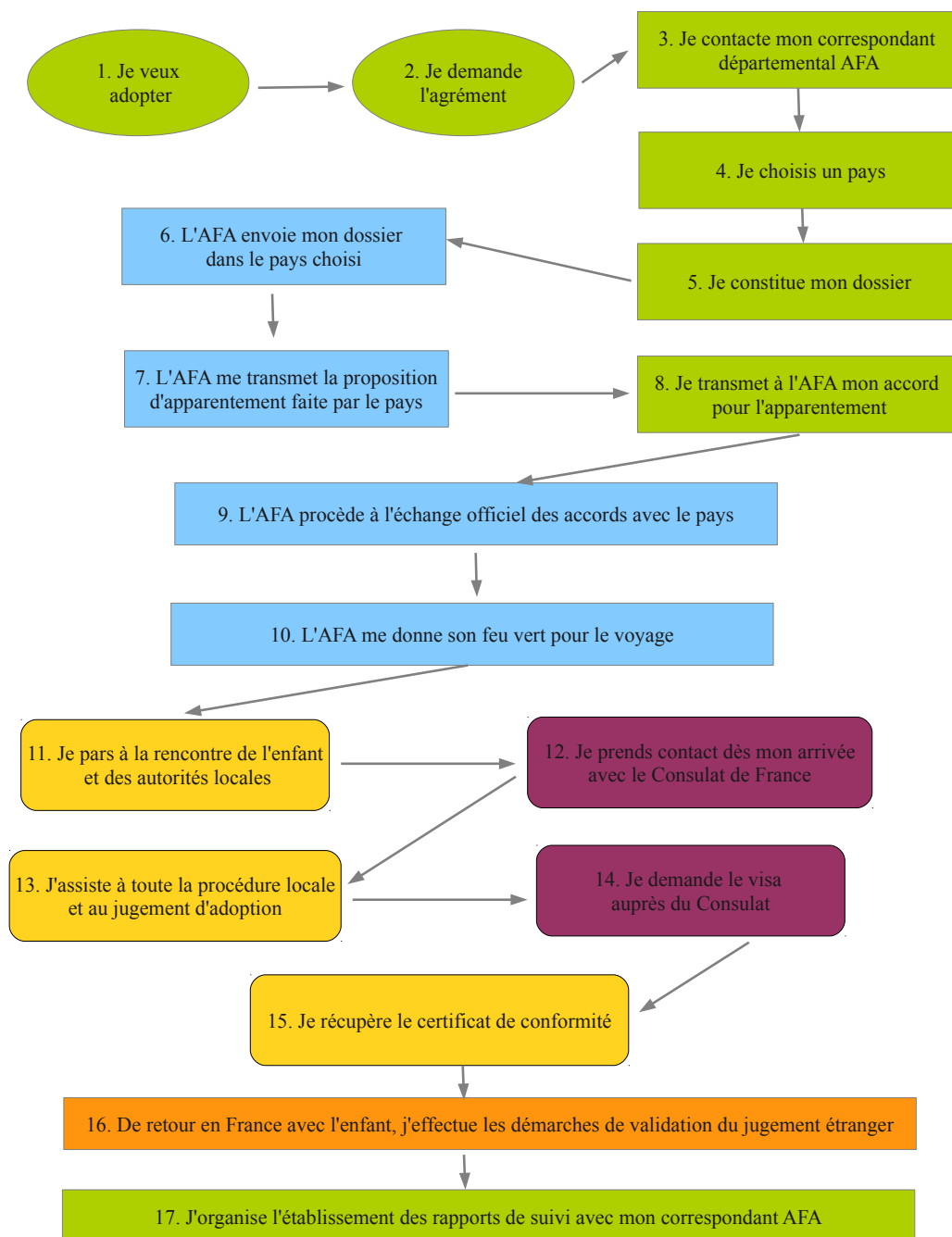


FIGURE 2.4 – Le chemin de l'adoption avec l'AFA [43]

3. État de santé des enfants adoptés

Tous les parents s'inquiètent pour la santé et le bien-être de leurs enfants. Le plus souvent, les parents adoptifs sont plus inquiets du fait de l'ignorance, dans la plupart des cas, des antécédents médicaux des enfants adoptés ou proposés à l'adoption. Toutefois, ils savent qu'il est toujours possible de refuser l'adoption d'un enfant si celui-ci présente une pathologie qu'ils ne se sentent pas capable d'assumer. L'adoption qui sous-estime un handicap peut avoir des conséquences lourdes, tant pour l'enfant qui, dans les cas extrêmes, vivra un deuxième abandon, que pour les parents adoptifs (dépression, épuisement, éclatement familial).

Le caractère relativement récent de l'adoption internationale explique que de nombreux médecins ignorent encore les pathologies en relation avec l'adoption. Or, cette population tout à fait particulière d'enfants adoptés à l'étranger nécessite des examens et des soins adaptés, d'autant plus que la prise en charge dans le pays de naissance est souvent peu fiable, en raison d'une formation médicale différente et de l'insuffisance de moyens. Attendre pour voir si l'enfant a besoin ou non d'un bilan ou qu'une maladie se déclare expose à en augmenter les risques et la gravité.

Cette section résume les risques médicaux liés à l'adoption ainsi que les examens généralement réalisés observés dans [4, 44, 45].

3.1 Le risque propre au nouveau-né [4]

Il n'est pas du tout spécifique à l'enfant adopté à l'étranger. Les examens réalisés de façon systématique, en France, à tous les nouveaux-nés, font parfois oublier que les enfants arrivant du tiers-monde n'ont pas pu bénéficier de cette prévention.

3.1.1 Trois maladies graves dépistées à la naissance [4]

- **L'hypothyroïdie** est un déficit de sécrétion des hormones thyroïdiennes. Celles-ci ont un rôle très important dans la croissance et le développement cérébral. Leur absence entraîne donc un retard mental et un retard de croissance irréversibles si les enfants ne sont pas soignés avant deux mois de vie. En dehors de toute anomalie congénitale et d'insuffisance thyroïdienne vraie, on peut parfois constater, sur le bilan biologique de certains nourrissons adoptés à l'étranger, une élévation de l'hormone TSH, due non pas à un défaut de la glande thyroïde, mais à une carence en iode. Cette anomalie se normalisera rapidement avec une alimentation de bonne qualité.

- **La phénylcétonurie** est un trouble de l'assimilation de certaines protéines. Un régime alimentaire strict (pauvre en aliments d'origine animale) instauré précocement permettra, s'il est bien conduit, un développement normal. Dans le cas contraire, un retard mental important s'installera de façon irréversible.
- **L'hyperplasie des glandes surrénales** est une insuffisance de fonctionnement de celles-ci. L'absence de sécrétion des hormones qu'elles produisent peut provoquer un décès brutal par une déshydratation grave et d'évolution rapide, dès les premières semaines de vie. Ce dépistage est donc peu utile pour dépister les formes précoces conduisant au décès. Mais il garde un intérêt pour déceler les formes tardives pouvant décompenser suite à un épisode infectieux par exemple.

Chez un nourrisson adopté avant l'âge de six mois, il faut réaliser ces dépistages systématiques, par de simples prises de sang. Au-delà de six mois, ils sont moins utiles car les maladies qu'ils permettent de dépister sont alors plus prévisibles ; on ne les réalisent, à ce moment-là, qu'en cas de signes évocateurs ou au moindre doute.

3.1.2 Les maladies transmises pendant la grossesse

Chez les plus petits toujours, il est nécessaire de contrôler (par une prise de sang) si l'enfant n'est pas porteur d'une maladie transmise par la maman au cours de la grossesse qui risque d'entraîner des malformations graves ou des maladies chroniques. Ces maladies sont la rubéole, la toxoplasmose, la syphilis, l'hépatite B et le sida.

La rubéole et la toxoplasmose, quand elles sont transmises au fœtus, risquent d'entraîner des lésions cérébrales (handicap mental) et sensorielles (surdité, troubles de la vision). Ces complications sont souvent présentes de manière irréversible après la naissance mais il est toujours utile de débuter le plus tôt possible une prise en charge pour tenter de diminuer le handicap.

3.2 Les maladies infectieuses [4, 44, 46]

3.2.1 Le sida

Du fait de la médiatisation du sida, un dépistage quasi-systématique est effectué dans tous les pays, soit à la demande des parents adoptifs, soit des autorités du pays d'origine lui-même. Très peu d'enfants adoptés à l'étranger sont donc séropositifs.

Cette maladie se traduit par un affaiblissement des défenses naturelles de l'organisme. Malgré l'apparition de traitements qui semblent avoir une certaine efficacité, son pronostic reste très grave, et entraîne encore un grand nombre de décès. Si l'enfant vient d'une zone où le sida est très fréquent, même si la sérologie est négative, il vaut mieux, par prudence, la recontrôler trois mois après.

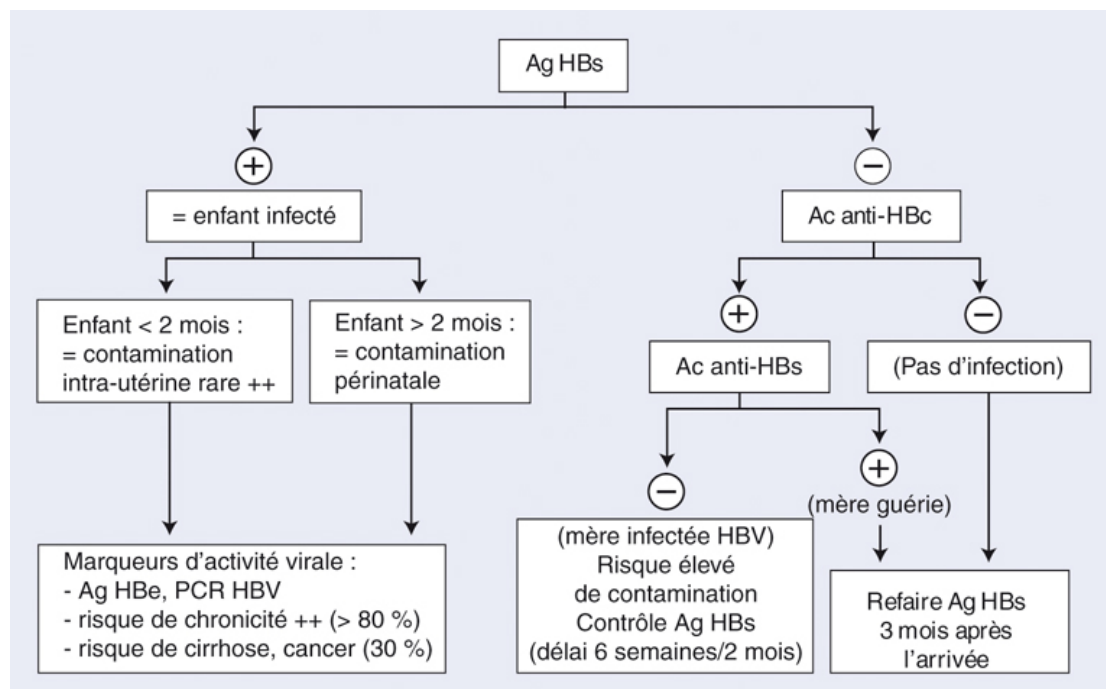


FIGURE 3.1 – Interprétation d’une sérologie HBV et conduite à tenir chez un enfant de **moins de 1 an**. (Ac : anticorps; Ag : antigènes; PCR : polymérase chain reaction). Source [46]

3.2.2 L’hépatite A

La plupart des enfants adoptés sont originaires de pays à forte endémie. Dans la plupart des cas, l’évolution de cette maladie est simple. Elle entraîne une fatigue prolongée pendant plusieurs semaines, avec une perte d’appétit qui provoque une dénutrition et/ou une déshydratation. Elle reste fréquente dans le tiers-monde, en particulier quand l’eau est de mauvaise qualité. La vaccination de la famille adoptante est recommandée.

3.2.3 L’hépatite B [47]

Il s’agit là aussi d’une maladie grave : certains enfants contaminés présentent une forme chronique, pouvant elle-même évoluer vers une cirrhose ou un cancer du foie. Cette maladie est particulièrement fréquente en Asie, Afrique et Europe de l’Est.

Le dépistage de l’hépatite B doit être systématique à l’arrivée des enfants adoptés, quelque soit leur âge. Si un enfant adopté est contaminé, une vaccination doit être proposée à sa famille d’accueil du fait du fort risque de contagion intra-familiale. La fréquence des hépatites B est importante dans la population des enfants adoptés (presque 10%).

Les figures 3.1 et 3.2 présentent les arbres décisionnels de l’interprétation d’une sérologie HBV (virus de l’hépatite B) en fonction de l’âge de l’enfant lorsque le statut sérologique maternel est inconnu.

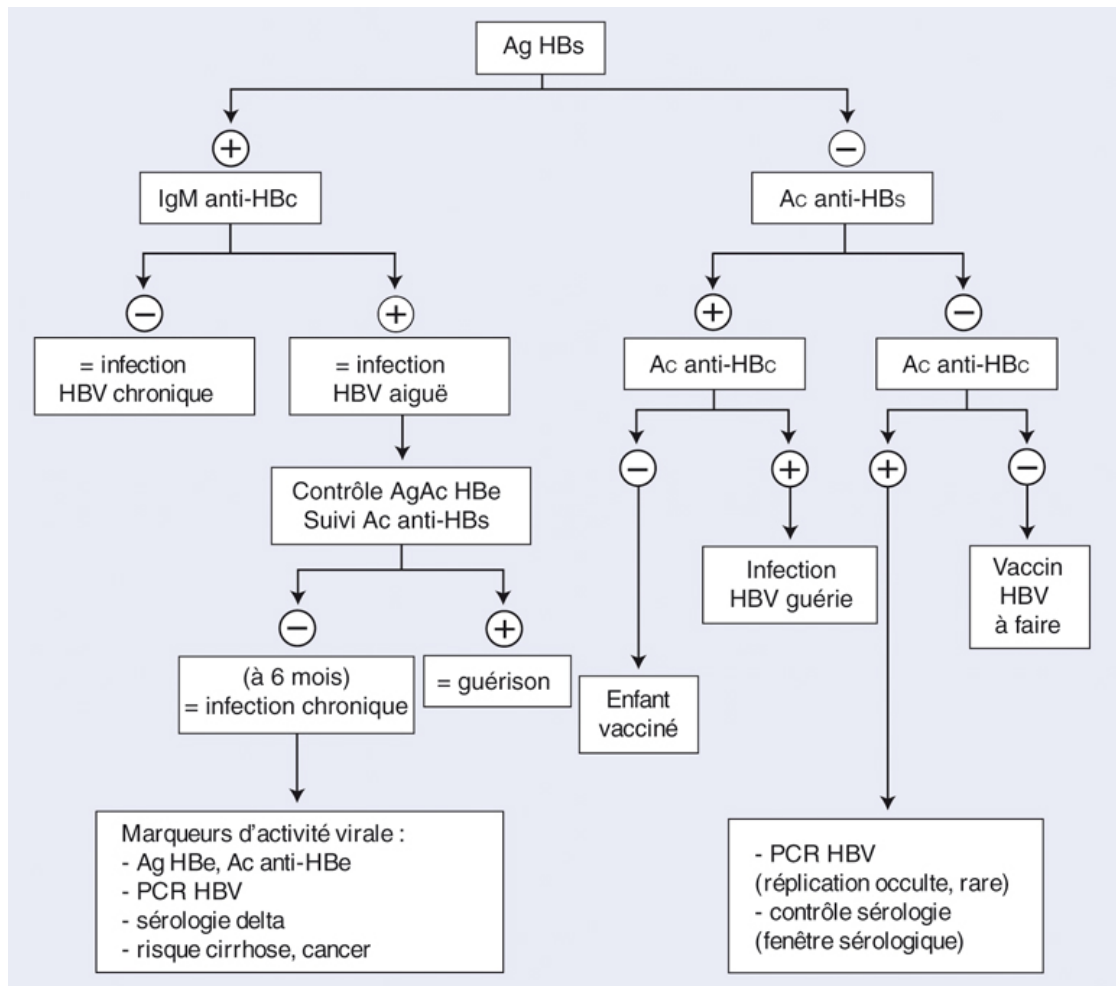


FIGURE 3.2 – Interprétation d’une sérologie HBV et conduite à tenir chez un enfant de **plus de 1 an**. (Ac : anticorps ; Ag : antigènes ; Ig : immunoglobulines ; PCR : polymérase chain reaction). Source [46]

3.2.4 L'hépatite Delta

Elle est proche de l'hépatite B, dans sa transmission et sa gravité. Elle est fréquente en Asie du Sud-Est, et comme elle est toujours associée à l'hépatite B, on ne la recherche qu'en cas d'hépatite B chronique.

3.2.5 L'hépatite C

Si la contamination est rare pour l'hépatite C en dehors d'une contamination foeto-maternelle le plus souvent diagnostiquée, le risque de transmission par des aiguilles contaminées n'est pas nul. Ainsi, il est d'usage de vérifier le statut sérologique de chaque enfant adopté.

3.2.6 La syphilis

Elle reste relativement rare chez les bébés adoptés mais elle est curable (traitement par benzathine-pénicilline, Extencilline®) donc elle doit toujours être recherchée à l'arrivée. Sa forme congénitale, transmise par la mère, peut avoir des conséquences neurologiques, ostéo-articulaires ou sensorielles (surdité et troubles de la vision en particulier).

3.2.7 La tuberculose

La plupart des enfants sont originaires de pays à forte endémie de tuberculose. Du fait d'une couverture vaccinale insuffisante et du prix élevé des traitements antituberculeux, on note une fréquence relativement importante de cette maladie chez les enfants adoptés, augmentant avec l'âge des enfants. Elle peut prendre plusieurs formes : pulmonaire, urinaire, méningée, osseuse, ganglionnaire, etc. De ce fait la réalisation d'une intra-dermo-réaction (IDR) à la tuberculine doit être pratiquée chez tous les enfants à leur arrivée. En cas de test négatif, une vaccination doit être proposée, au moins jusqu'à l'âge de onze ans.

3.2.8 Les infections bactériennes et parasitaires intestinales

Beaucoup moins graves et plus faciles à traiter, leur fréquence est parfois impressionnante, et presque tous les enfants adoptés en sont porteurs. Les conséquences sont des douleurs abdominales et une dénutrition. La promiscuité et la durée du séjour en orphelinat sont d'importants facteurs de risque.

En présence d'un ballonnement abdominal, de selles fétides, mal digérées, molles ou liquides, il est licite de proposer un examen parasitologique des selles à réaliser dans un laboratoire de référence en précisant le pays d'origine de l'enfant. Cet examen devra être répété au moins trois jours de suite.

3.2.9 La gale, les teignes

Toutes ces maladies de la peau ou des cheveux restent fréquentes (presque constantes) dans les pays défavorisés sur le plan de l'hygiène.



FIGURE 3.3 – Gale [48]



FIGURE 3.4 – Teigne [49]

La gale

C'est une maladie cutanée parasitaire, bénigne et très contagieuse. Elle se manifeste essentiellement par un prurit, souvent majoré la nuit, mais qui peut manquer chez les nourrissons. La photo 3.3 met en évidence les lésions visibles dans ce type de parasitose.

Il existe un traitement efficace : l'Ivermectine (Stromectol®) mais il convient de traiter également les autres membres de la famille et de prévoir un traitement désinfectant de l'environnement, notamment vêtements et literies par une bombe aérosol (par exemple APAR®).

Les teignes

Ce sont des parasitoses fréquentes du cuir chevelu, notamment chez les enfants originaires d'Afrique, du Vietnam ou d'Haïti comme nous pouvons le voir sur la photo 3.4. Des traitements locaux et systémiques (griséofulvine) doivent être réalisés au plus vite devant une contagiosité importante.

3.2.10 Le paludisme

Transmise par la piqûre d'un moustique, cette maladie peut être grave dans un certain nombre de cas. Elle est fréquente, essentiellement en Afrique Noire et en Asie du Sud-Est. Si le paludisme reste rare chez les enfants adoptés, il est toutefois indispensable de l'évoquer devant toute fièvre qui survient dans les six mois suivant l'arrivée de l'enfant.

3.3 Les particularités ethniques

3.3.1 La hernie ombilicale

Certains enfants, en particulier les Africains, présentent une faiblesse de leur musculature abdominale qui se traduit par un ombilic saillant (cf photo 3.5). Il s'agit d'une particularité ethnique. Une bonne alimentation permet au ventre d'être moins ballonné et d'avoir une meilleure musculature ; la hernie ombilicale disparaît ou diminue. Pour les cas les plus importants, une reconstruction chirurgicale à visée esthétique pourra être envisagée avant l'âge de 6 ans.

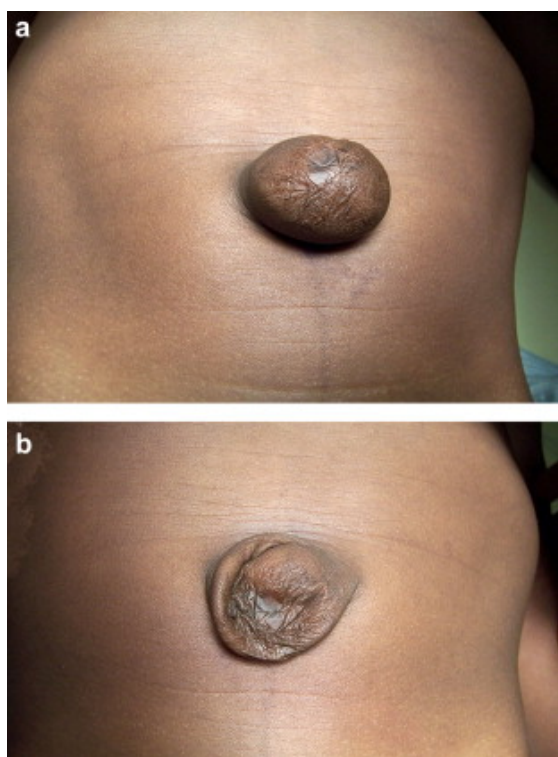


FIGURE 3.5 – Hernie ombilicale

3.3.2 Les taches mongoloïdes

C'est une autre particularité ethnique, assez fréquente, surtout chez les enfants originaires d'Extrême-Orient et du pourtour méditerranéen. Il s'agit de taches noires bleutées présentes à la base du dos, au dessus des fesses, et parfois étendues



FIGURE 3.6 – Tache mongoloïde [50]

sur toute la surface du dos et sur les membres comme nous pouvons le voir sur la photo 3.6. Elles peuvent être confondues avec des hématomes.

3.3.3 Les hémoglobinopathies

Il s'agit de malformations des globules rouges telles que la drépanocytose, les thalassémies, l'hémoglobinoïde E... Elles n'ont de conséquences graves (anémie, crises douloureuses très intenses) que si l'enfant est porteur de la forme homozygote.

3.4 Carences alimentaires et problèmes de croissance

Avant d'être adoptés, beaucoup d'enfants ont souffert d'une carence alimentaire, quantitative ou qualitative. Il faut insister auprès des parents pour que l'alimentation à l'arrivée soit diversifiée et les rassurer sur les quantités, parfois importantes, ingérées par les enfants : la plupart du temps, la satiété se régule d'elle-même lorsque la malnutrition s'amende.

3.4.1 Le retard de croissance

Il est fréquent mais souvent difficile à estimer du fait des différences ethniques. Malgré tout, en dehors de ces différences de mensurations d'origine géographique, de véritables retards de poids et de taille existent, provoqués par la malnutrition. Le séjour prolongé en orphelinat est, là aussi, un facteur de mauvais pronostic. Les principales raisons en sont le déficit d'apport alimentaire et la carence affective. Dans de nombreux cas, un rattrapage satisfaisant est obtenu, d'autant plus lorsque l'adoption a été précoce.

La mesure du périmètre crânien semble être plus significative que celle du poids et de la taille. Un retard majeur peut traduire une dénutrition sévère, avec un risque de séquelles neurologiques. Mais il faut se méfier une fois de plus des variations ethniques.

3.4.2 Le rachitisme

Il s'agit d'une carence en vitamine D. Cette vitamine a un rôle essentiel dans la minéralisation osseuse. Le rachitisme se traduit donc par des déformations osseuses qui ne sont pas toujours visibles au début. Il est relativement fréquent chez les enfants adoptés dénutris, surtout s'ils sont originaires d'un pays peu ensoleillé (Europe de l'Est). Un rachitisme guérit bien grâce à l'apport de vitamine D et de calcium.

3.4.3 Les anémies

Elles sont fréquentes chez les enfants adoptés. Ces anémies sont majoritairement d'origine ferriprives du fait de carences nutritionnelles, mais des facteurs non alimentaires, tels que les infections parasitaires, un paludisme récurrent et les infections chroniques peuvent également les majorer. Elles sont souvent d'évolution rapidement favorable après l'introduction d'un régime alimentaire équilibré et d'une supplémentation en fer éventuelle.

3.4.4 La puberté précoce

La puberté précoce, chez la petite fille, se définit comme une puberté débutant avant l'âge de huit ans. Presque la moitié des petites filles adoptées entre les âges de quatre et dix ans souffrent de cette pathologie. Le risque de faire une puberté précoce est, d'après certaines études, de cinquante à quatre-vingt fois plus fréquent chez un enfant adopté à l'étranger que chez un enfant né en France. Ce risque concerne les enfants venant de pays en voie de développement, principalement les petites filles. La cause de la puberté précoce serait un changement nutritionnel important, le passage d'une alimentation très déficitaire à une alimentation surabondante.

Il faut bannir une croyance complètement fausse et largement répandue : la puberté ne commence pas plus précocement dans les pays tropicaux. Au contraire, les petites filles qui vivent dans le tiers-monde (et qui sont souvent sous-alimentées) débutent leur puberté, en moyenne, bien plus tard que celles qui habitent dans les pays favorisés. Ce risque, souvent méconnu, évolue de façon sournoise et les seuls symptômes initiaux permettant d'évoquer une puberté précoce sont un accroissement trop rapide de la taille et une maturation trop rapide des os associés à l'apparition de caractères sexuels secondaires (apparition de poils pubiens, développement des seins et des organes génitaux).

C'est pourquoi il est important de contrôler, dès leur arrivée, "l'âge osseux" des petites filles par une simple radiographie de la main et du poignet qui servira de référence. En cas de puberté précoce avérée, le traitement consiste en une injection trimestrielle de Decapeptyl® ou d'Enantone®.

Il faut également se méfier des fausses pubertés précoces, liées, le plus souvent à des problèmes d'état civil. En effet, il s'agit de développements pubertaires normaux si l'on tient compte de l'âge réel de l'enfant.

3.4.5 Le nanisme psychosocial

Ce phénomène concerne de manière plus fréquente les enfants adoptés. Il touche les enfants malheureux, parce qu'ils ont subi de mauvais traitements ou parce que, même sans être maltraités, ils n'étaient pas aimés. Cette carence affective peut avoir de lourdes conséquences sur la croissance, puisque l'enfant refuse de grandir. Une fois ces conditions défavorables changées (par exemple par l'adoption), l'enfant se met à pousser à toute allure et à rattraper son retard.

Cette croissance est aussi rapide que celle que l'on peut voir dans la puberté précoce. La cause en est tout autre : c'est l'hormone de croissance, qui n'était plus sécrétée, qui se libère tout à coup. Il existe un moyen simple de faire la différence, car, contrairement à la puberté précoce, en cas de nanisme psychosocial, le gain de croissance va aussi vite que la maturation osseuse.

3.5 Le risque neurologique

Il s'agit d'une des principales craintes des parents adoptifs. En effet, un enfant porteur d'un important retard de développement n'a pas nécessairement de signes apparents au moment de son adoption.

Tout comme les retards de taille, de poids et de périmètre crânien, les retards d'acquisition et de développement psychomoteurs sont fréquents chez les enfants adoptés à l'étranger. La dénutrition joue un grand rôle, mais plus encore, les éventuels sévices ou carences affectives qui ont précédés l'adoption.

3.5.1 Les séquelles de dénutrition de la première année

Les enfants présentant une grave dénutrition, surtout pendant les 6 premiers mois de la vie, sont assez fréquents. Le cerveau connaît une phase de croissance intense particulièrement dans les 6 premiers mois de vie et une renutrition calorique ultérieure n'est pas toujours suffisante pour supprimer les séquelles neuro-psychiques de cette dénutrition.

3.5.2 Les séquelles de la foetopathie alcoolique

Le syndrome d'alcoolisation foetal (SAF) se rencontre essentiellement dans le cadre de l'adoption dans les pays de l'Europe de l'Est et reste souvent sous-diagnostiqué dans les orphelinats.

Un alcoolisme important pendant la grossesse peut être générateur d'une hypotrophie staturo-pondérale et d'une microcéphalie à la naissance. Quelques anomalies du visage, comme nous le montre la figure 3.7, peuvent exister mais ne sont pas forcément facilement dépistables, surtout chez les enfants très jeunes. Ces enfants sont exposés à des séquelles intellectuelles définitives.

3.5.3 Le saturnisme

Liés à une intoxication des eaux, à une pica, à la pollution, à une intoxication materno-foetale, les cas de saturnisme existent chez les enfants adoptés, en parti-

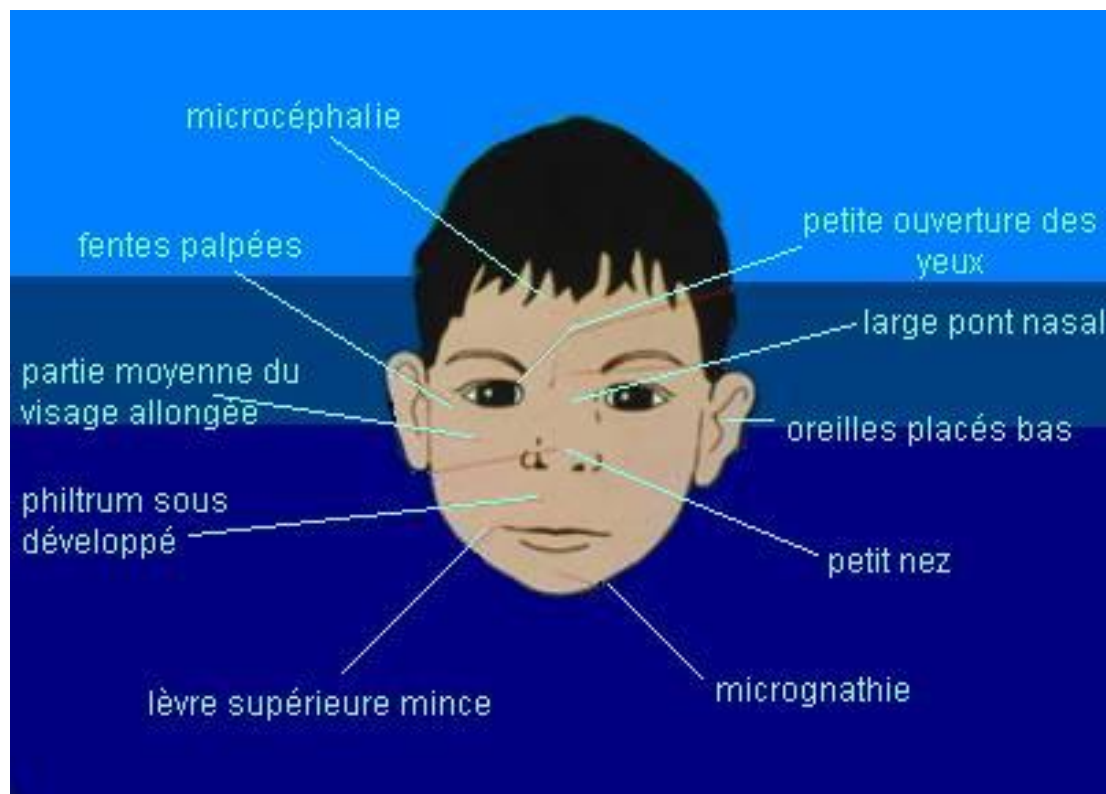


FIGURE 3.7 – Faciès caractéristique d'un syndrome d'alcoolisation foetale [51]

culier en Haïti, en Chine et dans les pays d'Europe de l'Est. Il faut savoir y penser devant des symptômes peu spécifiques (troubles digestifs, irritabilité) mais il peut, à long terme, provoquer des séquelles neuropsychiques.

Un dépistage du saturnisme par le dosage du plomb dans le sang doit être réalisé à l'arrivée de l'enfant, notamment s'il est originaire d'un pays à risque. Un traitement par chélation est indiqué pour les intoxications les plus importantes et une alimentation équilibrée, riche en calcium, vitamine D et fer doit être observée lorsque la plombémie est moins élevée.

3.6 Examen de santé à l'arrivée de l'enfant

Les risques médicaux de l'adoption d'un enfant étranger existent et ils sont variés. La plupart des pathologies peuvent tout à fait être soignées avec une prise en charge rapide et appropriée.

Même si aucune prise en charge médicale n'est actuellement standardisée, un examen approfondi dès l'arrivée de l'enfant est recommandé et peut, à partir des références [52] se résumer ainsi :

- **Histoire** de la grossesse, le parcours (abandon, orphelinat, hospitalisations...);
- **Recherche d'antécédents** médicaux personnels et familiaux connus (interprétation du dossier médical du pays);

- **Évaluation du statut nutritionnel** : courbes de poids, taille et périmètre crânien prenant en compte, si elles existent, les mensurations antérieures. Les courbes staturo-pondérales doivent être interprétées en fonction de l'origine ethnique de l'enfant et réalisées parallèlement à l'enquête nutritionnelle. Le périmètre des bras et des cuisses, l'état dentaire, la qualité des cheveux, la présence d'oedèmes, d'un abdomen ballonné permettent également d'évaluer l'état nutritionnel de l'enfant.
- **Examen clinique complet** : signes de maltraitance, peau, dentition, puberté, audition, squelette, etc ;
- **Dépistages auditif et visuel** : la grande fréquence d'otites non traitées, de surdités souvent difficiles à détecter, d'amblyopies ou d'amétropies, de cataractes congénitales (rubéole), l'absence de prévention du risque cariogène et la dénutrition nécessitent parfois, après un examen soigneux, des consultations spécialisées.
- **Évaluation du développement psychomoteur** qui peut être délicate chez un enfant non francophone, ayant éventuellement subi une dénutrition sévère au cours de sa première année, arrivant d'un orphelinat peu stimulant et démarrant une toute nouvelle vie. Une observation minutieuse et approfondie de l'enfant est conseillée : comportement, motricité fine et globale, langage/communication, jeux, dessin, etc ;
- **Réalisation de prélèvements sanguins** :
 - numération formule sanguine,
 - bilan martial (dosage du fer sérique et de la ferritine),
 - plombémie (Haïti, Chine, pays de l'Est),
 - électrophorèse de l'hémoglobine,
 - G6PD selon l'origine ethnique (Asie du Sud-Est),
 - bilan rénal et hépatique selon le dossier médical de l'enfant,
 - sérologies : VIH, syphilis, hépatite B, C (A si entourage non vacciné),
 - dosage des Ac antitétaniques et Ac anti-HBs un mois après le rappel tétra- ou pentavalent (selon l'âge de l'enfant),
 - tri-iodothyronine, thyroxine, TSH chez les enfants de moins de trois ans,
 - à compléter, selon le pays, d'une goutte épaisse (zones d'endémie du paludisme), dépistage de la maladie de Chagas (Amérique centrale et du Sud) ;
- **Prélèvements urinaires** éventuels, en fonction du contexte ;
- **Examens parasitologiques des selles** qui doivent être réalisés à trois reprises sur dix jours (recherche d'Ag *Helicobacter pylori* dans les selles en cas de symptomatologie) ;
- **Rattrapage**, selon l'âge de l'enfant, **des dépistages** systématiques préna-

tals et postnatals pratiqués en France (dont hypothyroïdie, phénylcétonurie, rubéole, toxoplasmose) ;

- **IDR** ;
- Vérification de la qualité de l’immunisation des vaccins déjà effectués et mise à jour des **vaccinations** ;
- **Radiographie thoracique** si symptômes ou pays d’origine appartenant à la zone d’endémie de la tuberculose ;
- **Âge osseux** de référence chez l’enfant de plus de quatre ans (en particulier pour les filles) ou en cas de doute sur l’âge ;
- Bilan sanguin (calcium, phosphore, 25OHD3) et radiographie (crâne, membres) si suspicion de **rachitisme**.
- Un **bilan orthophonique** sera utile dans un second temps.

La prise en charge ultérieure et un suivi spécialisé seront envisagés en fonction des besoins.

La prescription systématique de vitamine D chez les enfants de moins de 3-4 ans devra être réalisée.

3.6.1 Les vaccinations

Lors de toute consultation, il est indispensable de revoir le statut vaccinal de l’enfant. Les erreurs, les oublis, les “faux” vaccins sont fréquents. Il faut également répertorier les vaccins déjà effectués, pour lesquels il existe un carnet, une signature ou des numéros de lot.

Il convient de réaliser, si nécessaire, les injections suivantes afin de rattraper le calendrier vaccinal français [47] (Figure 3.8) :

- le BCG,
- le DTPolio, Coqueluche, Haemophilus Influenzae,
- l’hépatite B,
- le ROR (effectué à l’âge de un an),
- d’autres vaccins (contre les méningites à pneumocoques et à méningocoques C) peuvent également être proposés.

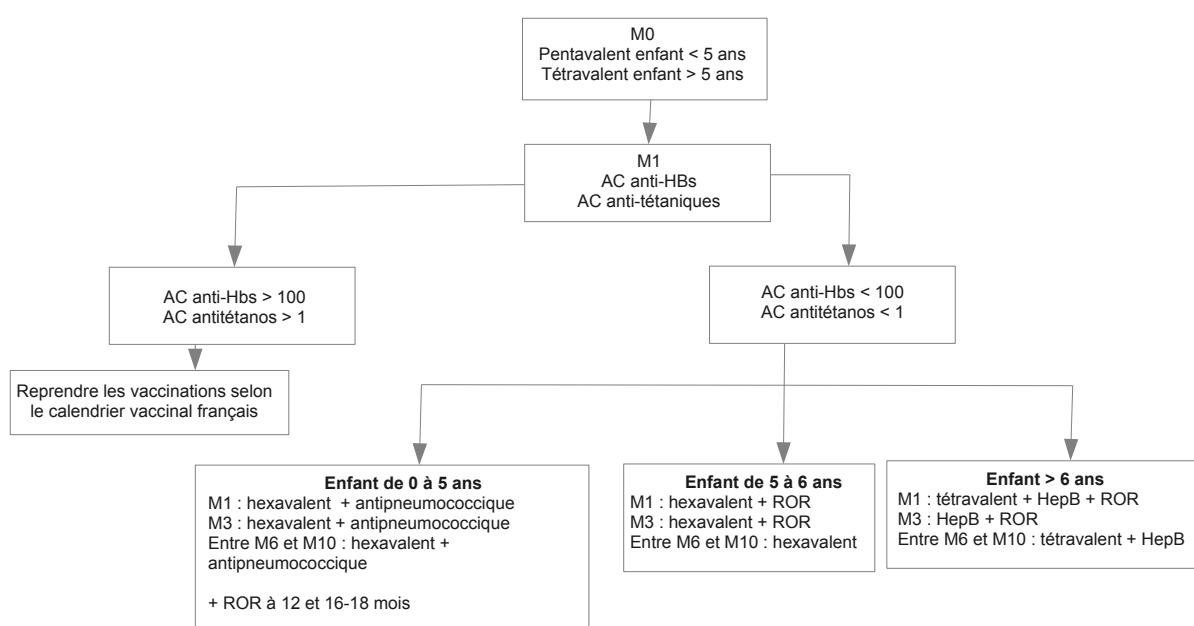


FIGURE 3.8 – Conduite à tenir devant un calendrier vaccinal incertain. (Ac : anticorps ; M : mois ; HepB : hépatite B ; ROR : rougeole oreillons rubéole). Source [53]

4. Consultation d’Orientation et de Conseils en Adoption

4.1 Evolution des COCA

L’adoption d’un enfant, en particulier à l’international, est un fait de société incontournable. La plupart des médecins sont amenés un jour à s’occuper d’un enfant à son arrivée en France ou encore lors des classiques questionnements identitaires de l’adolescence [47].

Le “parcours santé” doit permettre de donner une lisibilité et des points de repère cohérents aux parents afin qu’ils identifient des pôles de ressources et d’expertise sur l’ensemble du territoire. Il ne s’agit en aucun cas de stigmatiser ces enfants mais au contraire de maximiser leurs chances d’être intégrés dans leur nouveau pays en tenant compte de leur histoire [2].

A partir d’expériences pionnières menées par des pédiatres également parents adoptifs, la nécessité d’un suivi médical adapté pour les enfants adoptés a été identifiée et les Consultations d’Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) se sont développées, répondant ainsi à un besoin de santé publique [2].

La première COCA voit le jour en 1993 au CHU de Pau, à l’initiative du Dr. Choulot. Il sera rapidement suivi par le Dr. De Monléon, qui crée, en juin 1999, à Dijon, la Consultation Adoption Outremer qui reste, encore aujourd’hui, la première en France de part le nombre d’enfants accueillis. La COCA de Nancy, objet de notre thèse, a quant à elle été créée en 2003 par le Pr. Feillet.

Depuis 2003, la Société Française de Pédiatrie recommande les COCA aux familles adoptantes et adoptives, ce qui a permis une multiplication de ces structures. On compte actuellement en France une vingtaine de COCA mais, devant la volonté du gouvernement d’encadrer la prise en charge médico-sociale des enfants adoptés et devant le nombre grandissant d’adoptions d’enfants à besoins spécifiques, de nouvelles structures devraient probablement être créées prochainement (figure 4.1).

4.2 Pourquoi les COCA : leur rôle ?

Les COCA sont des consultations spécialisées animées la plupart du temps par des pédiatres ayant une connaissance particulière dans le domaine de l’adoption. Elles ont été créées en réponse à une demande des parents qui souhaitaient bénéficier d’une évaluation globale de leurs enfants et également une prise en charge adaptée à certaines pathologies spécifiques en un même lieu.

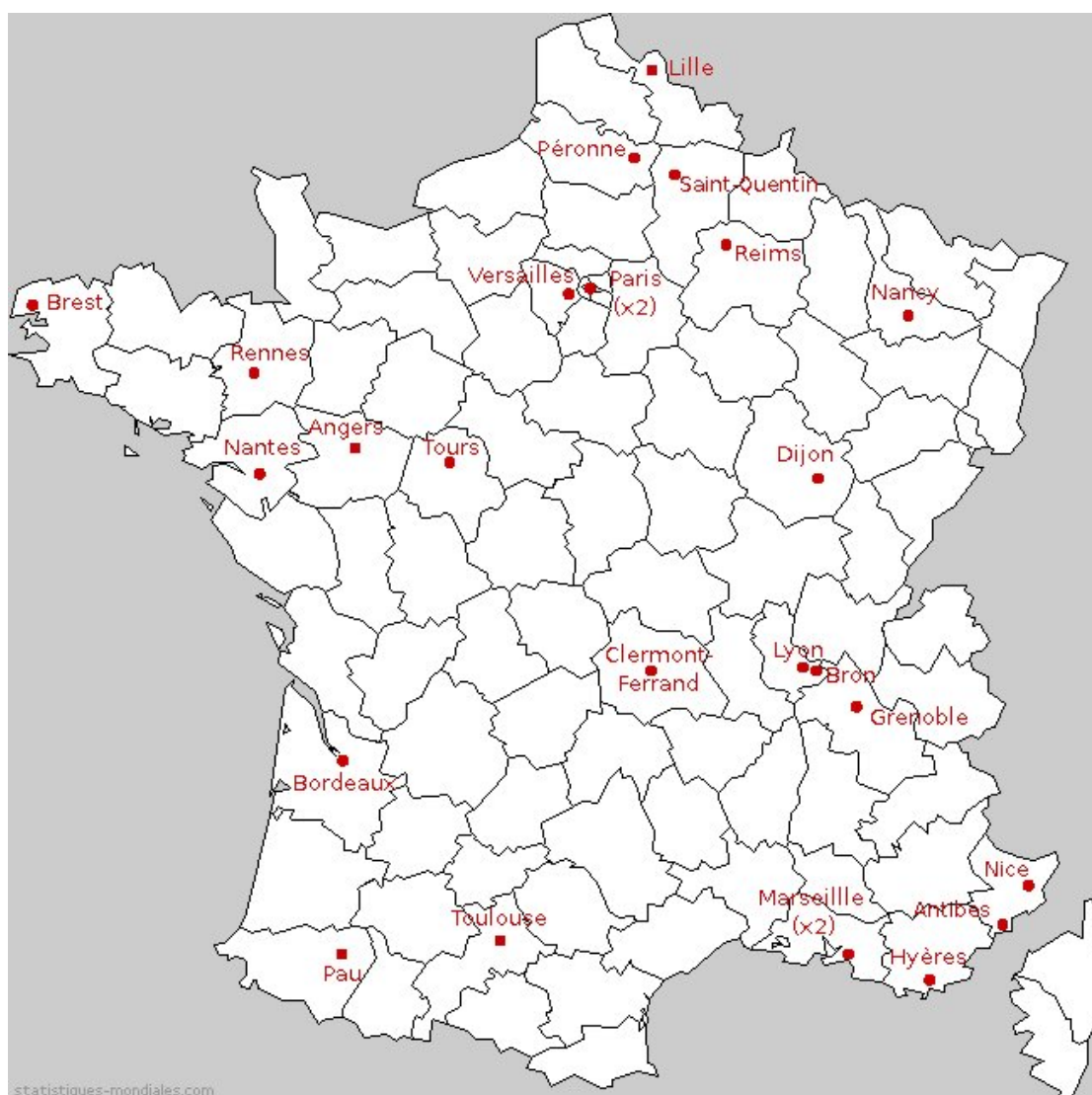


FIGURE 4.1 – Répartition des COCA présentes en France en février 2014

Sans se substituer au médecin traitant, les COCA permettent d'avoir recours à une expertise lors de certains moments clés de l'adoption :

- à la réception d'un dossier d'enfant proposé à l'adoption,
- à l'arrivée de l'enfant sur le territoire permettant une guidance parentale,
- à l'adolescence et lors des questionnements incontournables sur les origines,
- lors de certains troubles du comportement afin de mettre en évidence la part de l'abandon, des ruptures et de l'adoption dans leur survenue.

Du fait des particularités ethniques des enfants adoptés, les intervenants doivent avoir des compétences particulières en infectiologie, nutrition et endocrinologie. Ces consultations sont souvent longues car elles abordent aussi bien le parcours des adoptants (infertilité de couple, agrément, difficultés administratives rencontrées par les familles) que l'histoire de l'enfant, son état de santé physique et psychologique et son adaptation dans sa nouvelle famille. Une compréhension adéquate des particularités comportementales d'un enfant souvent naïf de la relation maternelle et paternelle jusqu'à l'adoption, ayant vécu en orphelinat, ayant subi plusieurs ruptures, voire de la maltraitance, ainsi qu'une bonne connaissance des particularités de l'adaptation et de l'attachement en famille d'adoption est donc nécessaire.

Ces consultations s'adressent donc aux parents et futurs parents adoptifs à différentes étapes de la vie familiale [2], [54] : pré-adoption, à l'arrivée de l'enfant et post-adoption.

4.2.1 Pré-adoption :

Les familles adoptives ont régulièrement recours aux COCA durant cette phase afin de préparer le voyage à la rencontre de leur nouvel enfant : état sanitaire du pays, précautions à prendre mais aussi délivrance de conseils sur la phase de convivialité, étape délicate où les parents se retrouvent seuls pour la première fois avec leur enfant.

Devant le nombre grandissant d'adoptions d'enfants à besoins spécifiques, la rencontre avec un médecin leur permet notamment de décrypter au mieux le dossier médical de l'enfant qui leur est proposé afin d'évaluer la prise en charge qu'elle suppose et la vie quotidienne avec ce futur enfant, et ainsi de se projeter dans l'accueil de cet enfant-là. L'objectif n'est pas de donner un avis, mais d'aider les familles candidates à l'adoption à prendre leur décision avec le maximum d'informations claires.

De plus en plus, les futurs parents adoptants ont également recours à ces consultations afin de préparer leur projet d'adoption, bien avant qu'un apparentement soit réalisé. En effet, après s'être positionnés sur un pays, les parents doivent maintenant signaler les pathologies et handicaps affectant leur futur enfant, qu'ils se sentent capables d'assumer le cas échéant. Ces consultations, longues, permettent d'éclairer les futurs parents sur le quotidien et les contraintes liés aux diverses pathologies.

4.2.2 A l'arrivée de l'enfant :

Cette consultation "d'accueil" a lieu dans les semaines suivant l'arrivée de l'enfant (environ un mois après) et est relativement longue. Elle permet un bilan approfondi de l'enfant adopté mais également l'observation de l'adaptation de l'enfant et de la relation parent-enfant.

Après être revenu sur l'histoire de l'enfant, de la famille adoptive et de la rencontre avec l'enfant, le médecin procède à un examen clinique complet. Il évalue tout d'abord l'état nutritionnel de l'enfant (IMC), son développement psychomoteur avant d'entreprendre l'examen de chaque organe.

- Sur le plan cardiaque, il recherche un souffle ou des éléments en faveur d'une anémie.
- Un examen dermatologique précis doit également être réalisé à la recherche de teigne, gale, pédiculose, potentiellement contagieuse pour la famille adoptive mais le médecin doit également rechercher la présence de cicatrices.
- L'examen se poursuit ensuite au niveau digestif (ballonnement, hernie ombilicale, splénomégalie, etc), oto-rhini-laryngologique, pulmonaire, dentaire mais aussi génital (cryptorchidie, phimosis).

Tout au long de son examen le médecin va s'attacher à observer le comportement de l'enfant.

Cette consultation permet enfin de prodiguer des conseils en puériculture et d'instaurer une guidance parentale par la réassurance des parents.

4.2.3 Post-adoption :

Le médecin de la COCA propose souvent de revoir l'enfant et sa famille 6 mois après l'arrivée en France. Cela permet alors de faire le point sur l'attachement de l'enfant à sa nouvelle famille (et inversement), la scolarisation, l'évolution du langage et du développement psychomoteur, et enfin la croissance et la persistance éventuelle de troubles digestifs. Un suivi à plus long terme pourra également être proposé en cas de puberté précoce, énurésie, trouble du comportement, etc.

La famille adoptive pourra également avoir recours à la COCA de son choix dans des moments clés de la vie (orientation scolaire, adolescence) où il est parfois difficile de faire la part des choses entre ce qui est propre à l'enfant et ce qui revient à sa situation d'enfant adopté.

Deuxième partie

Matériel et Méthodes

5. Présentation de notre objet d'étude : la consultation d'orientation et de conseil en adoption de Nancy

La COCA de Nancy a été créée en 2003, à l'initiative des Professeurs Michel Vidailhet et Colette Vidailhet, respectivement chef de service de pédiatrie et chef de service de pédopsychiatrie à l'hôpital d'enfants de Nancy-Brabois. Son originalité est de fonctionner autour d'un triptyque constitué aujourd'hui par une pédiatre, le Dr. Anne Borsa-Dorion qui a repris depuis 2007 la consultation ouverte par le Pr. Feillet, un pédopsychiatre le Dr. Festus Body Lawson et une orthophoniste, Catherine Courrier.

6. Données

6.1 Critères de sélection

Nous avons réalisé une étude rétrospective, à partir des informations médicales des enfants vus à la COCA entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2010 soit une durée de 3 ans.

La population étudiée correspond aux patients de la COCA de Nancy, enfants originaires de pays étrangers. Nous avons exclu les patients originaires de France Métropolitaine.

La taille de la population et la durée de l'étude ont été choisies pour obtenir un échantillon suffisamment grand, et être représentatif des évolutions de l'adoption internationale française au cours des dernières années. Cela correspond à 138 dossiers. Cependant il faut noter que deux dossiers de consultation étaient manquants.

6.2 Constitution de la base de données

Nous avons conçu nos paramètres d'étude à partir des données fournies dans les dossiers de la COCA :

- **Données relatives à la COCA** : motif de la consultation, délai entre l'arrivée de l'enfant et la consultation ;
- **Données d'origine de l'enfant adopté** : pays et continent d'origine, sexe, âge d'abandon, âge d'arrivée en France, séjour en institution, raisons de la séparation ;
- **Données concernant la famille adoptive** : âge de la mère, âge du père, profession des parents, fratrie, lieu et département d'habitation ;
- **Données sur l'état de santé de l'enfant adopté** : problèmes médicaux, problèmes psychologiques, dépistages biologiques et radiologiques réalisés, consultations et autres examens réalisés, vaccinations dans le pays d'origine et à l'arrivée en France.

Un formulaire a été rempli pour chaque enfant inclus (Annexe E), à partir des données issues de la consultation du dossier pédiatrique. Une base de données a été créée sous Libre Office Base afin de nous permettre de réaliser plus facilement l'analyse statistique.

6.3 Traitement des données

Le recueil des données a été effectué à partir d'une base de données sur Libre Office Base, en attribuant un numéro d'anonymat à chacun des 138 enfants. Pour l'analyse statistique, les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages, les variables quantitatives en moyenne et écart-type à la moyenne.

Troisième partie

Paramètres étudiés et résultats

7. Données relatives à la COCA

7.1 Motif de recours à la COCA

Il s'agit des raisons qui ont conduit la famille adoptive à consulter à la COCA. Cette donnée a été classée en 2 catégories et a pu être calculée pour 100% des enfants (n = 138) :

- à l'arrivée de l'enfant en France pour un bilan (75,4%, n = 104) ;
- plus tard, pour un problème médical ou comportemental (24,6%, n = 34).

7.2 Délai entre l'arrivée de l'enfant et la COCA

Il s'agit du délai, calculé en jours, entre l'arrivée de l'enfant adopté en France et la consultation pédiatrique au sein de la COCA. Cette information est disponible pour 97,1% des enfants (n = 134) et est résumée dans le tableau 7.1.

Délai	Jours	Mois
Moyenne	189,9	6,2
Ecart-type	483	15,8
Maximum	3009	98,9
Minimum	1	0,03
Médiane	24	0,8

Délai entre l'arrivée et la COCA	% enfants	n enfants
Moins de 3 mois	76,9	103
3 mois à 1 an	12,7	17
1 an à 5 ans	9,0	12
5 ans et plus	1,5	2
Total	100	134

TABLE 7.1 – Délai entre l'arrivée de l'enfant et la consultation d'adoption, résultats obtenus pour 97,1% des enfants (n = 134)

8. Données sur l'origine de l'enfant adopté

8.1 Continent d'origine de l'enfant adopté

Répartition des enfants par continent d'origine

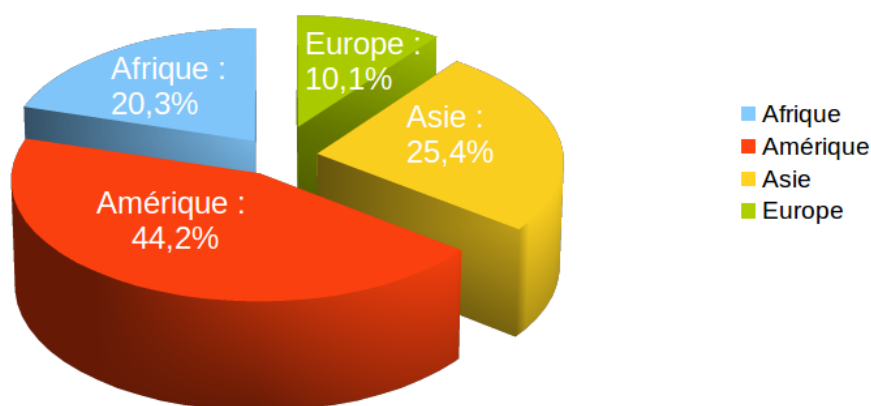


FIGURE 8.1 – Répartition des enfants adoptés par continent d'origine (Données obtenues pour 100% des enfants ; n=138)

La répartition des enfants adoptés par continent d'origine est donnée dans la figure 8.1.

Aucun enfant de notre étude n'est originaire d'Océanie.

Près de la moitié des enfants adoptés (44,2%) proviennent d'Amérique.

Environ un quart des enfants ont été adoptés en Asie (25,4%) ou en Afrique (20,3%).

8.2 Pays d'origine de l'enfant adopté

Les 138 enfants de notre étude sont originaires de 19 pays répertoriés dans le tableau 8.1 et la figure 8.2. Nous avons considéré comme pays d'origine le pays de naissance supposé de l'enfant adopté. 63% des enfants adoptés proviennent de 2 pays d'origine (Haïti et Vietnam).

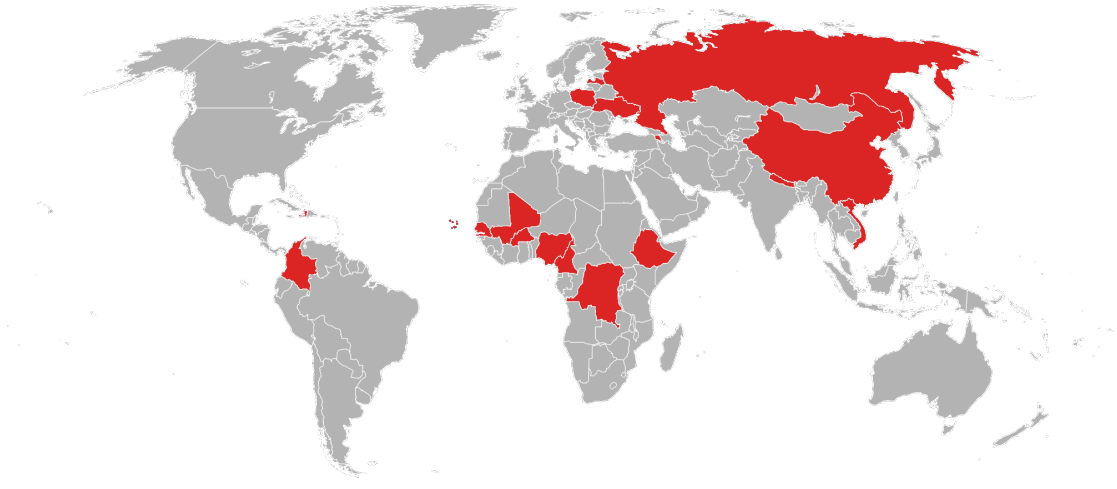


FIGURE 8.2 – Répartition des enfants adoptés par pays d'origine (Données obtenues pour 100% des enfants; n=138)

Pays d'origine	n enfant	% enfant
Haïti	55	39,9
Vietnam	32	23,2
Ethiopie	12	8,7
Colombie	6	4,4
Nigéria	4	2,9
Pologne	4	2,9
Russie	4	2,9
Mali	3	2,3
Arménie	2	1,4
Cameroun	2	1,4
Cap-Vert	2	1,4
Chine	2	1,4
Congo	2	1,4
Lettonie	2	1,4
Sénégal	2	1,4
Ukraine	2	1,4
Burkina Faso	1	0,8
Népal	1	0,8

TABLE 8.1 – Répartition des enfants adoptés par pays d'origine (Données obtenues pour 100% des enfants; n=138)

8.3 Sexe de l'enfant adopté

Il y a plus de filles adoptées (52,2%) que de garçons (47,8%) sur l'ensemble de notre population (tableau 8.2).

	n	%
Garçons	66	47,8
Filles	72	52,2
Total	138	100

TABLE 8.2 – Répartition des enfants adoptés par sexe (Données obtenues pour 100% des enfants ; n=138)

Dans notre étude, il n’y a que des filles adoptées (100%) au Burkina Faso, en Lettonie, au Mali, au Népal et au Nigéria. Il n’y a que des garçons adoptés en Arménie, au Congo, au Sénégal et en Ukraine. Les résultats détaillés sont reportés dans la figure 8.3.

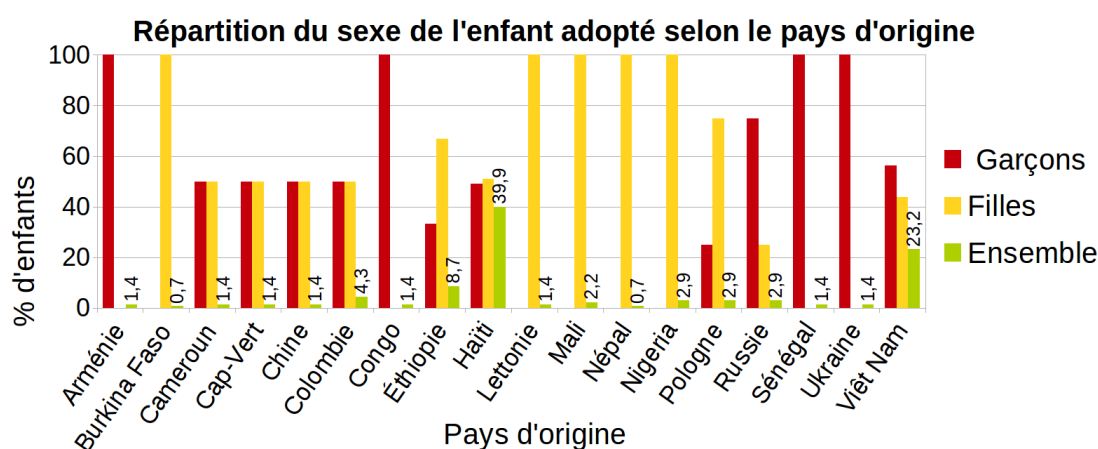


FIGURE 8.3 – Répartition des enfants adoptés par sexe et pays d’origine (Données obtenues pour 100% des enfants ; n=138)

8.4 Enfants nés par gemellité

Sur l’ensemble de notre population : nous avons 8 enfants nés par gemellité. Ces 8 enfants représentent 5,8% de notre population.

8.5 Âge de l’enfant au moment de l’abandon

Nous avons pris en compte l’âge auquel l’enfant a été abandonné (en mois) selon les informations fournies par les orphelinats ou les familles d’accueil.

Nous avons ensuite regroupé les enfants selon quatre classes d’âge :

- **Nouveau-né** : regroupe les enfants entre 0 et 1 mois ;
- **Nourrisson** : regroupe les enfants entre 1 mois et 1 an ;
- **Petit enfant** : regroupe les enfants entre 1 an et 6 ans ;
- **Grand enfant** : regroupe les enfants de plus de 6 ans.

	Garçons(n=60)	Filles(n=64)	Ensemble(n=138)
Âge d'abandon	Mois Ans Mois	Mois Ans Mois	Mois Ans Mois
Moyenne	11,4 11,4 mois	17,5 1 an 5,5 mois	13,1 1 an 1,1 mois
Ecart-type	39,8 3 ans 3,8 mois	75,1 6 ans 3,1 mois	109,5 9 ans 1,5 mois
Maximum	72 6 ans	84 7 ans	84 7 ans
Minimum	0 0 (naissance)	0 0 (naissance)	0 0 (naissance)
Médiane	1,5 1,5 mois	7 7 mois	5 5 mois

TABLE 8.3 – Répartition des enfants adoptés par âge d'abandon et par sexe (Donnée obtenue pour 89.9% des enfants ; n=124)

Le tableau 8.3 présente les résultats associés selon le sexe et de manière globale. La moyenne d'âge d'abandon des enfants de notre étude est de 1 an 1,1 mois.

Les résultats par classe d'âge sont donnés dans la figure 8.4. Les garçons sont plus représentés que les filles dans la classe nouveau-né.

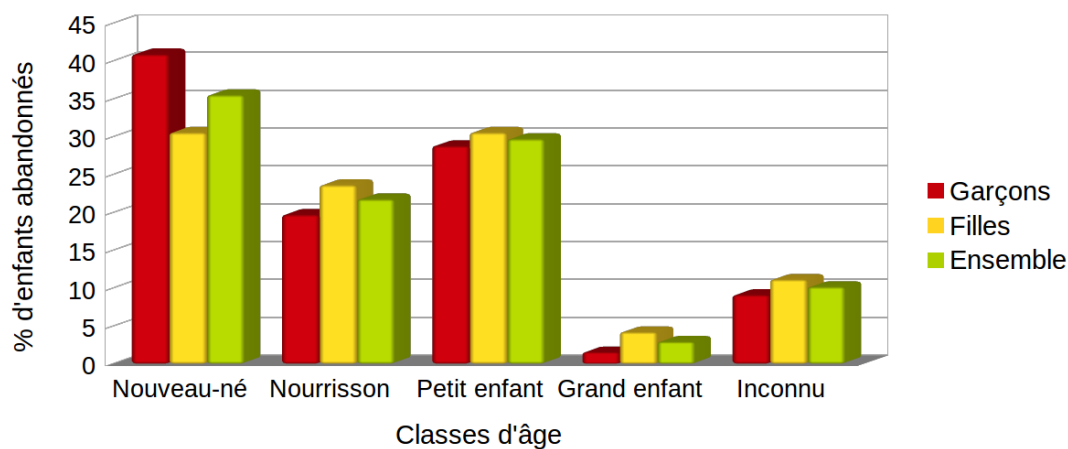


FIGURE 8.4 – Répartition des enfants adoptés par classe d'âge d'abandon et par sexe (Donnée obtenue pour 89.9% des enfants ; n=124)

La répartition par âge et pays d'origine est résumée dans la figure 8.5.

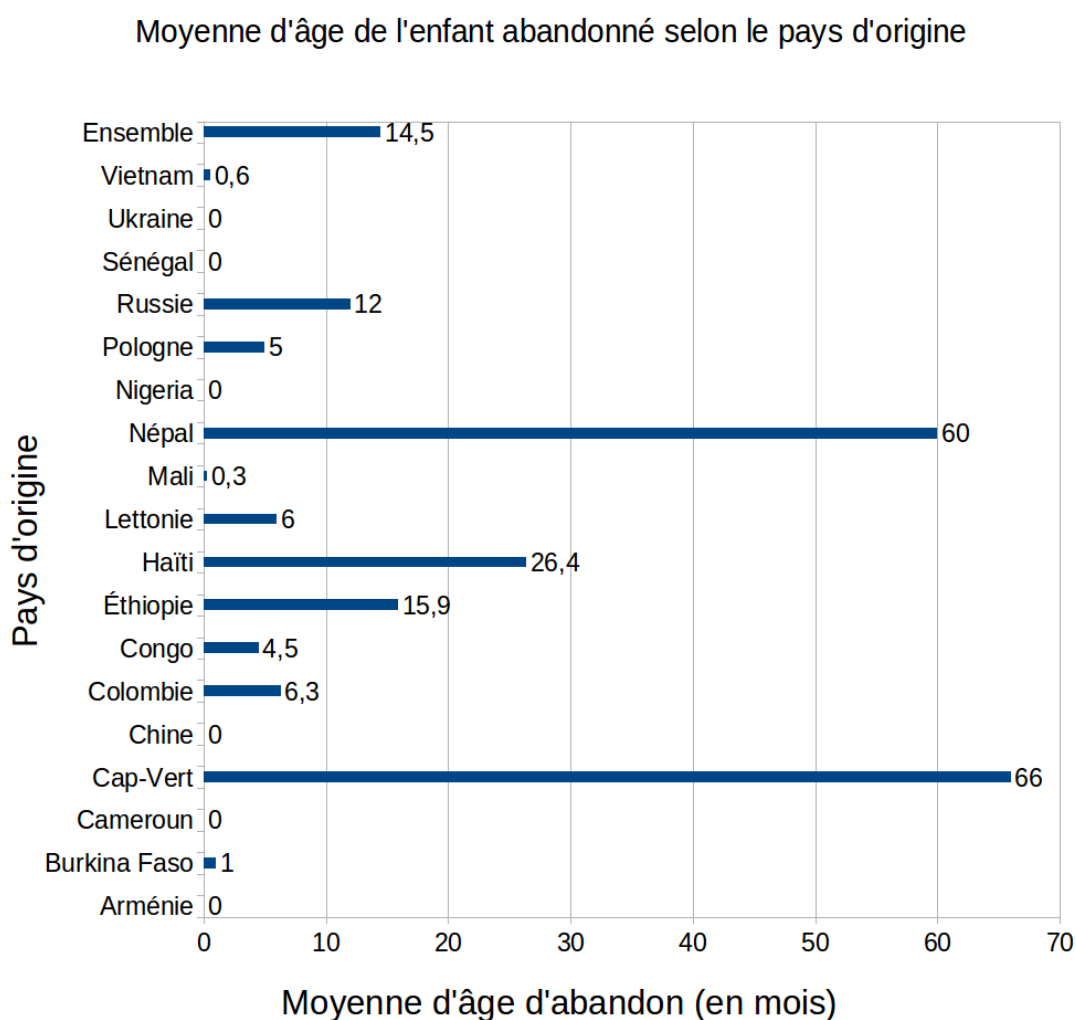


FIGURE 8.5 – Répartition de la moyenne d'âge d'abandon des enfants adoptés selon le pays d'origine (Donnée obtenue pour 89.9% des enfants; n=124)

Comme illustré dans la figure 8.6 tous les enfants adoptés en Ukraine, en Chine et en Arménie ont été abandonnés à la naissance (100%).

87.5% des enfants adoptés au Vietnam ont été abandonnés à la naissance.

Les enfants adoptés au Congo et au Burkina Faso ont été abandonnés entre 1 mois et 1 an.

Près de la moitié des enfants originaires de Colombie (50%) et de Lettonie (50%) ont été abandonnés avant l'âge de 1 an.

Aucun enfant adopté en Haïti n'a été abandonné à la naissance et plus de la moitié (60%) l'ont été lorsqu'ils étaient petits enfants.

La moitié des enfants provenant du Cap Vert(50%) ont été abandonnés alors qu'ils étaient âgés de plus de 6 ans.

On ne connaît pas l'âge d'abandon des enfants adoptés pour plus de 10% des

enfants.

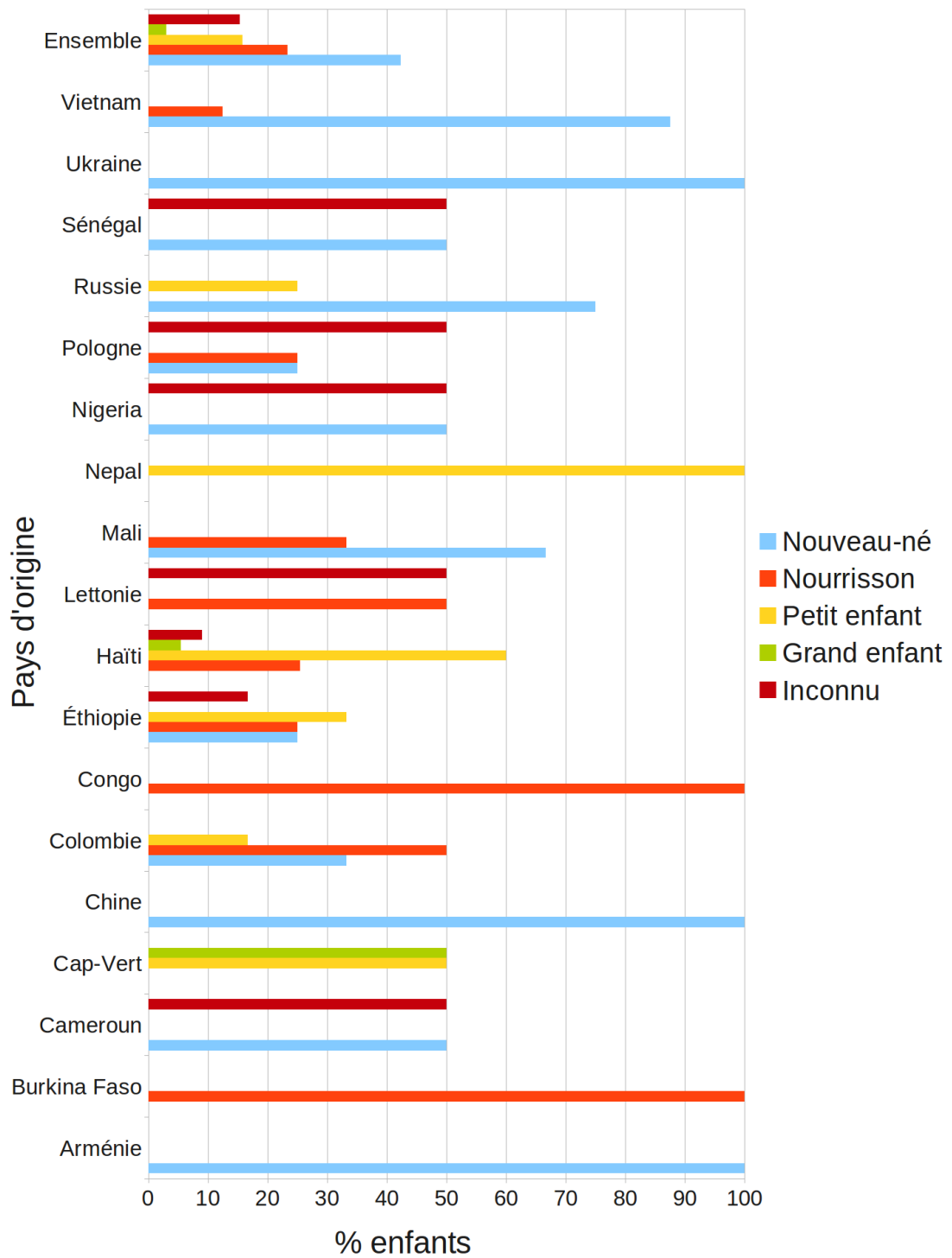


FIGURE 8.6 – Répartition des enfants adoptés par classe d'âge et par pays d'origine (Donnée obtenue pour 89.9% des enfants ; n=124)

8.6 Âge de l'enfant au moment de l'adoption

Nous avons pris en compte l'âge de l'enfant adopté (en mois) à son arrivée en France. C'est donc l'arrivée dans le nouveau foyer, qui a été considérée, et non la date "officielle" de l'adoption.

	Garçons(n=66)	Filles(n=72)	Ensemble(n=138)
Âge d'adoption	Mois Ans Mois	Mois Ans Mois	Mois Ans Mois
Moyenne	30,5 2 ans 6,5 mois	34,4 2 ans 10,4 mois	32,5 2 ans 8,5 mois
Ecart-type	29,9 2 ans 5,9 mois	29,9 2 ans 5,9 mois	28,5 2 ans 4,5 mois
Maximum	120 10 ans	108 9 ans	120 10 ans
Minimum	4 4 mois	3 3 mois	3 3 mois
Médiane	11 11 mois	12 1 an	6 6 mois

TABLE 8.4 – Répartition des enfants adoptés par âge d'adoption et par sexe (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

La moyenne d'âge des enfants adoptés est de 2 ans 8,5 mois avec des différences selon le sexe (tableau 8.4 et figure 8.7). Les filles prédominent légèrement dans toutes les classes d'âge. Dans notre étude, aucun enfant n'a été adopté dès la naissance (moins de 1 mois).

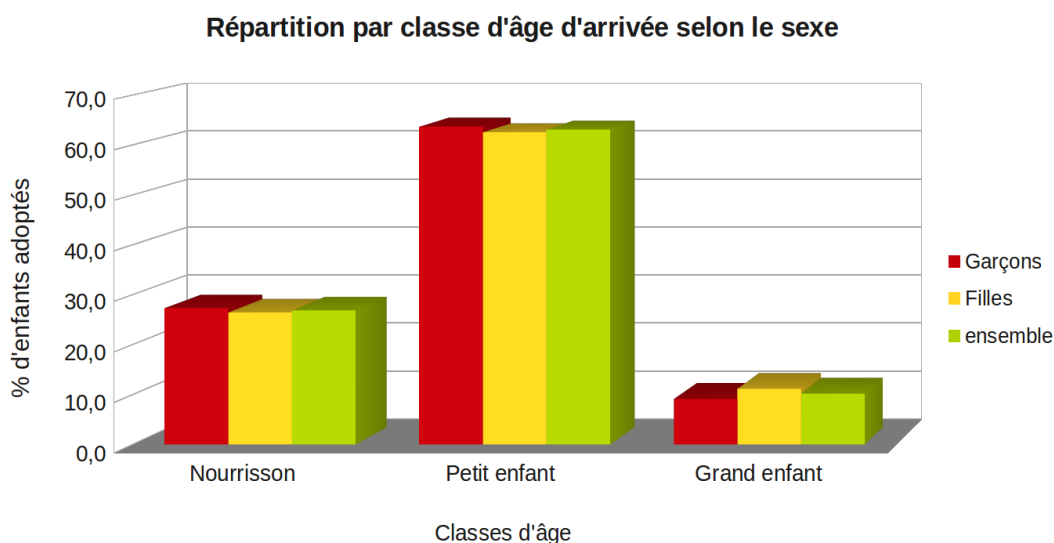


FIGURE 8.7 – Répartition des enfants adoptés par classe d'âge au moment de l'adoption et par sexe (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Notre étude évalue également les disparités par pays d'origine (figure 8.8).

Moyenne d'âge des enfants adoptés à leur arrivée en France selon leur pays d'origine

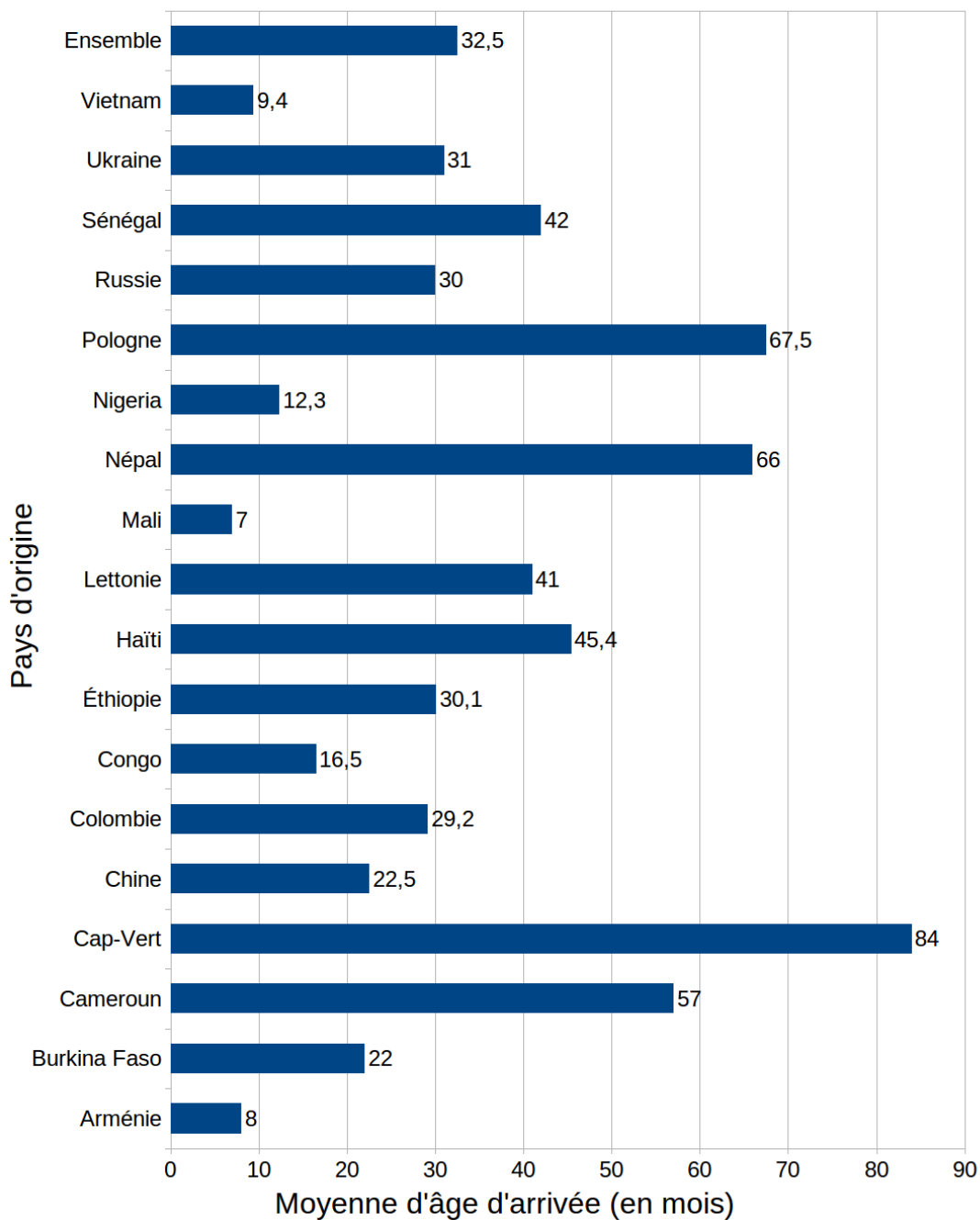


FIGURE 8.8 – Répartition des enfants adoptés par âge d'adoption et par pays d'origine (Donnée obtenue pour 100% des enfants; n=138)

Dans notre étude, les enfants adoptés :

- les plus jeunes sont originaires du Mali (7 mois), d'Arménie (8 mois) ou du Vietnam (9,4 mois) ;
- les plus âgés proviennent du Cap Vert (7 ans), de Pologne (5 ans 7,5 mois) et du Népal (5 ans 6 mois).

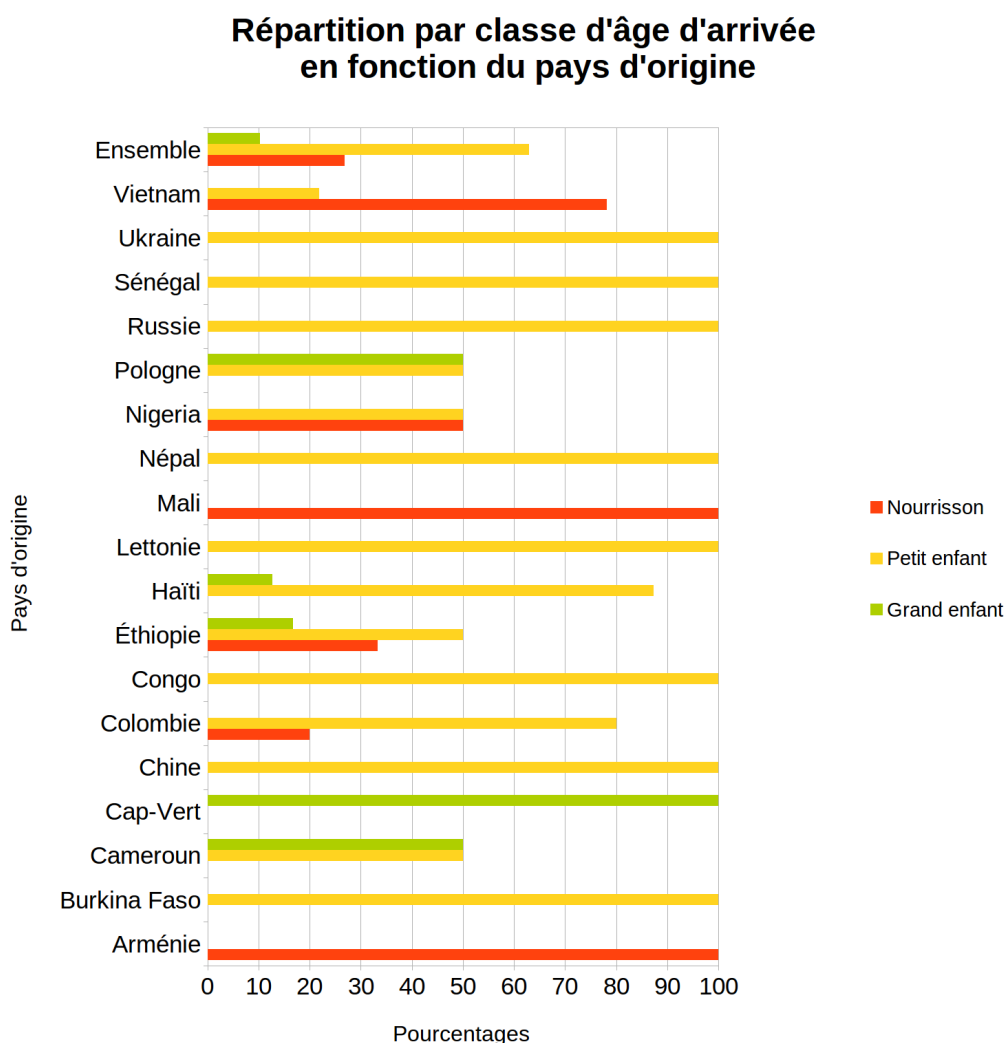


FIGURE 8.9 – Répartition des enfants adoptés par classe d'âge d'adoption et par pays d'origine (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Les enfants adoptés avant l'âge de 1 an représentent :

- 2/3 des enfants adoptés au Vietnam (78,1%) ;
- tous les enfants adoptés au Mali et en Arménie.

Plus de 2/3 des enfants adoptés en Colombie (80%) et en Haïti (87,5%) ont entre 1 et 6 ans.

Plus de la moitié des enfants adoptés ont plus de 6 ans :

- en Pologne (50%) ;
- au Cameroun (50%) ;
- au Cap-Vert (100%).

8.7 Séjour en institution

Il s'agit de tout type de prise en charge de l'enfant en dehors de sa famille biologique jusqu'à son adoption.

Répartition du type de séjour en institution avant l'adoption

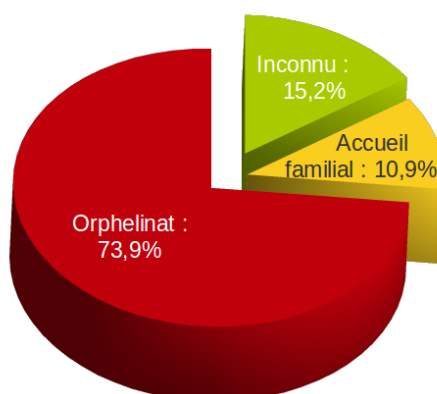


FIGURE 8.10 – Répartition du type de séjour avant l'adoption (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Près de 3/4 des enfants adoptés de notre étude ont été placés en orphelinat avant leur adoption (figure 8.10).

La figure 8.11 montre que tous les enfants originaires de Colombie (100%) ont bénéficié d'un accueil familial.

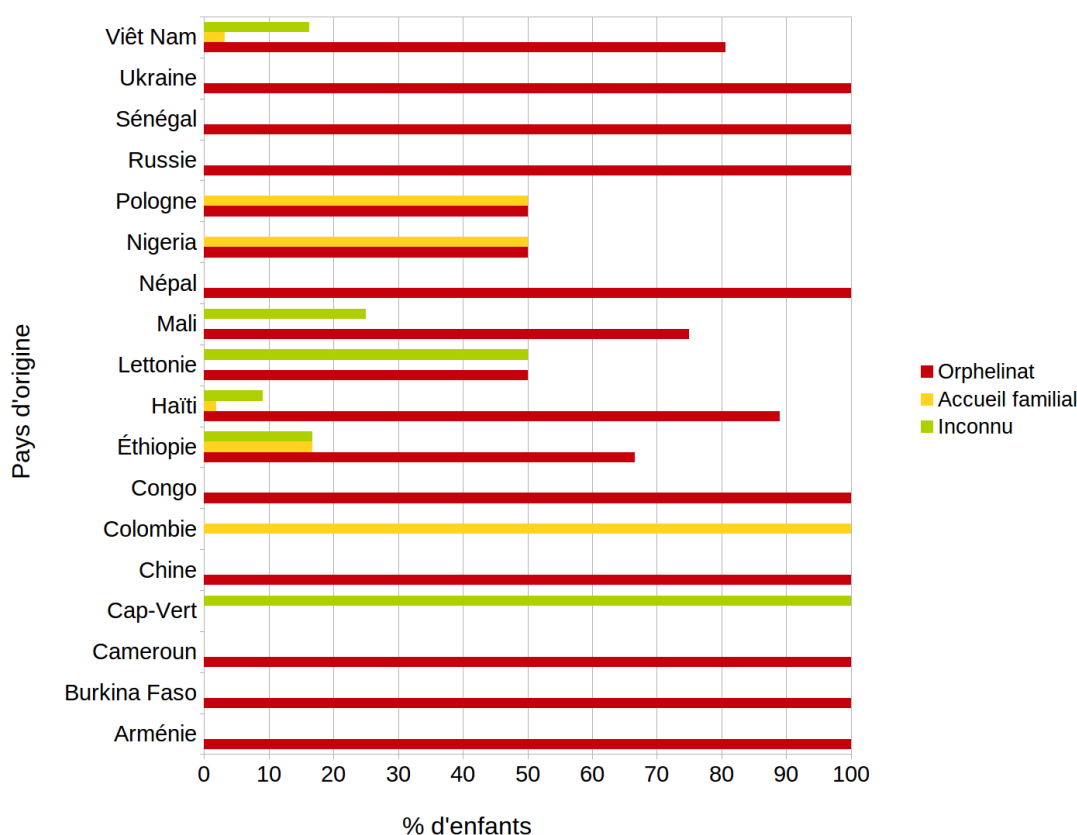


FIGURE 8.11 – Répartition de la prise en charge des enfants avant l’adoption par pays d’origine (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

8.8 Causes de l’abandon

La cause de l’abandon se définit comme la raison principale ayant amené à la séparation de l’enfant adopté de sa famille biologique.

Nous avons distingué 4 catégories :

- **inconnue** : aucune information n’est fournie à la famille adoptive sur la raison de la séparation.
- **socio-économique** : la séparation est liée au manque de moyens financiers pour subvenir aux besoins de l’enfant. Il n’y a pas de notion de carence de soins. La séparation n’a pas été imposée par autrui ou les autorités. Les problèmes économiques peuvent co-exister avec des difficultés socio-familiales.
- **orphelin (ou décès parental)** : la séparation est liée au décès de l’un ou des deux parents du foyer familial ayant reconnu l’enfant.
- **retrait par les autorités** : l’enfant a été retiré à ses parents pour ca-

rence de soins, maltraitance ou négligence. Il y a eu décision de justice avec déchéance des droits parentaux.

8.8.1 Causes de l'abandon sur l'ensemble de notre population

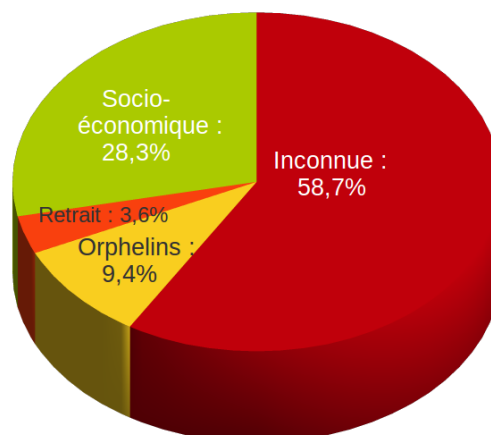


FIGURE 8.12 – Répartition des causes d'abandon (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Dans notre étude, la cause de l'abandon est inconnue pour 58,7% des enfants. La raison socio-économique est la plus représentée, avec 28,3% (figure 8.12).

8.8.2 Causes de l'abandon selon le sexe

Cause de l'abandon	Garçons(n=66)		Filles(n=72)		Ensemble(n=138)	
	%	n	%	n	%	n
Retrait	3,0	2	4,2	3	3,6	5
Socio-économique	24,2	16	31,9	23	28,3	39
Orphelins	7,6	5	11,1	8	9,4	13
Inconnue	65,2	43	52,8	38	58,7	81
Total	100	66	100	72	100	138

TABLE 8.5 – Répartition des causes d'abandon selon le sexe (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Les résultats sont présentés dans le tableau 8.5.

Dans plus de la moitié des cas la cause de l'abandon est inconnue, que ce soit pour les filles (52,8%) ou les garçons (65,2%).

Quand la cause est connue, c'est la raison socio-économique qui est le plus souvent retrouvée, que ce soit pour les filles (31,9%) ou les garçons (24,2%).

11,1% des filles et 7,6% des garçons sont orphelins.

8.8.3 Causes de l'abandon selon le pays d'origine

	Retrait	Orphelins	Socio-économique	Inconnue	Total
Pays d'origine	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Arménie	0 (0)	100 (2)	0 (0)	0 (0)	100 (2)
Burkina Faso	0 (0)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	100 (1)
Cameroun	0 (0)	50 (1)	0 (0)	50 (1)	100 (2)
Cap-Vert	0 (0)	0 (0)	100 (2)	0 (0)	100 (2)
Chine	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (2)	100 (2)
Colombie	16,7 (1)	0 (0)	66,6 (4)	16,7 (1)	100 (6)
Congo	0 (0)	0 (0)	50 (1)	50 (1)	100 (2)
Ethiopie	8,3 (1)	0 (0)	50 (6)	41,7 (5)	100 (12)
Haïti	3,6 (2)	10,9 (6)	29,1 (16)	56,4 (31)	100 (55)
Lettonie	0 (0)	0 (0)	100 (4)	0 (0)	100 (4)
Mali	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (3)	100 (3)
Népal	0 (0)	100(1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
Nigéria	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (4)	100 (4)
Pologne	0 (0)	0 (0)	50 (1)	50 (1)	100 (2)
Russie	25 (1)	25 (1)	0 (0)	50 (2)	100 (4)
Sénégal	0 (0)	0 (0)	50 (1)	50(1)	100 (2)
Ukraine	0 (0)	50 (1)	0 (0)	50 (1)	100 (2)
Vietnam	0 (0)	3,1 (1)	6,3 (2)	90,6 (29)	100 (32)

TABLE 8.6 – Répartition des causes d'abandon selon le pays d'origine (Donnée obtenue pour 100% des enfants; n=138)

La répartition de la cause d'abandon par pays d'origine est représentée dans le tableau 8.6. La cause est inconnue pour tous les enfants originaires de Chine, du Mali et du Nigéria (100%), pour 90,6% des enfants originaires du Vietnam et pour plus de la moitié (56.4%) des enfants originaires d'Haïti.

La raison socio-économique domine chez les enfants originaires du Burkina-Faso (100%), du Cap-Vert (100%) et de Lettonie (100%). Elle concerne aussi plus de la moitié des enfants originaires de Colombie (66.6%), du Congo (50%), d'Ethiopie (50%), de Pologne (50%) et du Sénégal (50%).

Le retrait par les autorités ne concerne, dans notre étude, que les enfants originaires de quatre pays : la Russie (25%), la Colombie (16.7%), l'Ethiopie (8,3%) et Haïti (3.6%).

100% des enfants adoptés au Népal et en Arménie étaient orphelins.

9. Données concernant la famille adoptive

9.1 Âge de la mère

Il s'agit de l'âge de la mère adoptive, en année, à l'arrivée de l'enfant en France. Nous avons pris en compte ce paramètre pour les 138 enfants, et non par famille adoptive : des parents ont pu adopter plusieurs enfants vus à la COCA à des âges différents. 93,4% des mères adoptives ont entre 30 et 50 ans comme nous pouvons le voir sur la figure 9.1.

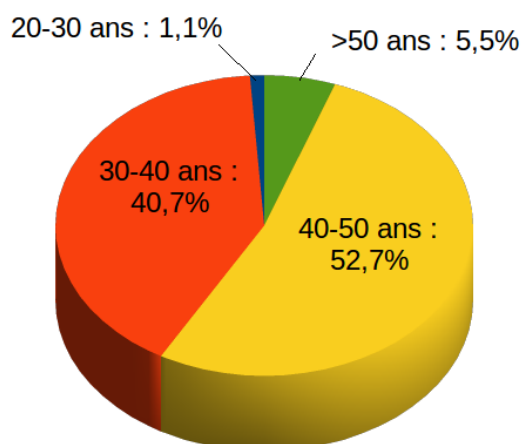


FIGURE 9.1 – Répartition par classe d'âge de la mère adoptive (Donnée obtenue pour 65,9% des enfants ; n=91)

La figure 9.2 détaille les résultats selon le mode de vie :

- 63,6% des mères adoptives vivant seules ont entre 40 et 50 ans.
- 41,3% des mères adoptives vivant en couple ont entre 30 et 40 ans.
- 57,5% des mères adoptives vivant en couple ont plus de 40 ans.

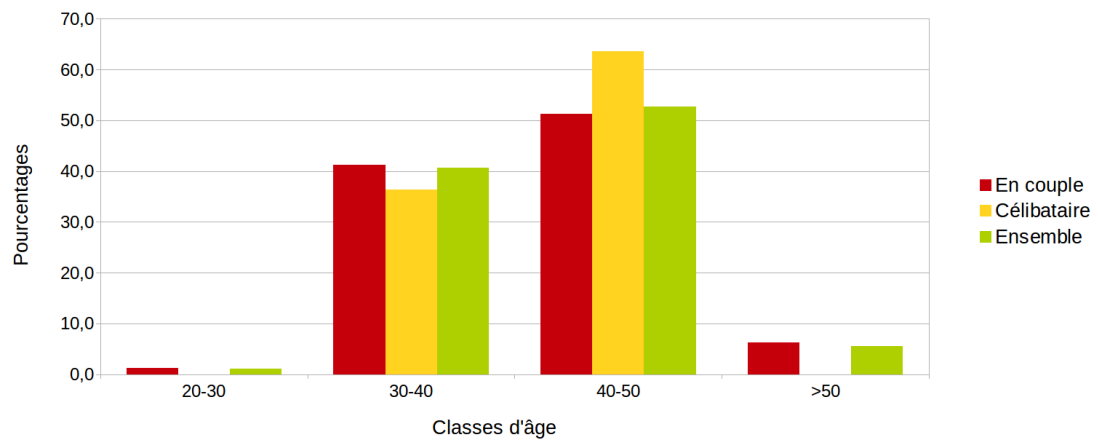


FIGURE 9.2 – Répartition de l'âge de la mère adoptive selon son mode de vie (Donnée obtenue pour 65,9% des enfants ; n=91)

9.2 Âge du père

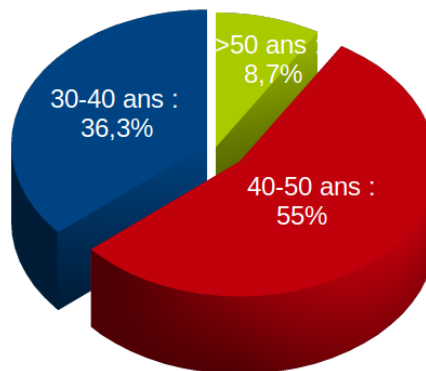


FIGURE 9.3 – Répartition de l'âge du père adoptif (Donnée obtenue pour 66,7% des enfants ; n=80)

Il s'agit de l'âge du père adoptif, en années, à l'arrivée en France de l'enfant. Nous avons 80 données effectives sur 120 (soit 66,7%) et 40 données manquantes (soit 33,3%).

Nous avons 18 enfants vivants avec une mère célibataire. Nous n'avons aucun enfant adopté par un homme célibataire.

Plus de la moitié des pères adoptifs (55,5%) appartiennent à la classe d'âge 40-50 ans comme indiqué dans la figure 9.3.

9.3 Profession des parents adoptifs

9.3.1 Définition

Il s'agit du type de profession des parents adoptifs au moment de l'arrivée en France de l'enfant.

Nous avons classé ce paramètre selon la classification en Professions et Catégories Socio-Professionnelles (CSP) de l'INSEE de 2003 (PCS-2003) [55], soit en 8 catégories :

- CSP1 : agriculteurs exploitants
- CSP2 : artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- CSP3 : cadres et professions intellectuelles supérieures
- CSP4 : professions intermédiaires
- CSP5 : employés
- CSP6 : ouvriers
- CSP7 : retraités
- CSP8 : autres personnes sans activité professionnelle.

Nous avons étudié ce paramètre selon les familles adoptives. Aucun des parents ayant adopté plusieurs enfants vus à la COCA n'a changé de CSP entre les différentes adoptions, ce qui a rendu possible cette étude par familles adoptives.

Nous avons 120 familles dans notre étude :

- 16 familles monoparentales où il n'y a que des mères célibataires ;
- 101 familles biparentales ;
- 3 statuts inconnus.

Nous n'avons aucune adoption par un homme seul dans notre étude.

9.3.2 CSP du chef de famille

CSP	CSP chef de famille adoptive	
	%	n
CSP1 (Agriculteurs)	0	0
CSP2 (Artisans, commerçants)	2,2	2
CSP3 (Cadres, profs sup.)	34,9	30
CSP4 (Profs intermédiaires)	34,9	30
CSP5 (Employés)	12,8	11
CSP6 (Ouvriers)	12,8	11
CSP7 (Retraités)	1,2	1
CSP8 (Sans activité)	1,2	1

TABLE 9.1 – Répartition par CSP du chef de famille (Donnée obtenue pour 71,7% des familles ; n=86)

69,8% des chefs de famille adoptifs appartiennent aux CSP 3 et 4. Les employés et les ouvriers représentent chacun 12,8%. Le détail est indiqué dans le tableau

9.1.

9.3.3 CSP des parents adoptifs

CSP	Homme		Femme		Ensemble	
	%	n	%	n	%	n
CSP1 (Agriculteurs)	0	0	0	0	0	0
CSP2 (Artisans, commerçants)	2,7	2	1,1	1	1,8	3
CSP3 (Cadres, profs sup.)	34,7	25	30,4	28	32,3	53
CSP4 (Profs intermédiaires)	29,2	21	40,2	37	35,4	58
CSP5 (Employés)	15,3	11	17,4	16	16,5	27
CSP6 (Ouvriers)	15,3	11	3,3	3	8,5	14
CSP7 (Retraités)	1,4	1	0	0	0,6	1
CSP8 (Sans activité)	1,4	1	7,6	7	4,9	8
Total	100	72	100	92	100	164

TABLE 9.2 – Répartition des parents adoptifs par CSP (Donnée obtenue pour 75,2% des familles; n=164)

Dans le tableau 9.2, la CSP 3 est la plus représentée chez les hommes, avec 34,7%, contre 30,4% chez les femmes. La CSP 4 est la première chez les femmes, avec 40,2%, contre 29,2% chez les hommes.

Il y a plus de mères sans activité (7,6%) que de pères (1,4%).

9.3.4 CSP de la mère adoptive selon son mode de vie

CSP	Mère seule		Mère en couple		Ensemble	
	%	n	%	n	%	n
CSP1 (Agriculteurs)	0	0	0	0	0	0
CSP2 (Artisans, commerçants)	13,3	2	1,2	1	1,1	1
CSP3 (Cadres, profs sup.)	33,3	5	33,7	28	30,8	28
CSP4 (Profs intermédiaires)	53,4	8	33,7	28	39,5	36
CSP5 (Employés)	0	0	19,3	16	17,6	16
CSP6 (Ouvriers)	0	0	3,6	3	3,3	3
CSP7 (Retraités)	0	0	0	0	0	0
CSP8 (Sans activité)	0	0	8,5	7	7,7	7
Total	100	15	100	83	100	91

TABLE 9.3 – Répartition des CSP des mères adoptives selon leur mode de vie (Donnée obtenue pour 75,8% des familles; n=91)

Le tableau 9.3 considère les CSP des mères adoptives. La CSP 4 est plus représentée chez les mères vivant seules (53,4%) que chez les mères vivant en couple

(33,7%). Chez les mères vivant seules, nous n'avons aucune employée, aucune ouvrière et aucune retraitée.

9.4 Fratrie adoptive

Par définition, il s'agit du nombre de frères et sœurs du foyer adoptif de l'enfant adopté à son arrivée en France, sans distinction de fratrie adoptive ou recomposée.

Les résultats sont reportés dans le tableau 9.4. 86,7% des enfants adoptés sont le premier (56,2%) ou le second enfant (30,6%) de la fratrie.

	Nombre de frères et sœurs
Moyenne	0,6
Ecart-type	0,9
Maximum	6
Minimum	0
Médiane	0

Taille de fratrie	%	n
0	56,2	68
1	30,6	37
2	10,7	13
3	0,8	1
4	0,8	1
6	0,8	1

TABLE 9.4 – Taille de la fratrie adoptive (Donnée obtenue pour 87,7% des enfants ; n=121)

9.5 Lieu de résidence de la famille adoptive

Cette caractéristique se définit comme le département de résidence de la famille adoptive dans laquelle est accueilli l'enfant.

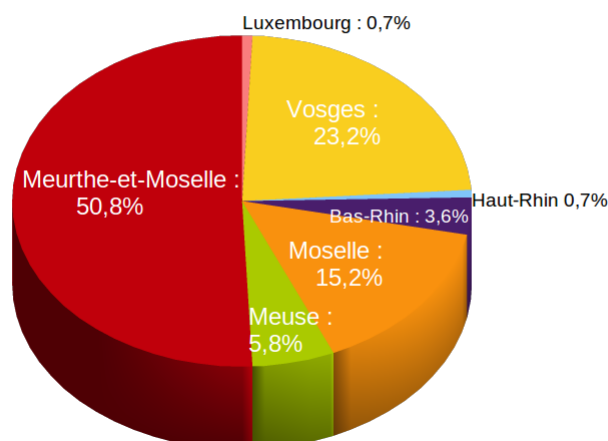


FIGURE 9.4 – Répartition du département d’origine des familles adoptives (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

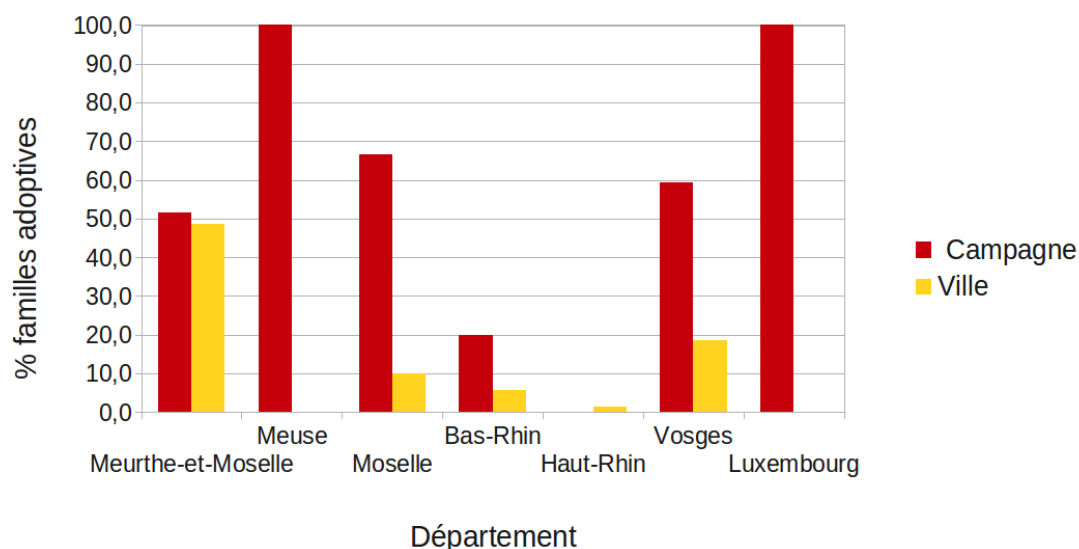


FIGURE 9.5 – Répartition ville/campagne du département d’origine des familles adoptives (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

57,2% des familles adoptives de notre étude vivent en campagne. En prenant en compte les départements (figure 9.4), on observe que 94,9% des personnes venant consulter à la COCA de Nancy sont originaires de l’un des quatre départements de Lorraine. Les Meurthes-et-Mosellants sont les plus nombreux (50,8%) suivis par les Vosgiens (23,2%), les Mosellans (15,2%) et enfin les Meusiens (5,8%).

D’après la figure 9.5, toutes les familles adoptives originaires de Meuse (100%) ou du Luxembourg (100%) vivent à la campagne tout comme deux-tiers des fa-

milles adoptives originaires de Moselle (66,7%) ou des Vosges (59,4%).

Département	54	55	57	88	67	68	Lux.
Pays d'origine	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Arménie	2,9 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Burkina Faso	1,4 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cameroun	2,9 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cap-Vert	2,9 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Chine	2,9 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Colombie	7,1 (5)	12,5 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Congo	1,4 (1)	12,5 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ethiopie	7,1 (5)	12,5 (1)	19 (4)	0 (0)	40 (2)	0 (0)	0 (0)
Haïti	30 (21)	37,5 (3)	33,3 (7)	68,8 (22)	20 (1)	0 (0)	100 (1)
Lettonie	1,4 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	0 (0)
Mali	0 (0)	25 (2)	4,8 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Népal	1,4 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nigéria	4,3 (3)	0 (0)	0 (0)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pologne	4,3 (3)	0 (0)	0 (0)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Russie	1,4 (1)	0 (0)	0 (0)	6,3 (2)	20 (1)	0 (0)	0 (0)
Sénégal	1,4 (1)	0 (0)	0 (0)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ukraine	0 (0)	0 (0)	4,8 (1)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Vietnam	27,1 (19)	0 (0)	38,1 (8)	12,5 (4)	20 (1)	0 (0)	0 (0)
Total	100 (70)	100 (8)	100(21)	100 (32)	100 (5)	100 (1)	100 (1)

TABLE 9.5 – Répartition du département de résidence des familles adoptives selon le pays d'origine de l'enfant (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

L'origine des enfants adoptés est aussi prise en compte dans le tableau 9.5.

Plus de deux-tiers des enfants adoptés par des familles vosgiennes (68,8%) sont originaires d'Haïti tout comme un tiers des enfants adoptés par des familles habitant la Meurthe-et-Moselle (30%), la Moselle (33,3%) ou la Meuse (30%).

Un tiers des enfants adoptés par des familles mosellanes (38,1%) ou meurthe-et-mosellanes (27,1%) sont originaires du Vietnam.

10. Données sur l'état de santé de l'enfant adopté

10.1 Problème médical

Il s'agit de tout problème de santé signalé ou non avant l'adoption et constaté après l'arrivée de l'enfant en France.

Plus de la moitié des enfants adoptés (60,1%) présentaient à leur arrivée en France un problème médical non signalé.

10.1.1 Nombre de problèmes médicaux

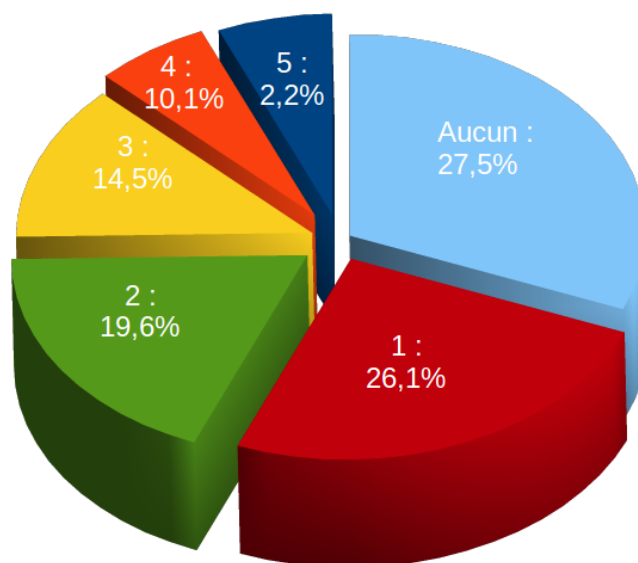


FIGURE 10.1 – Répartition du nombre de problèmes médicaux par enfant adopté (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Dans la figure 10.1, notre étude révèle que :

- Plus d'un quart des enfants adoptés à l'étranger (27,5%) ne présentent aucun problème médical.
- Plus d'un quart des enfants adoptés à l'étranger (26,1%) ne présentent qu'un seul problème médical.
- Seuls 2,2% des enfants adoptés à l'étranger présentent 5 problèmes de santé ou plus.

10.1.2 Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant

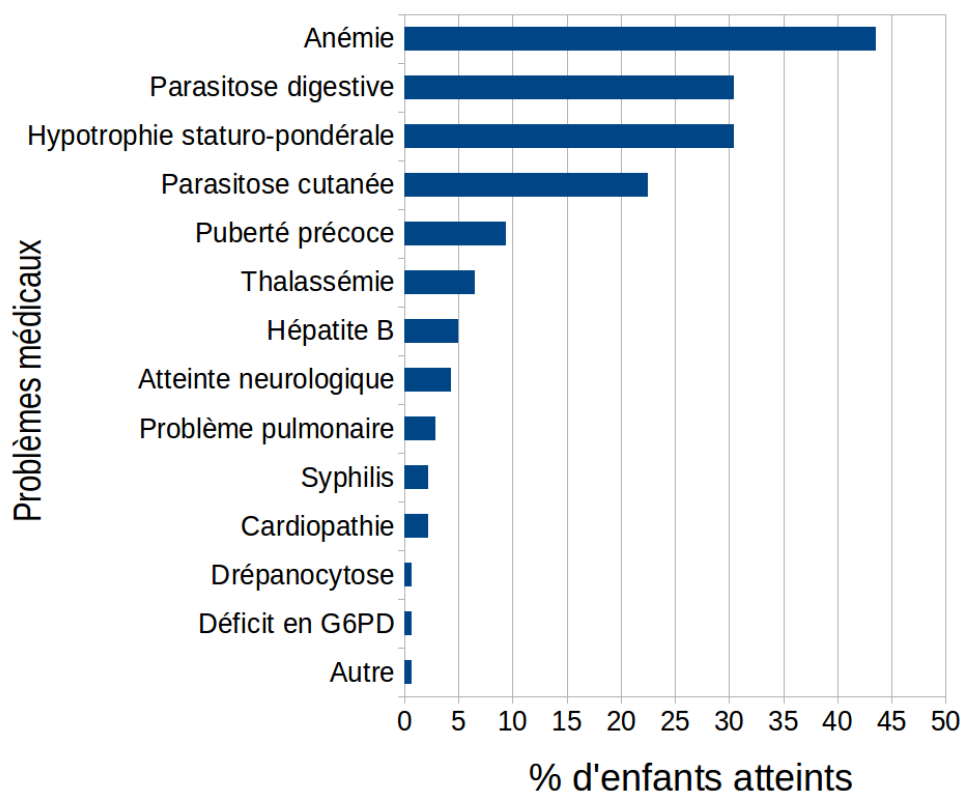


FIGURE 10.2 – Répartition des problèmes médicaux (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Nos données permettent également de connaître précisément les problèmes rencontrés (figure 10.2).

Près de la moitié des enfants adoptés souffrent d'anémie (43,5%) à leur arrivée en France.

Environ un tiers des enfants adoptés sont atteints :

- d'hypotrophie staturo-pondérale (30,4%)
- et/ou de parasitoses cutanée (22,5%) et digestive (30,4%).

10.1.3 Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon le sexe de l'enfant adopté

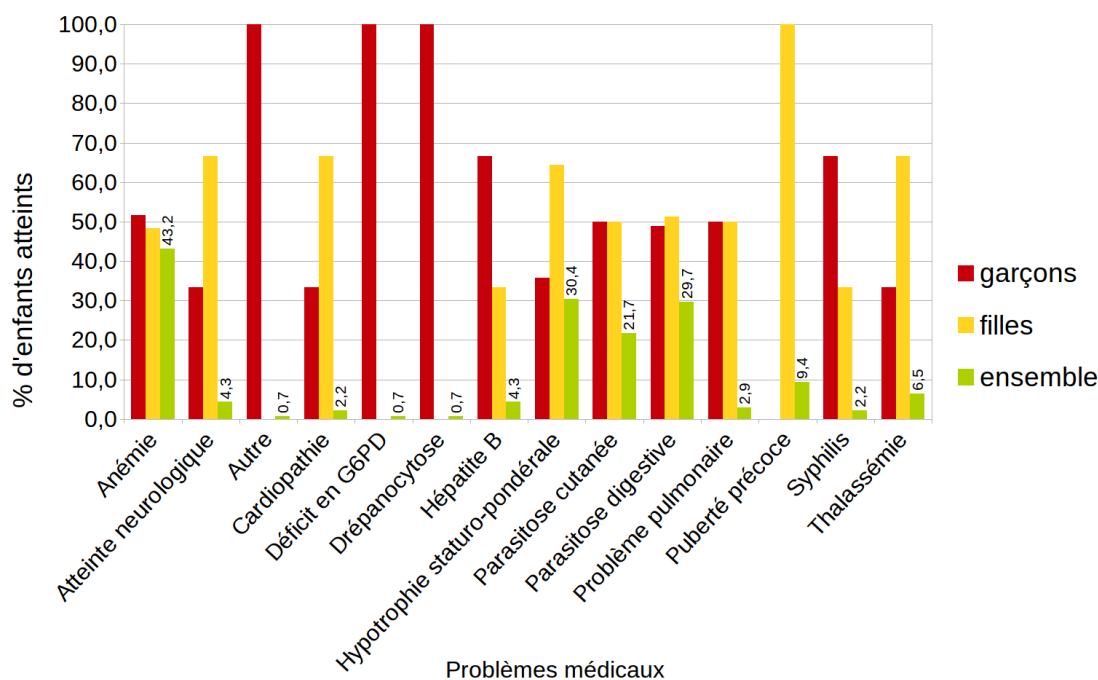


FIGURE 10.3 – Répartition des problèmes médicaux (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Les filles sont plus touchées par les problèmes d'hypotrophie staturo-pondérale (64,3%) et de puberté précoce (100%) que les garçons (figure 10.3).

10.1.4 Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon l'âge d'abandon de l'enfant adopté

Le tableau 10.1 précise le nombre et la fréquence des principaux problèmes médicaux rencontrés selon l'âge d'abandon de l'enfant.

Âge d'abandon (en mois)	Problèmes médicaux les plus fréquents	Fréquence	Effectif
0	Anémie	28.6%	14
	Hypotrophie staturo-pondérale	24.5%	12
1	Anémie	28.6%	2
	Hypotrophie staturo-pondérale	42.9%	3
2	Anémie	50%	1
	Hypotrophie staturo-pondérale	50%	1
	Parasitose digestive	50%	1
	Problème pulmonaire	50%	1
3	Anémie	100%	1
	Drépanocytose	100%	1
	Parasitose digestive	100%	1
	Thalassémie	100%	1
4	Anémie	50%	1
	Hypotrophie staturo-pondérale	50%	1
	Parasitose cutanée	50%	1
	Parasitose digestive	50%	1
5	Anémie	100%	2

Suite à la page suivante

Âge d'abandon (en mois)	Problèmes médicaux les plus fréquents	Fréquence	Effectif
	Parasitose cutanée	50%	1
	Parasitose digestive	100%	2
6	Anémie	75%	3
	Hypotrophie staturo-pondérale	75%	3
	Parasitose digestive	75%	3
7	Anémie	50%	1
	Hypotrophie staturo-pondérale	50%	1
	Parasitose cutanée	50%	1
	Parasitose digestive	50%	1
8	Anémie	50%	1
	Parasitose digestive	50%	1
9	Hypotrophie staturo-pondérale	100%	1
	Problème pulmonaire	100%	1
	Thalassémie	100%	1
10	Anémie	75%	3
	Hypotrophie staturo-pondérale	50%	2
	Parasitose cutanée	50%	2
	Parasitose digestive	50%	2
11	Anémie	33.3%	1
	Hypotrophie staturo-pondérale	33.3%	1
	Parasitose cutanée	33.3%	1
	Parasitose digestive	33.3%	1
	Thalassémie	33.3%	1
12	Anémie	80%	4
13	Parasitose cutanée	50%	1
	Parasitose digestive	50%	1
	Puberté précoce	50%	1
14	Anémie	100%	1
	Hypotrophie staturo-pondérale	100%	1
	Parasitose digestive	100%	1
15	Cardiopathie	100%	1
16	Anémie	100%	1
	Parasitose cutanée	100%	1
	Parasitose digestive	100%	1
17	Anémie	100%	1
	Parasitose digestive	100%	1
18	Anémie	100%	2
	Parasitose digestive	100%	2
20	Parasitose cutanée	100%	1
	Puberté précoce	100%	1
24	Anémie	100%	3
	Parasitose cutanée	66.7%	2
	Parasitose digestive	66.7%	2
27	Hypotrophie staturo-pondérale	100%	1
	Parasitose digestive	100%	1
	Problème pulmonaire	100%	1
	Thalassémie	100%	1
30	Parasitose digestive	100%	3
	Anémie	66.7%	2
	Hypotrophie staturo-pondérale	66.7%	2
	Parasitose cutanée	66.7%	2
34	Anémie	100%	2
	Parasitose digestive	100%	2
	Parasitose cutanée	50%	1
	Hépatite B	50%	1
	Thalassémie	50%	1
36	Anémie	66.7%	2
	Puberté précoce	66.7%	2
42	Anémie	100%	2
	Hypotrophie staturo-pondérale	50%	1
	Parasitose digestive	50%	1
	Puberté précoce	50%	1
46	Parasitose cutanée	100%	1

Suite à la page suivante

Âge d'abandon (en mois)	Problèmes médicaux les plus fréquents	Fréquence	Effectif
48	Parasitose digestive	100%	1
	Hypotrophie staturo-pondérale	50%	4
	Parasitose digestive	50%	4
60	Puberté précoce	50%	2
72	Anémie	50%	1
	Hépatite B	50%	1
	Hypotrophie staturo-pondérale	50%	1
	Parasitose cutanée	50%	1
84	Parasitose digestive	100%	2
	Puberté précoce	100%	2
	Anémie	50%	1
	Parasitose	50%	1
	Thalassémie	50%	1

TABLE 10.1 – Répartition des problèmes médicaux selon l'âge d'abandon de l'enfant (Donnée obtenue pour 89.9% des enfants ; n=124)

10.1.5 Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon la classe d'âge d'abandon

Les enfants abandonnés à la naissance rencontrent essentiellement des problèmes d'anémie (28,6%) et d'hypotrophie staturo-pondérale (24,5%).

Les enfants abandonnés entre 1 et 6 ans sont les plus exposés aux problèmes d'anémie (58,5%), de parasitologies digestive (56,1%) et cutanée (34,1%).

Près de la moitié des enfants abandonnés entre 1 mois et un 1 an souffrent :

- d'hypotrophie staturo-pondérale (43,3%),
- d'anémie (53,3%),
- de parasitoses digestives (46,7%).

Les résultats complets sont présentés dans la figure 10.4.

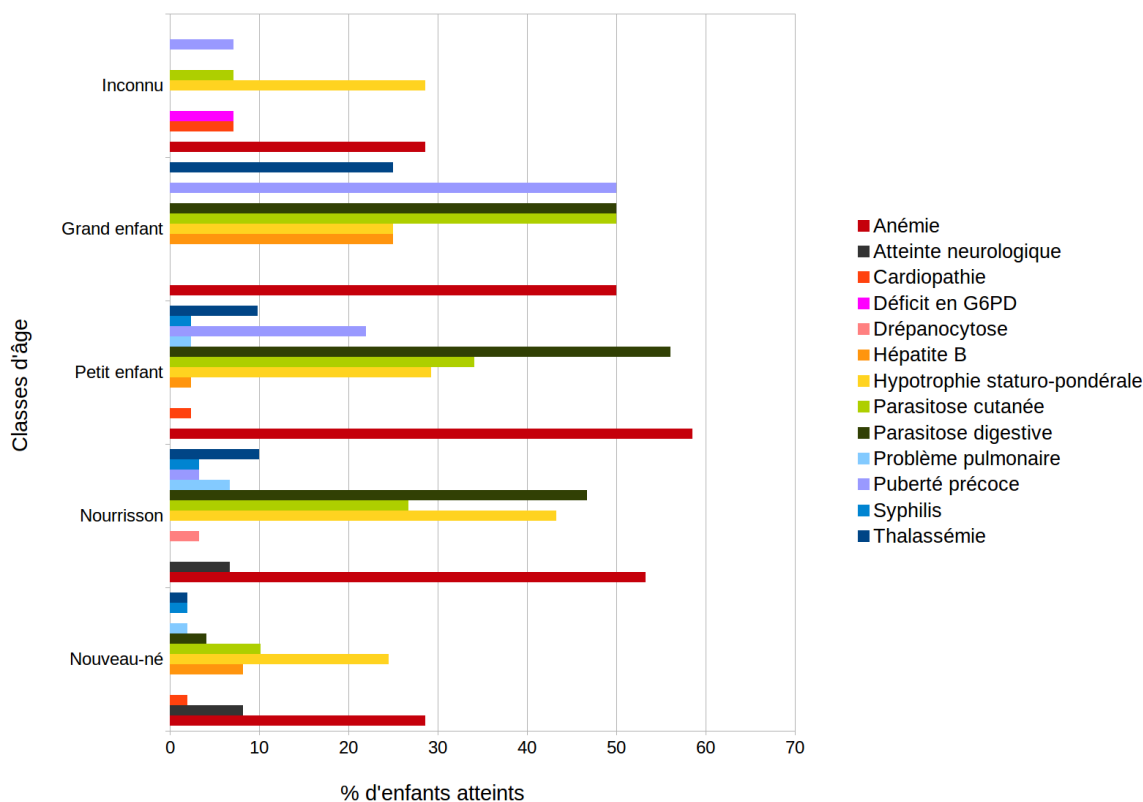


FIGURE 10.4 – Répartition des problèmes médicaux détectés à l’arrivée en France selon la classe d’âge d’abandon de l’enfant adopté (Donnée obtenue pour 89,9% des enfants ; n=124)

10.1.6 Problèmes médicaux rencontrés à l’arrivée de l’enfant selon le pays d’origine

L’influence du pays d’origine sur les problèmes médicaux est reportée dans la figure 10.5.

Tous les enfants (100%) originaires d’Arménie, du Burkina Faso, de Pologne et d’Ukraine sont porteurs d’une anémie.

Les pubertés précoces affectent essentiellement les enfants du Népal, de Lettonie, d’Haïti, d’Ethiopie et du Cameroun.

Les enfants d’Ukraine, de Russie et de Pologne sont plus concernés par les atteintes neurologiques que les autres.

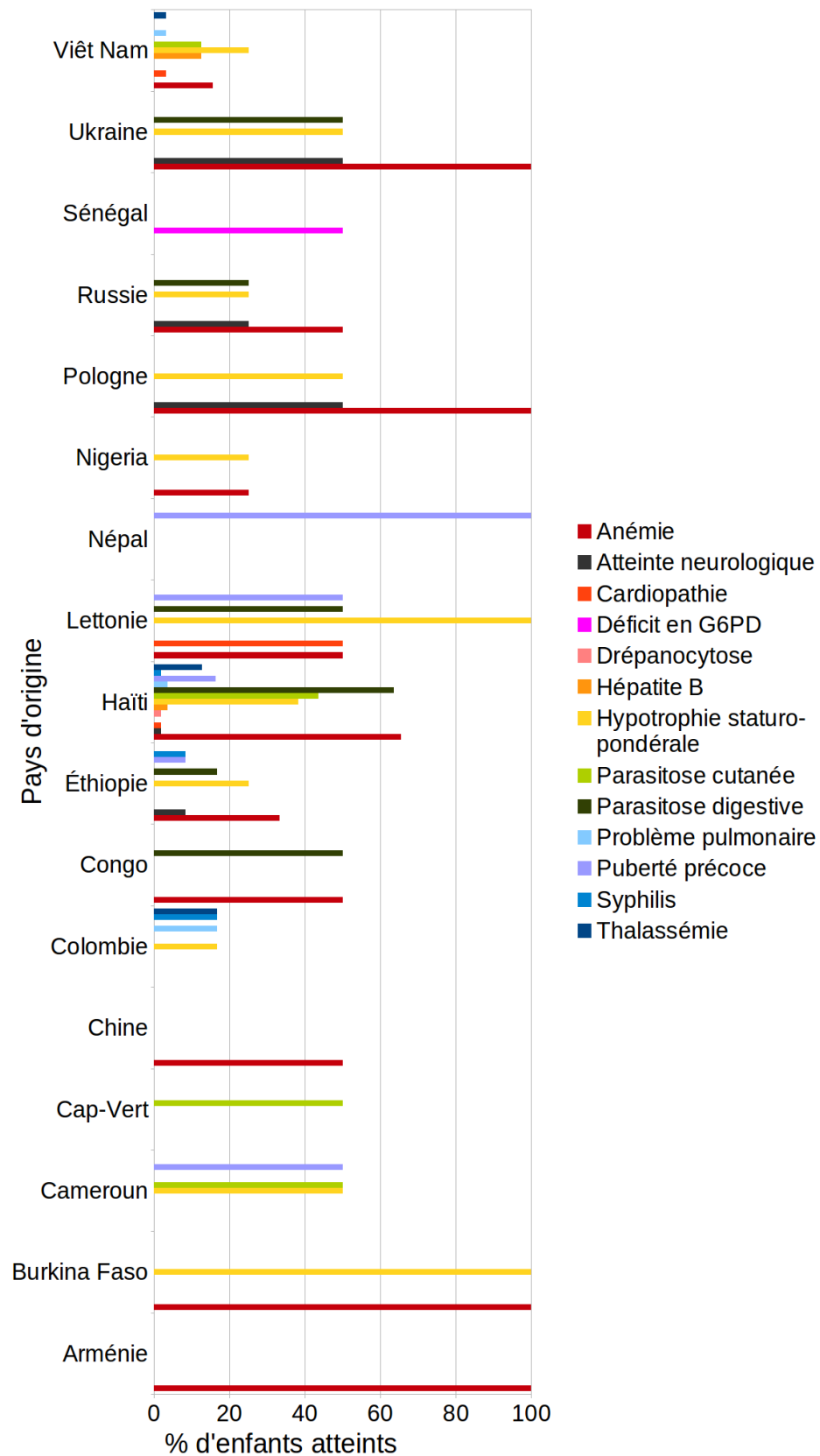


FIGURE 10.5 – Répartition des problèmes médicaux détectés à l’arrivée en France selon le pays d’origine de l’enfant adopté (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n = 138)

10.2 Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant

Il s'agit de tout problème psychologique rencontré par l'enfant adopté après son arrivée en France, que ce soit d'apparition rapide ou non.

Ces problèmes ont été regroupés en 5 types :

- agressivité,
- troubles du comportement,
- troubles du sommeil à l'arrivée,
- troubles du sommeil supérieurs à 3 mois,
- autre.

Plus d'un tiers des enfants de notre étude (31,9% ; n = 44) souffrent de problèmes psychologiques.

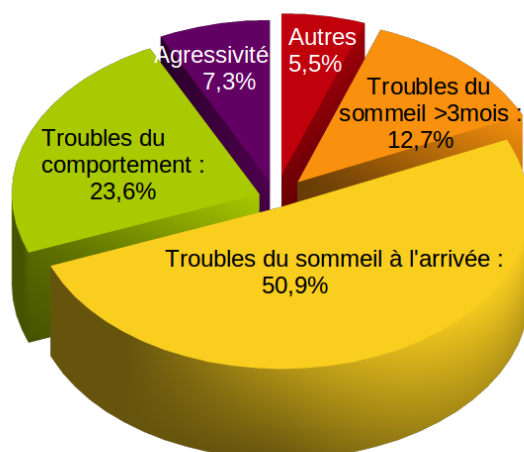


FIGURE 10.6 – Répartition des problèmes psychologiques des enfants adoptés à l'étranger (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Plus de la moitié des enfants qui présentent des problèmes psychologiques souffrent de troubles du sommeil (50,9%) et chez près de 13% d'entre eux ces troubles persistent plus de 3 mois.

Près d'un quart des enfants de notre étude développent des troubles du comportement (23,6%). Les résultats détaillés sont reportés dans la figure 10.6.

10.2.1 Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon le sexe de l'enfant adopté

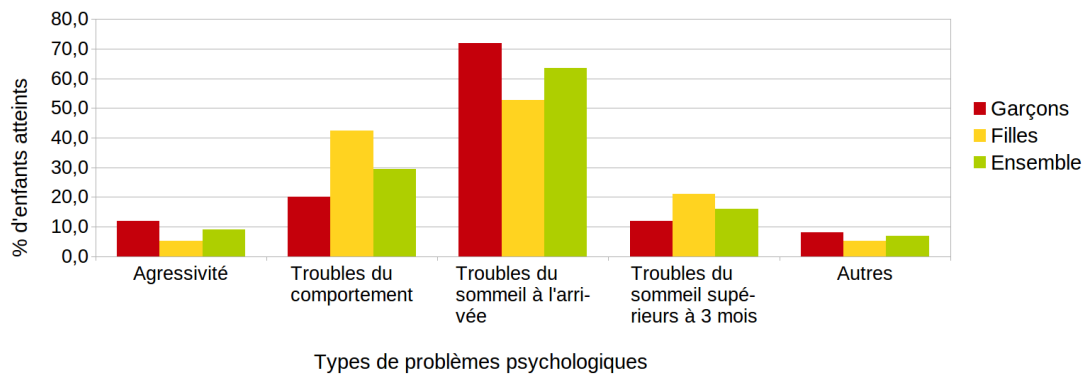


FIGURE 10.7 – Répartition des problèmes psychologiques selon le sexe des enfants adoptés (Donnée obtenue pour 100% des enfants; n=44)

D'après notre étude (figure 10.7), les troubles du sommeil à l'arrivée prédominent chez les garçons (32,7%) par rapport aux filles (18,2%).

A l'inverse, les troubles du comportement touchent légèrement plus les filles (14,5%) que les garçons (9,1%).

10.2.2 Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon l'âge d'abandon de l'enfant adopté

Comme nous pouvons le voir sur la figure 10.8, dans notre étude :

- Près d'un quart des enfants qui ont été abandonnés à la naissance souffrent de troubles du sommeil persistants (20,4%).
- Environ un tiers des enfants abandonnés à 24 mois (33.3%), 36 mois (33.3%) et 48 mois (37.5%) présentent des troubles du comportement. Cette proportion atteint 50% pour les enfants abandonnés à l'âge de 5 mois.
- 20% des enfants abandonnés à l'âge de 1 an présentent des problèmes d'agressivité.

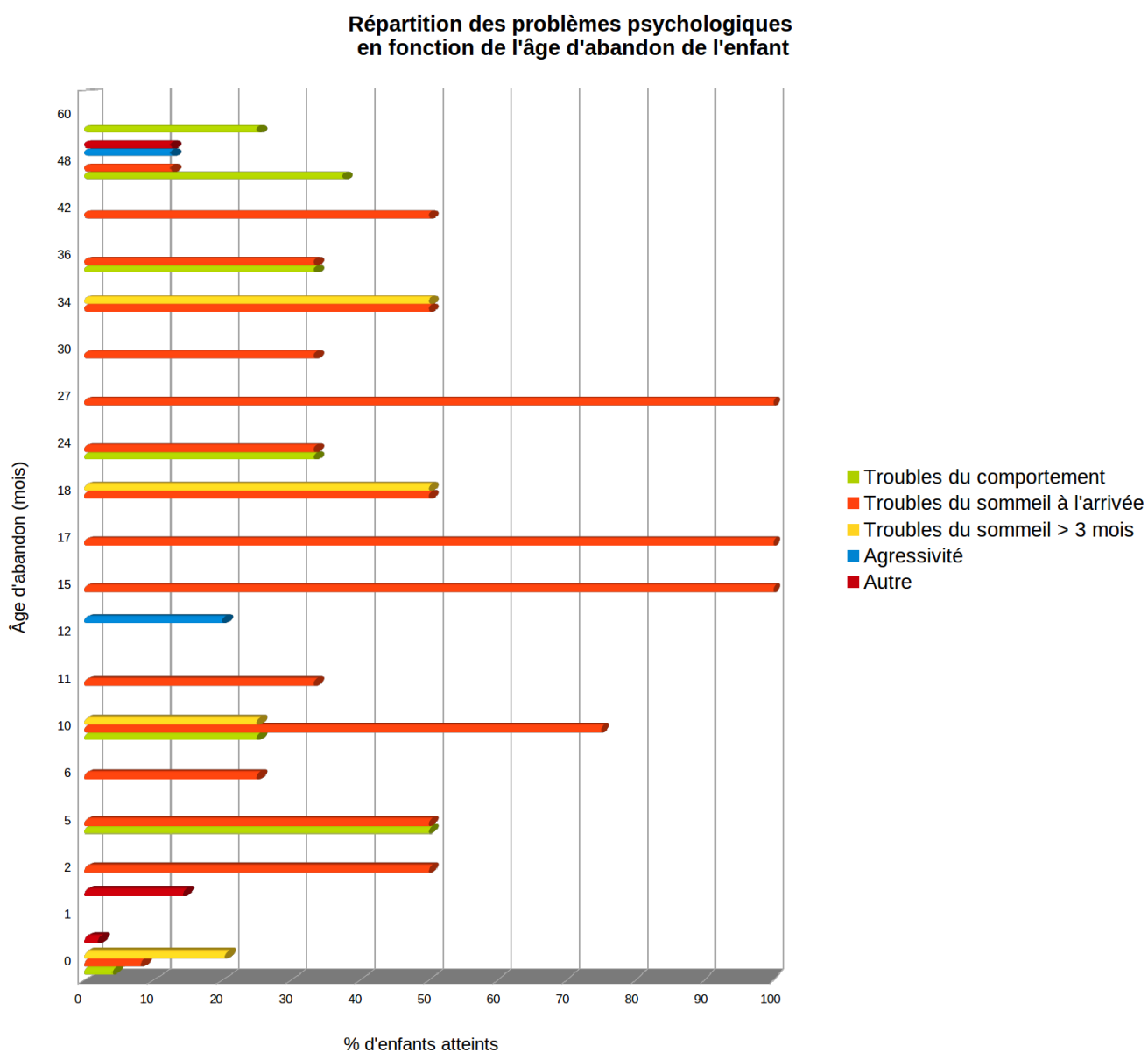


FIGURE 10.8 – Répartition des problèmes psychologiques selon l'âge des enfants adoptés (Donnée obtenue pour 88,6% des enfants; n=39)

10.2.3 Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon la classe d'âge d'abandon de l'enfant adopté

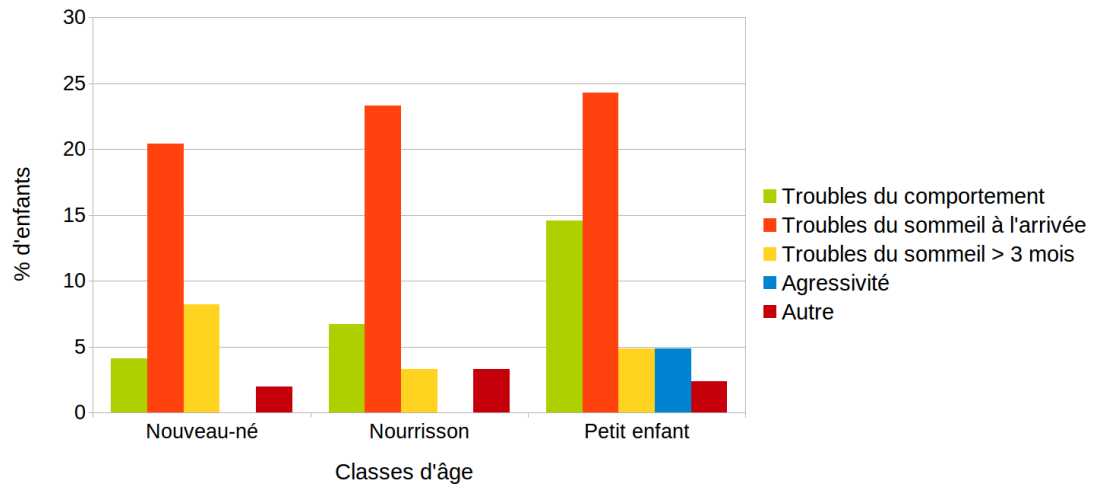


FIGURE 10.9 – Répartition des problèmes psychologiques selon la classe d'âge d'abandon des enfants adoptés (Donnée obtenue pour 88,6% des enfants ; n=39)

Les troubles du sommeil à l'arrivée affectent près d'un quart des enfants adoptés, quelque soit leur classe d'âge d'abandon : nouveau-né (20,4%), nourrisson (23,3%), petit enfant (24,3%).

Les troubles du comportement sont plus fréquents dans la classe petit enfant (14,6%).

Aucun enfant de la classe grand enfant ne présente de trouble psychologique (figure 10.9).

10.2.4 Problèmes psychologiques rencontrés à l'arrivée de l'enfant selon le pays d'origine

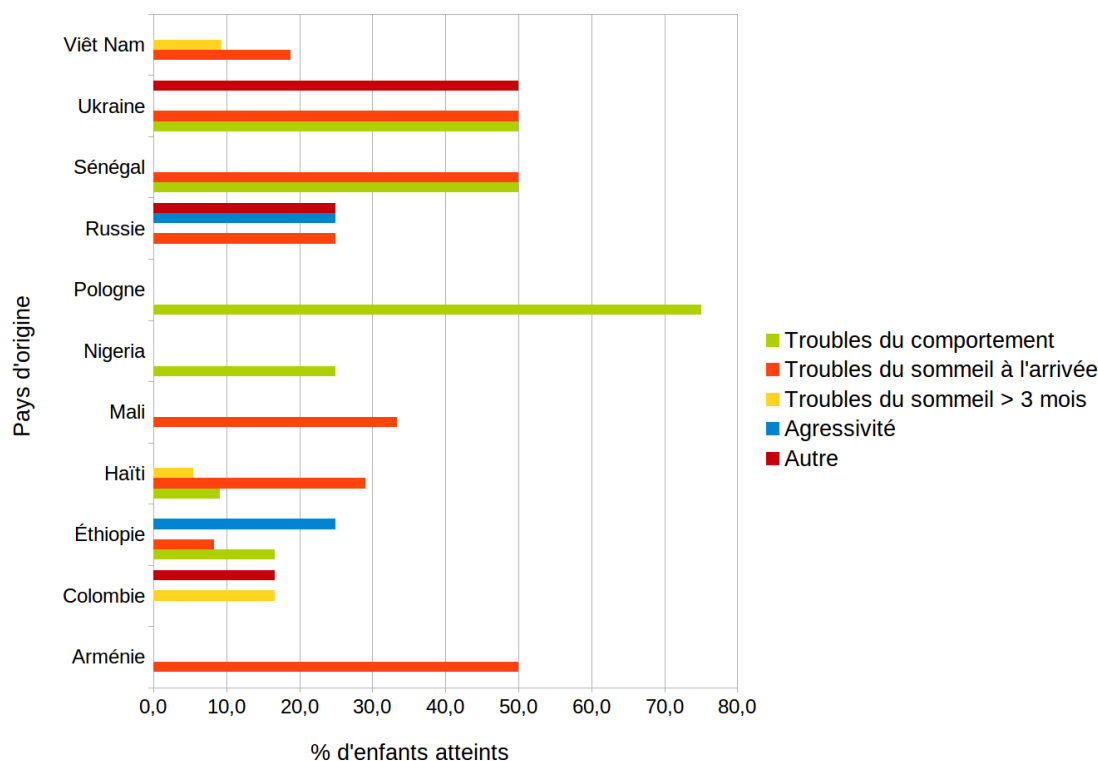


FIGURE 10.10 – Répartition des problèmes psychologiques des enfants adoptés à l'étranger selon le pays d'origine (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=44)

La figure 10.10 montre que :

- la moitié des enfants originaires du Sénégal (50%), d'Arménie (50%) ou d'Ukraine (50%) souffrent de troubles du sommeil à l'arrivée ;
- plus d'un quart des enfants originaires d'Haïti (29,1%) présentent des troubles du sommeil à l'arrivée et ils persistent plus de 3 mois chez 5,5% d'entre eux ;
- 16,7% des enfants originaires de Colombie présentent des troubles du sommeil persistants plus de 3 mois ;
- les trois quart des enfants adoptés en Pologne (75%) présentent des troubles du comportement, tout comme la moitié des enfants adoptés au Sénégal (50%) et en Ukraine (50%) ;
- un quart des enfants nés en Ethiopie (25%) et en Russie (25%) présente des problèmes d'agressivité à leur arrivée en France.

10.3 Dépistages biologiques réalisés à l'arrivée en France

Il s'agit des examens réalisés sur prélèvements sanguins à l'arrivée en France des enfants adoptés.

- **Dépistage néonatal** : permet de détecter la présence d'une phénylcétonurie, d'une hypothyroïdie congénitale, d'une hyperplasie congénitale des surrénales, d'une mucoviscidose et d'une drépanocytose chez les enfants les plus jeunes ;
- **NFS-plaquettes** : à la recherche d'une anémie ;
- **Créatinine** : afin de vérifier l'absence de pathologie rénale ;
- **Hémostase** : pour contrôler l'absence de troubles de la coagulation, d'hémophilie ;
- **Transaminases (ASAT/ALAT)** : afin de vérifier l'absence d'atteinte hépatique ;
- **Goutte épaisse** : à la recherche d'un paludisme ;
- Recherche d'une **hémoglobinopathie** (thalassémie, drépanocytose) ;
- Sérologies **hépatite A, hépatite B et hépatite C** ;
- Sérologie **syphilis** ;
- Sérologie **VIH** ;
- **Plombémie** : afin d'éliminer une intoxication au Plomb ;
- Dosage de la **vitamine D** : pour permettre si nécessaire une supplémentation orale ;
- **IDR à la tuberculine** : injection dans le derme à la face antérieure de l'avant-bras d'un volume de 0,1 ml de la solution liquide de tuberculine puis lecture de la réaction cutanée (induration) à la 72ème heure. Cet examen permet de mettre en évidence la présence d'une tuberculose.

Dans notre étude, plus de 1400 dépistages biologiques ont été réalisés à l'arrivée des enfants en France (Données obtenues pour 100% des enfants ; n=138).

Tous les enfants de notre étude ont eu au moins un dépistage biologique.

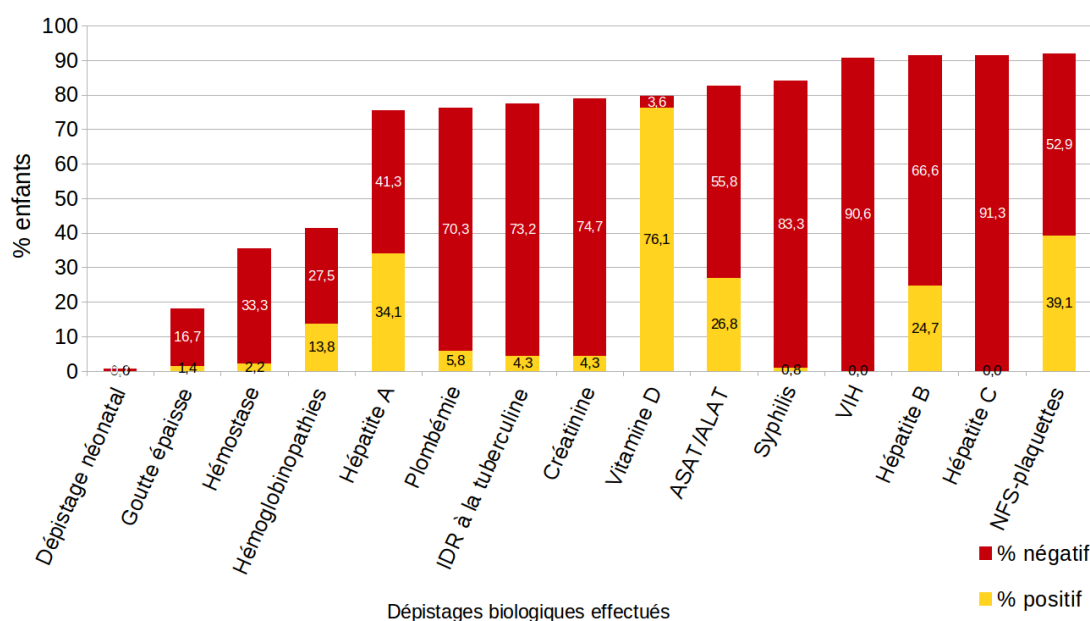


FIGURE 10.11 – Répartition des dépistages biologiques réalisés à l'arrivée en France (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

Comme nous pouvons le voir sur la figure 10.11, plus de 90% des enfants de notre étude ont bénéficié :

- d'un dosage de numération formule sanguine (92%) à la recherche d'une anémie, celle-ci n'a pas été retrouvée chez plus de la moitié des enfants (57,5%);
- d'une recherche d'hépatite B (91,3%) qui est revenue positive pour 27% des enfants adoptés;
- d'une recherche d'hépatite C (91,3%) qui est toujours revenue négative (100%);
- d'une recherche de VIH (90,6%) qui est toujours revenue négative (100%).

Chez environ 3/4 des enfants :

- un dosage à la recherche d'une intoxication au plomb (76,1%) a été réalisé et est revenu négatif chez 92,4% d'entre eux;
- la vitamine D a été dosée (79,7%) et une carence a été mise en évidence chez 95,5% des enfants;
- une recherche de syphilis a pu être effectuée mais ne revient positive que dans 0,9% des cas;
- une recherche d'hépatite A a été réalisée et est revenue positive dans 45,2% des cas.

Chez près de la moitié des enfants, une recherche d'hémoglobinopathie (41,3%) a été effectuée et est revenue positive dans 33,3% des cas.

10.3.1 Dépistage biologique selon la classe d'âge de l'enfant

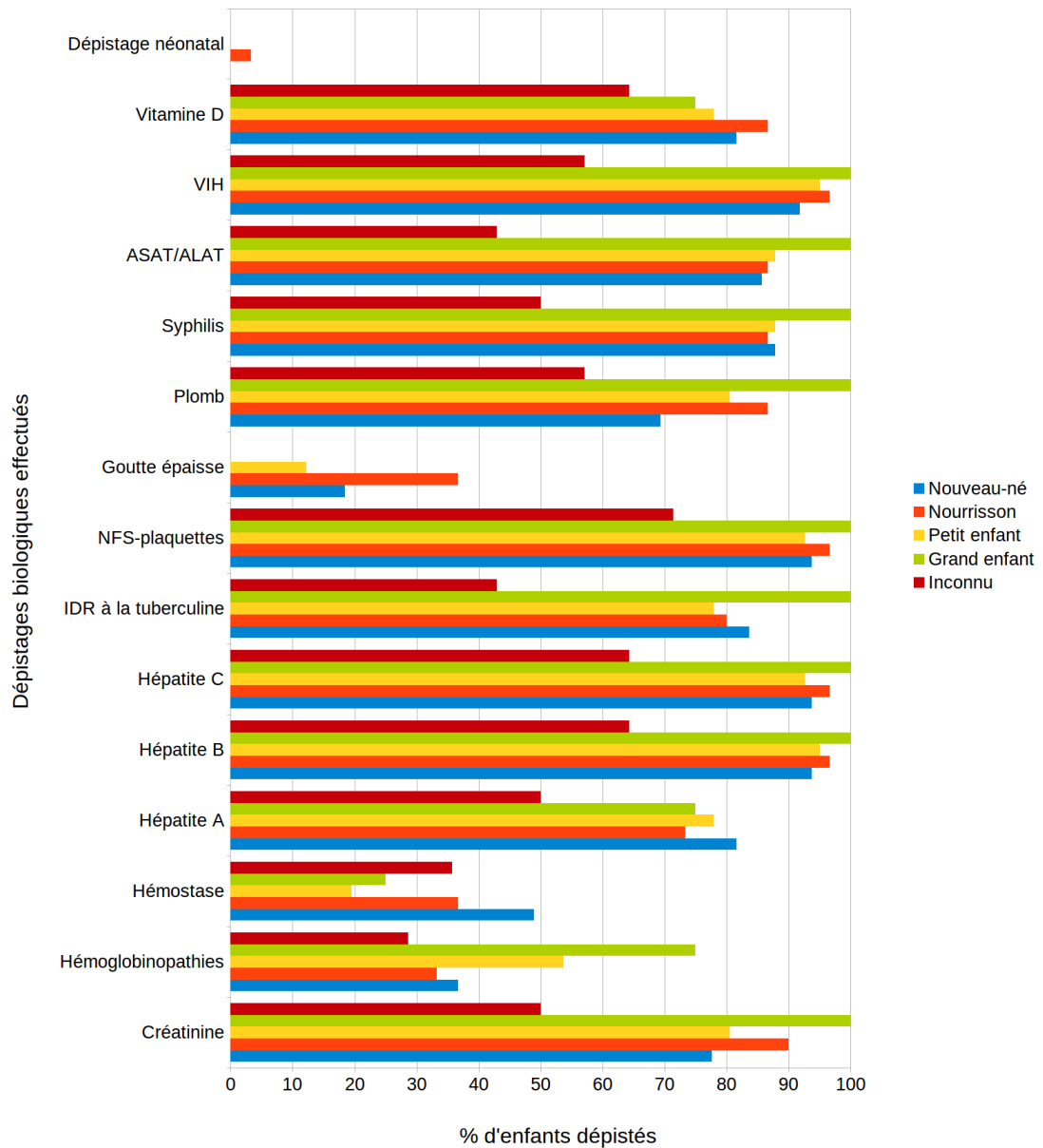


FIGURE 10.12 – Répartition des dépistages biologiques réalisés selon la classe d'âge d'abandon de l'enfant, à son arrivée en France (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=138)

La figure 10.12 résume les différents examens biologiques réalisés à l'arrivée de l'enfant en France.

Concernant les enfants abandonnés à la naissance :

— la quasi totalité des enfants a bénéficié :

- d'un dosage de la NFS (93,8%) ;
- d'une sérologie hépatite B (93,8%) et C (93,8%) ;
- et d'une sérologie VIH (91,8%).

Les sérologies hépatite C et VIH sont toutes revenues négatives (100%) mais on retrouve une anémie chez un quart des enfants (26,1%) et une sérologie hépatite B positive chez 43,5% des enfants de cette classe.

- Plus des trois quart des enfants ont bénéficié :
 - d'un dosage de la créatinine (77,6%) ;
 - d'un dosage de la vitamine D (81,6%) qui mettait en évidence une carence pour 97,5% d'entre eux ;
 - d'une sérologie hépatite A (81,6%), négative pour 85% des enfants ;
 - d'une IDR à la tuberculine (83%), négative dans 92,7% des cas ;
 - d'un dosage des transaminases (85,7%) augmentées chez 31% des enfants ;
 - et d'une sérologie syphilis (87,8%), toujours négative.
- Aucun enfant abandonné à la naissance n'a bénéficié à son arrivée en France d'un dépistage néonatal.

Les enfants appartenant à la classe d'âge nourrisson :

- ont presque tous bénéficié :
 - d'un dosage de la créatinine (90%) ;
 - d'un dosage de la NFS (96,7%) mettant une anémie en évidence pour 51,7% des enfants ;
 - d'une sérologie hépatite B (96,7%) positive pour 28,6% d'entre eux ;
 - d'une sérologie hépatite C (96,7%) toujours négative ;
 - d'une sérologie VIH (96,7%) toujours négative.
- ont bénéficié pour les trois quart :
 - d'une sérologie hépatite A (73,3%), positive dans 50% des cas ;
 - d'une sérologie syphilis (86,7%), exclusivement négative ;
 - d'une IDR à la tuberculine (80%) négative pour 95,8% des enfants ;
 - d'un dosage des transaminases (86,7%), augmentées chez 42,3% des enfants ;
 - d'une plombémie (86,7%) qui mettait en évidence une intoxication pour 7,7% des enfants ;
 - d'un dosage de la vitamine D (86,7%) qui révélait une carence pour 92,3% des enfants.
- Un seul dépistage néonatal a été effectué pour les enfants de cette classe d'âge et il est revenu négatif.

Pour les enfants appartenant à la classe d'âge petit enfant :

- La majorité a bénéficié :
 - d'un dosage de la NFS (92,7%) mettant une anémie en évidence pour

- 50% des enfants ;
 - d'une sérologie hépatite B (95,1%) positive pour 12,8% d'entre eux ;
 - d'une sérologie hépatite C (92,7%) toujours négative ;
 - d'une sérologie VIH (95,1%) exclusivement négative.
-
- Pour plus des trois quart des enfants, on a eu recours à :
 - un dosage de la créatinine (80,5%) ;
 - une sérologie hépatite A (78%), positive dans 78,1% des cas ;
 - une sérologie syphilis (87,8%), positive pour 2,7% des enfants ;
 - une IDR à la tuberculine (78%) négative pour 96,9% des enfants ;
 - d'un dosage des transaminases (87,8%), normales chez 69,4% des enfants ;
 - d'une plombémie (80,5%) qui mettait en évidence une intoxication pour 9% des enfants ;
 - d'un dosage de la vitamine D (78%) qui révélait une carence pour 93,9% des enfants.

Pour les enfants de la classe grand enfant :

- nous avons eu recours, pour la quasi totalité d'entre eux à :
 - un dosage de la créatinine (100%) ;
 - un dosage de la NFS (100%) qui a mis en évidence une anémie dans 50% des cas ;
 - une sérologie hépatite B (100%) positive dans 25% des cas ;
 - une sérologie hépatite C (100%), exclusivement négative ;
 - une sérologie syphilis (100%), négative pour tous ;
 - une sérologie VIH (100%), qui reste négative ;
 - une IDR à la tuberculine (100%), toujours négative ;
 - une plombémie (100%), positive pour 25% des enfants.

10.4 Dépistage radiologique

Il s'agit de tous les examens radiologiques réalisés à l'arrivée de l'enfant en France. Nous avons défini 5 types d'examens :

- **Radiographie pulmonaire** : qui nous permet de détecter essentiellement une tuberculose sous-jacente ;
- **Âge osseux** : radiographie du poignet et de la main gauche et comparaison avec les données disponibles dans l'atlas de Greulich et Pyle ;
- **Echographie** : dans notre étude, il s'agit principalement d'échographies abdomino-pelviennes ;
- **Scanner** : thoracique, abdominal, cérébral en fonction des points d'appel clinique ;
- **Autres** : concerne surtout les IRM encéphaliques (réalisées en cas de puberté précoce).

Dans notre étude, 130 (94,2%) des 138 enfants adoptés ont eu au moins un examen radiologique à leur arrivée en France.

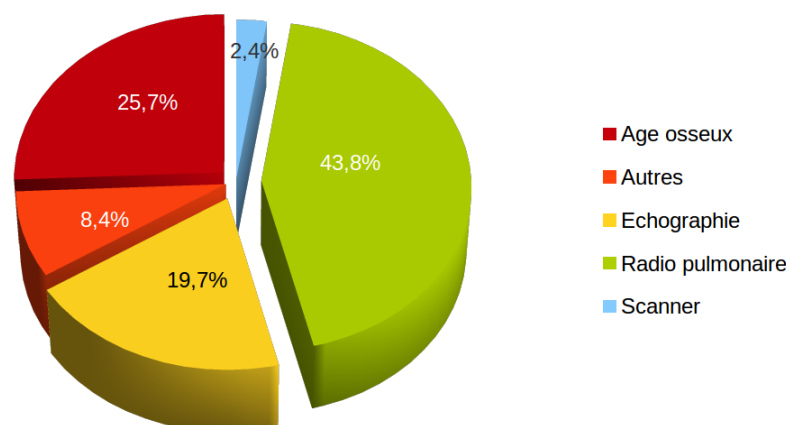


FIGURE 10.13 – Répartition des dépistages radiologiques réalisés à l'arrivée en France (Donnée obtenue pour 100% des enfants; n = 130)

La figure 10.13 indique que près de la moitié des dépistages radiologiques ont été réalisés à l'aide d'une radiographie pulmonaire (43,8%) et près d'un quart des enfants ont bénéficié d'un âge osseux (25,7%) ou d'une échographie (19,7%).

10.4.1 Dépistage radiologique selon la classe d'âge de l'enfant

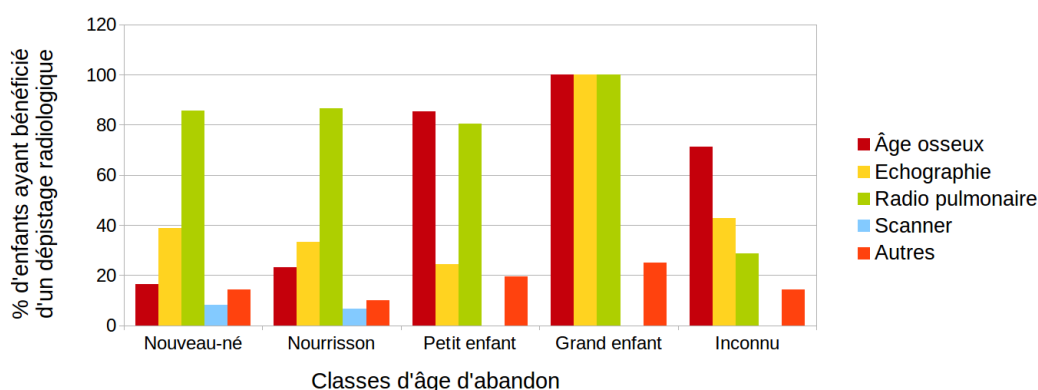


FIGURE 10.14 – Répartition des dépistages radiologiques réalisés à l'arrivée en France selon la classe d'âge d'abandon de l'enfant (Donnée obtenue pour 100% des enfants; n = 130)

85,4% des enfants de la classe d'âge petit enfant et 100% de la classe d'âge grand enfant ont bénéficié d'un âge osseux à leur arrivée en France.

Une radiographie pulmonaire a été faite à plus de 80% des enfants, quelque soit leur classe d'âge comme nous pouvons le voir sur la figure 10.14.

10.4.2 Dépistage radiologique selon le pays d'origine

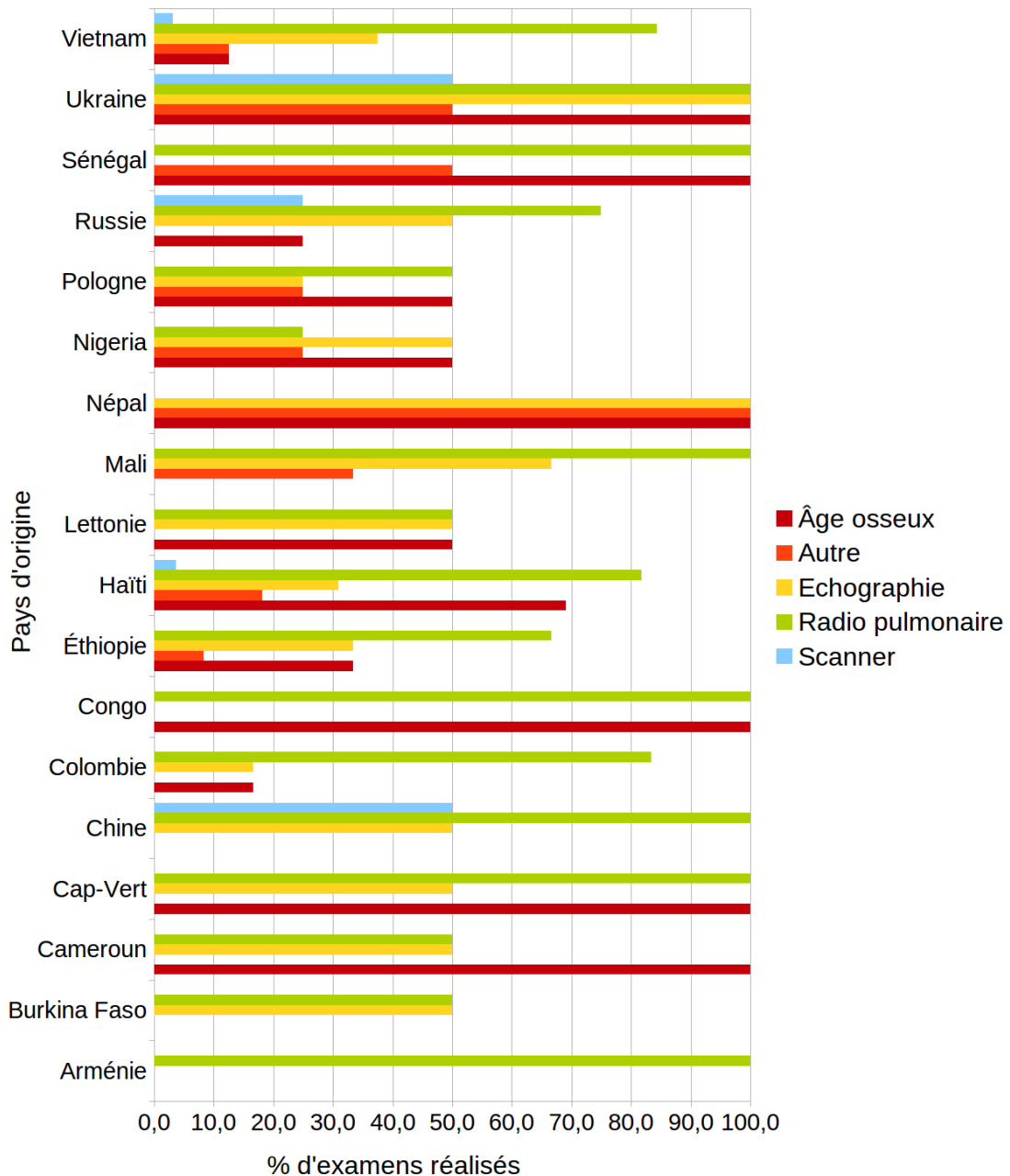


FIGURE 10.15 – Répartition des dépistages radiologiques réalisés à l'arrivée en France selon le pays d'origine de l'enfant (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n = 130)

La figure 10.15 nous permet de visualiser les différents dépistages radiologiques effectués en fonction du pays d'origine de l'enfant.

Tous les enfants originaires du Cameroun (100%), du Cap-Vert (100%), du Congo (100%), du Népal (100%), du Sénégal (100%) et d'Ukraine (100%) ont bénéficié de la réalisation d'un âge osseux à leur arrivée en France.

Une radiographie pulmonaire a été réalisée :

- chez tous les enfants (100%) issus d'Arménie, du Cap-Vert, de Chine, du Congo, du Mali, du Sénégal et d'Ukraine.
- chez plus des trois quart des enfants provenant du Vietnam (84,4%), de Colombie (83,3%), d'Haïti (81,8%), et de Russie (75%).

10.5 Consultations spécialisées complémentaires

Il s'agit de toutes les consultations spécialisées réalisées à l'arrivée de l'enfant en France. Elle ont été classées en cinq types :

- Cardiologie ;
- Dentaire ;
- Ophtalmologie ;
- ORL ;
- Autres.

Dans notre étude, 54 enfants sur 138 (39,1%) ont eu recours à au moins une consultation spécialisée à leur arrivée en France. On comptabilise un total de 79 consultations spécialisées réalisées selon la répartition illustrée sur la figure 10.16.

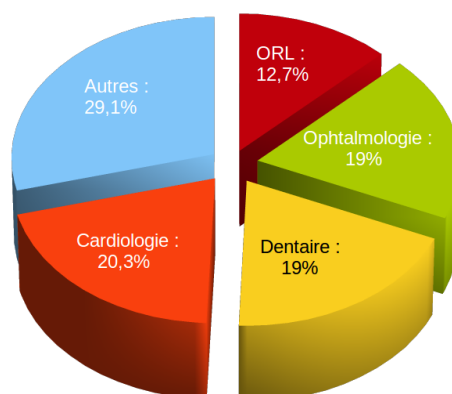


FIGURE 10.16 – Répartition des consultations spécialisées réalisées à l'arrivée en France (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=54)

10.5.1 Consultations spécialisées réalisées selon l'âge et la classe d'âge d'abandon de l'enfant

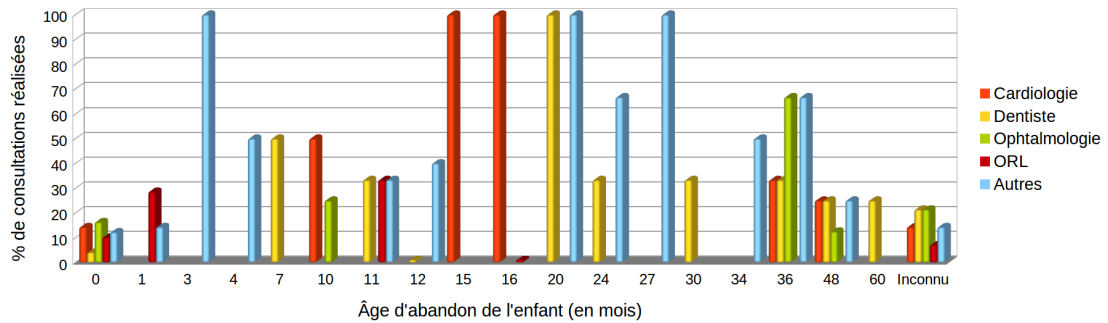


FIGURE 10.17 – Répartition des consultations spécialisées réalisées à l'arrivée en France selon l'âge d'abandon de l'enfant (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=54)

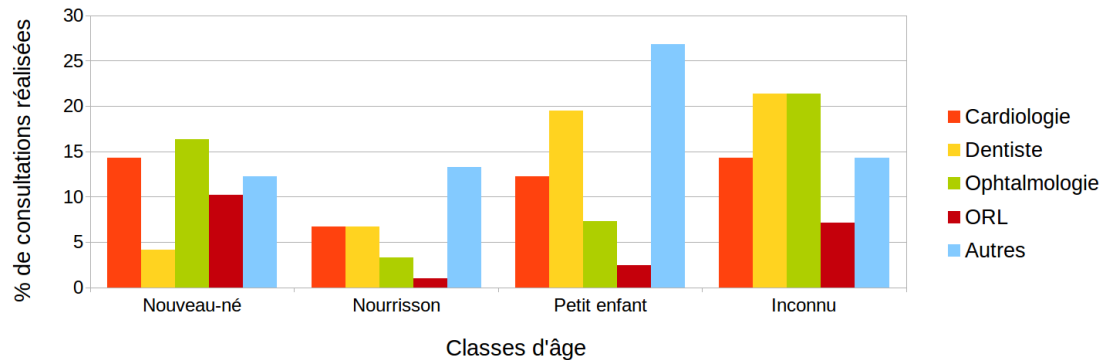


FIGURE 10.18 – Répartition des consultations spécialisées réalisées à l'arrivée en France selon la classe d'âge d'abandon de l'enfant (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=54)

La figure 10.17 reporte les résultats par âge alors que la figure 10.18 utilise les classes d'âge.

Les enfants abandonnés à la naissance ont essentiellement recours aux consultations d'ophtalmologie (16,3%) et de cardiologie (14,3%).

Les enfants appartenant à la classe d'âge petit enfant consultent surtout les dentistes (19,5%) et d'autres spécialistes (26,8%).

10.5.2 Consultations spécialisées réalisées selon le pays d'origine

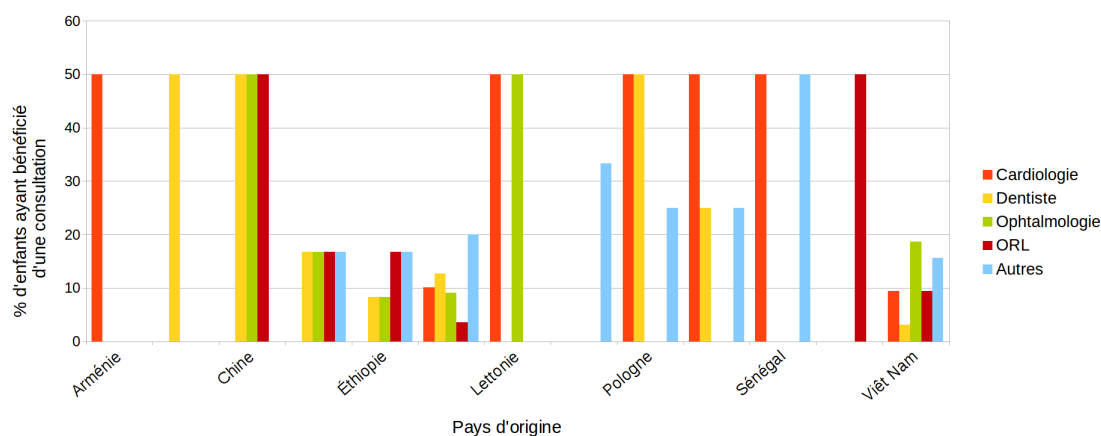


FIGURE 10.19 – Répartition des consultations spécialisées réalisées à l'arrivée en France selon le pays d'origine de l'enfant (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n=54)

La figure 10.19 reprend les différentes consultations réalisées en fonction du pays d'origine de l'enfant.

La moitié des enfants (50%) :

- originaires d'Arménie, de Lettonie, de Pologne, de Russie et du Sénégal, ont bénéficié d'une consultation de cardiologie à leur arrivée en France ;
- provenant du Cameroun, de Chine et de Pologne ont eu recours à une consultation dentaire à leur arrivée en France ;
- issus de Chine et de Lettonie ont consulté un ophtalmologiste à leur arrivée en France ;
- venant de Chine ou d'Ukraine ont consulté un ORL à leur arrivée en France.

10.6 Autres examens réalisés

Cette section regroupe :

- les examens parasitologiques des selles (EPS) à la recherche d'une parasitose digestive ;
- les coprocultures ;
- le bilan urinaire à la recherche d'une bilharziose.

112 des 138 enfants adoptés de notre étude (81,2%) ont bénéficié d'un ou plusieurs de ces examens.

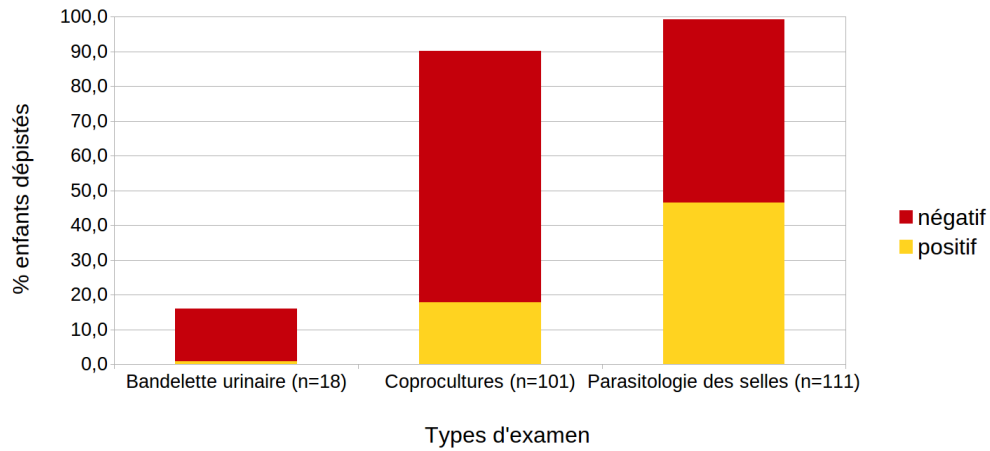


FIGURE 10.20 – Répartition des autres examens réalisés à l'arrivée en France (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n =112)

La figure 10.20 montre que :

- les deux principaux examens réalisés à l'arrivée en France sont les coprocultures (43,2%) et les examens parasitologiques des selles (47,4%) ;
- les premiers reviennent majoritairement négatifs (80,2%) alors que les résultats des seconds sont plus partagés (46,8% de positifs).

10.6.1 Autres examens réalisés selon la classe d'âge de l'enfant

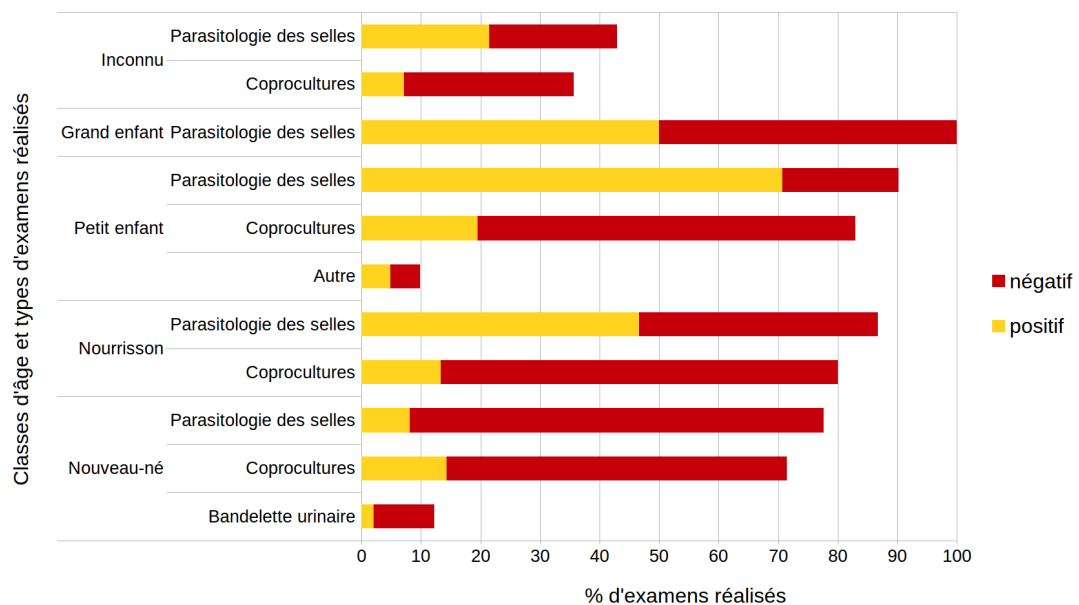


FIGURE 10.21 – Répartition des autres examens réalisés à l'arrivée en France selon la classe d'âge d'abandon de l'enfant (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n =112)

Comme nous pouvons le voir sur la figure 10.21, 77.6% des enfants abandonnés à la naissance ont bénéficié d'un examen parasitologique des selles, revenu négatif chez 89,5% d'entre eux.

Un EPS a été réalisé chez 90,2% des enfants abandonnés entre 1 et 6 ans et un ou plusieurs parasites ont été mis en évidence chez 78,4% des enfants.

10.6.2 Autres examens réalisés selon le pays d'origine

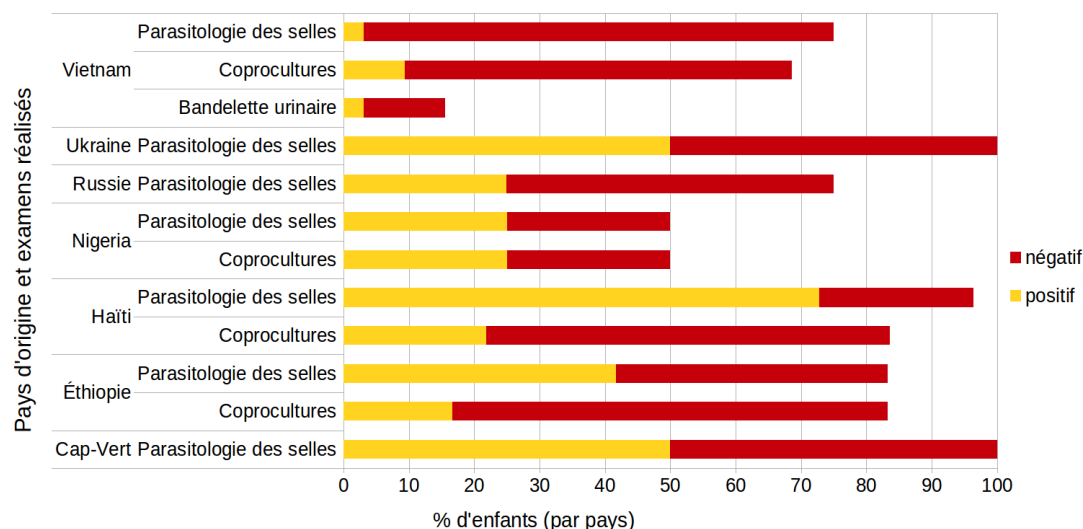


FIGURE 10.22 – Répartition des autres examens réalisés à l'arrivée en France selon le pays d'origine de l'enfant (Donnée obtenue pour 100% des enfants; n =112)

Dans notre étude (figure 10.22), seuls les enfants originaires de 7 pays ont eu recours à d'autres examens.

Plus de la moitié des EPS ont été réalisés chez des enfants originaires d'Haïti (55,2%) et les trois quart (75,5%) sont revenues positifs. Concernant les enfants originaires du Vietnam, ils regroupent un quart des prélèvements (25%) mais seuls 4,2% sont positifs.

Les coprocultures sont aussi largement réalisées chez les enfants originaires d'Haïti (57,5%) mais elles reviennent plutôt négatives (73,9%). Même constat pour les enfants originaires du Vietnam (27,5%) chez qui les prélèvements sont aussi majoritairement négatifs (86,4%).

10.7 Vaccinations

10.7.1 Vaccinations dans le pays d'origine

Il s'agit de toutes les vaccinations réalisées dans le pays d'origine selon les informations reçues par les parents. Nous n'avons pas tenu compte ici des "fausses vaccinations" ou des vaccinations incomplètes.

96 des 138 enfants de notre étude (69.6%) ont reçu au moins un vaccin dans leur pays d'origine.

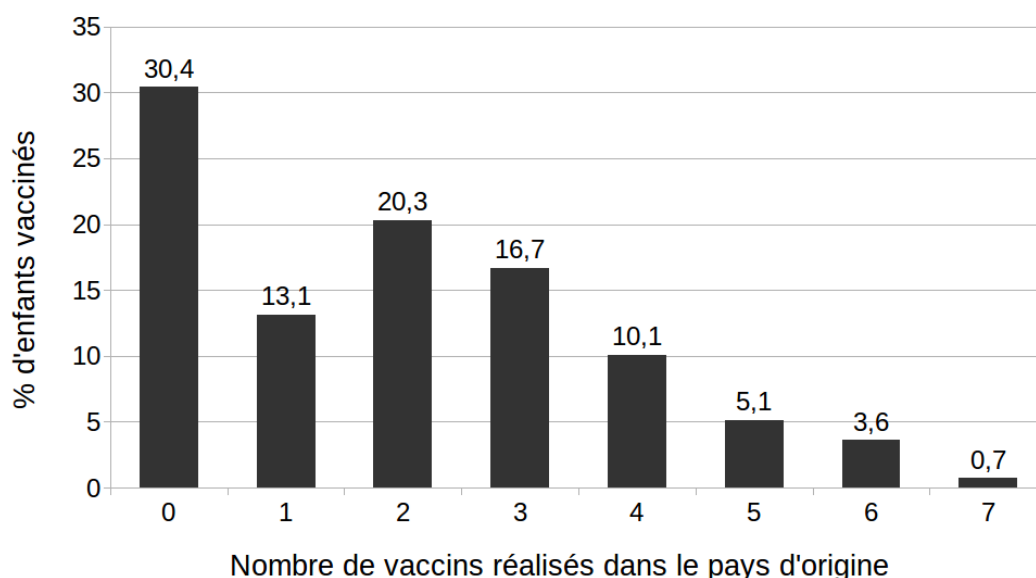


FIGURE 10.23 – Répartition du nombre de vaccinations réalisées dans le pays d'origine des enfants adoptés (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n =138)

La figure 10.23 indique que :

- près d'un tiers des enfants n'ont pas été vaccinés dans leur pays d'origine ;
- moins d'un quart des enfants ont reçu 2 ou 3 vaccins dans leur pays d'origine ;
- moins d'1% des enfants ont été correctement vaccinés dans leur pays d'origine.

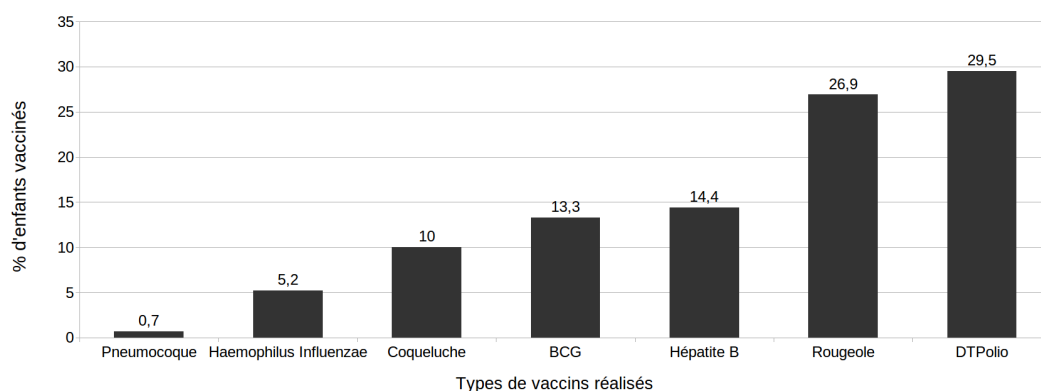


FIGURE 10.24 – Répartition des types de vaccins réalisés dans le pays d'origine des enfants adoptés (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n =96)

D'après la figure 10.24, plus d'un quart des vaccinations réalisées dans le pays d'origine concernent le DTPolio (29,5%) et la rougeole (26,9%).

Vaccinations réalisées dans le pays d'origine selon l'âge et la classe d'âge d'abandon de l'enfant

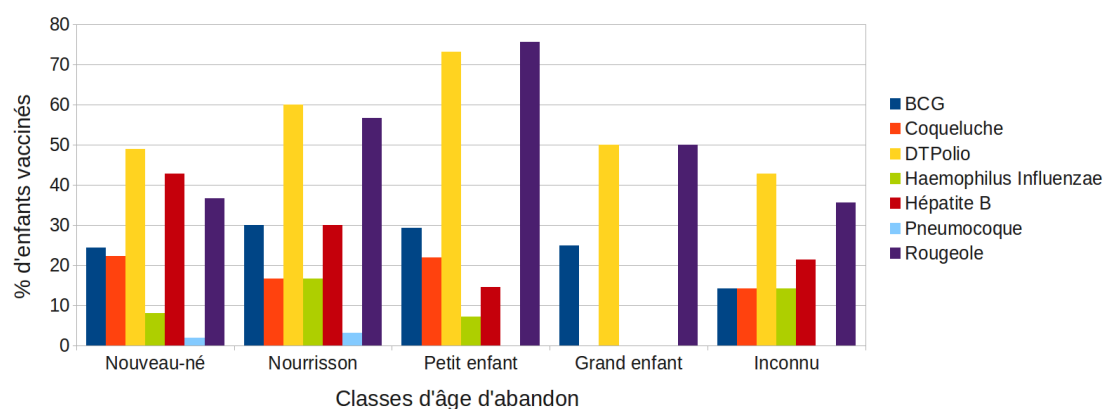


FIGURE 10.25 – Répartition des types de vaccins réalisés dans le pays d'origine des enfants adoptés en fonction de la classe d'âge d'abandon (Donnée obtenue pour 100% des enfants; n =96)

L'étude synthétique par classe d'âge est reportée dans la figure 10.25 qui met en évidence que :

- les vaccinations par le DTPolio prédominent dans toutes les classes d'âge ;
- dans la classe nouveau-né, les enfants ont surtout été vaccinés par le DT-Polio (49%), l'hépatite B (42,9%) et le ROR (36,7%) ;
- les enfants de la classe nourrisson sont principalement vaccinés par le DT-Polio (60%) et le ROR (56,7%) ;
- les enfants appartenant à la classe d'âge petit enfant ont essentiellement été vaccinés par le DTPolio (73,2%) et le ROR (75,6%) ;
- les enfants de la classe d'âge grand enfant ont également été principalement vaccinés par le DTPolio (50%) et le ROR (50%).

Ce sont les enfants abandonnés à la naissance qui ont reçu le plus de vaccins différents.

Les enfants abandonnés à l'âge de 3 et 17 mois n'ont reçu aucune vaccination dans leur pays d'origine.

Les résultats détaillés sont disponibles dans le tableau 10.2.

	BCG	Coq	DTP	H.I.	Hép. B	Pneumo	Rougeole
Âge d'abandon (en mois)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
0	24,5 (12)	22,4 (11)	49 (24)	8,2 (4)	42,9 (21)	2 (1)	36,7 (18)
1	28,6 (2)	28,6 (2)	57,1 (4)	28,6 (2)	42,9 (3)	0 (0)	42,9 (3)
2	100 (2)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (1)
4	0 (0)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	0 (0)
5	0 (0)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (1)
6	75 (3)	50 (2)	75 (3)	50 (2)	50 (2)	25 (1)	100 (4)
7	0 (0)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (1)
8	0 (0)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	50 (1)
9	0 (0)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	100 (1)
10	50 (2)	25 (1)	50 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (2)
11	0 (0)	0 (0)	100 (3)	33,3 (1)	33,3 (1)	0 (0)	100 (3)
12	40 (2)	80 (4)	80 (4)	40 (2)	80 (4)	0 (0)	80 (4)
13	0 (0)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (1)
14	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
15	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
16	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
18	0 (0)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (1)
20	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
24	33,3 (1)	33,3 (1)	66,7 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (3)
27	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
30	33,3 (1)	33,3 (1)	66,7 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	66,7 (2)
34	50 (1)	50 (1)	100 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (2)
36	0 (0)	0 (0)	100 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	66,7 (2)
42	0 (0)	0 (0)	100 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (2)
46	0 (0)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
48	12,5 (1)	12,5 (1)	75 (6)	12,5 (1)	12,5 (1)	0 (0)	75 (6)
60	50 (2)	25 (1)	50 (2)	0 (0)	25 (1)	0 (0)	50 (2)
72	50 (1)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (1)
84	0 (0)	0 (0)	50 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (1)
Inconnu	14,3 (2)	14,3 (2)	42,9 (6)	14,3 (2)	21,4 (3)	0 (0)	37,5 (5)

TABLE 10.2 – Répartition des types de vaccins réalisés dans le pays d'origine selon l'âge d'abandon de l'enfant (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n =96)

10.7.2 Vaccinations à l'arrivée en France

Il s'agit de toutes les vaccinations réalisées à l'arrivée de l'enfant en France afin de permettre la mise à jour de son statut vaccinal. Elles comportent :

- BCG ;
- Pneumocoque ;
- Méningocoque C ;
- Hépatite B ;
- ROR ;
- Haemophilus Influenzae ;
- Coqueluche ;
- DTPolio.

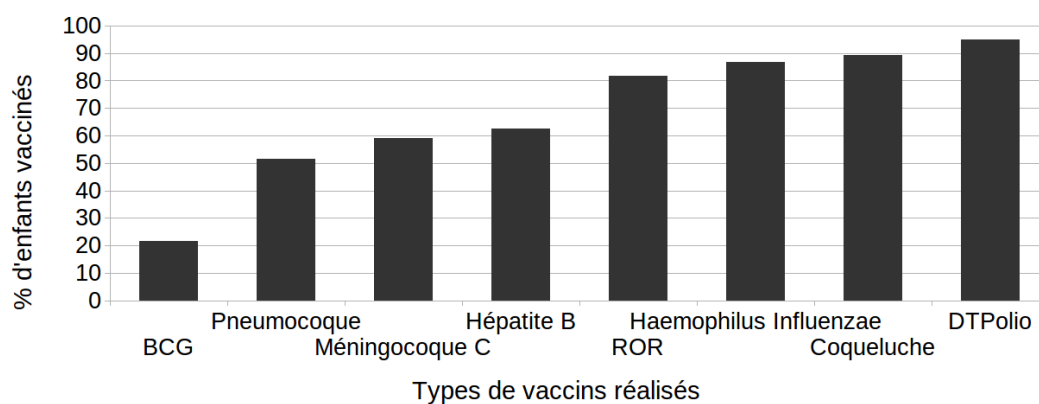


FIGURE 10.27 – Répartition des types de vaccins réalisés à l'arrivée en France (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n = 120)

120 des 138 enfants de notre étude ont reçu au moins un vaccin à leur arrivée en France.

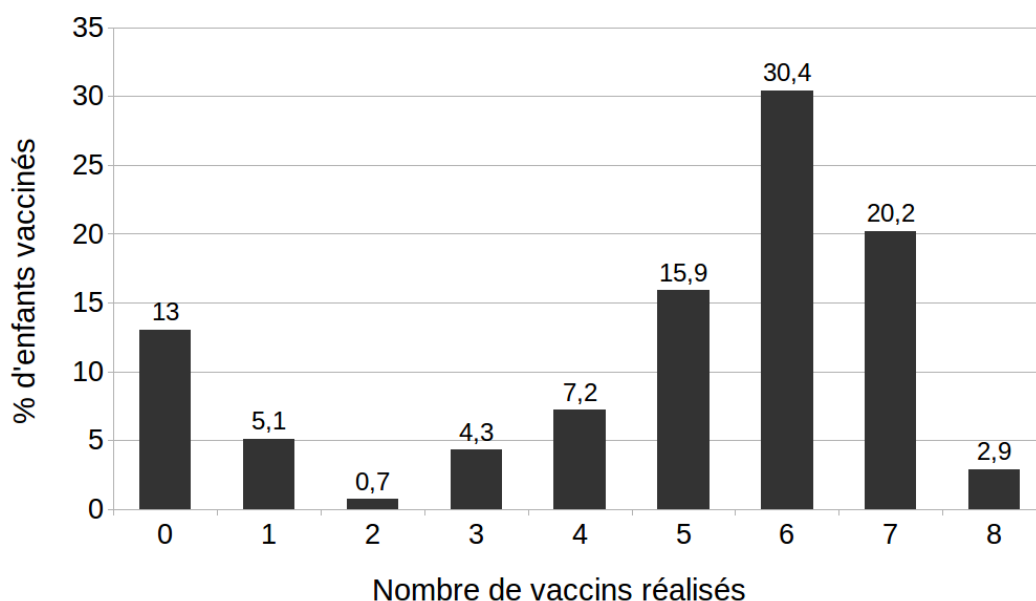


FIGURE 10.26 – Répartition du nombre de vaccinations réalisées à l'arrivée en France (Donnée obtenue pour 100% des enfants ; n = 120)

Dans notre étude (figure 10.26) :

- Près d'un sixième des enfants adoptés (13%) n'ont pas été vaccinés à leur arrivée en France. La même proportion d'enfants (15,9%) a reçu 5 injections lors de la mise à jour du calendrier vaccinal.
- Près d'un tiers des enfants adoptés (30,4%) ont reçu 6 vaccins à leur arrivée en France.

- Moins d'un quart des enfants adoptés (20,2%) ont reçu 7 vaccins à leur arrivée en France.

Plus précisément, la figure 10.27 indique que :

- près de trois quart des enfants adoptés ont été vaccinés par le DTPolio (82,6%), la coqueluche (77,5%), l'Haemophilus Influenzae (75,4%) et le ROR (71%) ;
- environ la moitié des enfants adoptés ont été vaccinés par l'hépatite B (54,3%), le méningocoque C (51,4%) et le pneumocoque (44,9%) à leur arrivée en France.

Vaccinations réalisées à l'arrivée en France selon l'âge et la classe d'âge d'arrivée de l'enfant

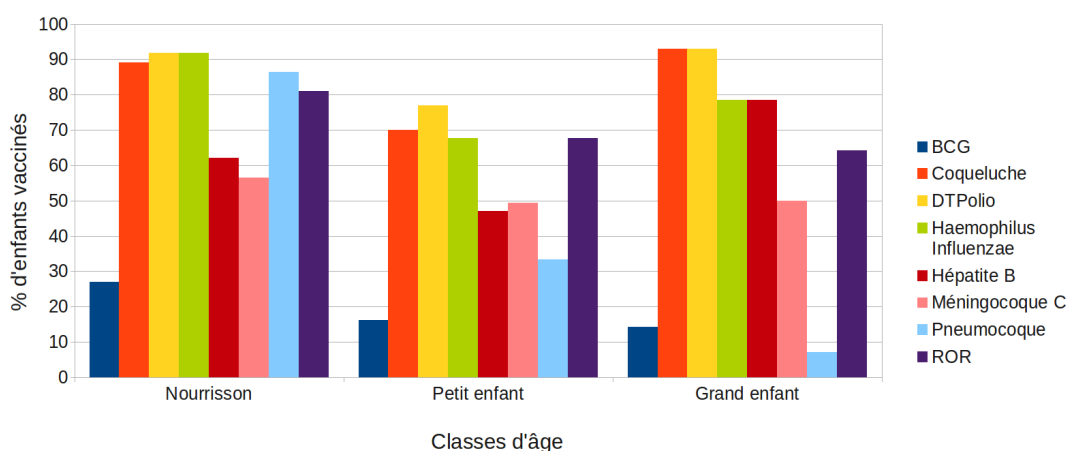


FIGURE 10.28 – Répartition des types de vaccins réalisés à l'arrivée en France selon la classe d'âge d'arrivée des enfants adoptés (Données obtenues pour 100% des enfants ; n = 120)

La figure 10.28 met en évidence les faits suivants :

- les enfants appartenant à la classe d'âge nourrisson sont, de façon générale, les plus vaccinés à leur arrivée en France, devant ceux de la classe grand enfant ;
- dans la classe nourrisson, les principaux vaccins réalisés à leur arrivée en France sont le DTPolio (91,9%), la coqueluche (89,2%) et l'Haemophilus Influenzae (91,9%) ;
- les vaccins les plus réalisés dans la classe petit enfant sont le DTPolio (77%), la coqueluche (70,1%), l'Haemophilus Influenzae (67,8%) et le ROR (67,8%) ;
- concernant les grands enfants, ils bénéficient principalement des vaccinations par le DTPolio (92,9%), la coqueluche (92,9%), l'Haemophilus Influenzae (78,6%) et l'hépatite B (78,6%).

Âge d'arrivée (en mois)	BCG	Coq	DTP	H.I.	Hép. B	Pneumo	ROR	MéningoC
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
3	50 (1)	50 (1)	50 (1)	50 (1)	50 (1)	2 (1)	36,7 (18)	0 (0)
4	0 (0)	50 (1)	50 (1)	50 (1)	50 (1)	100 (2)	100 (2)	0 (0)
5	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)
6	33,3 (2)	100 (6)	100 (6)	100 (6)	66,7 (4)	66,7 (4)	66,7 (4)	66,4 (4)
7	42,9 (3)	85,7 (6)	100 (7)	100 (7)	71,4 (5)	100 (7)	85,7 (6)	85,7 (6)
8	40 (2)	100 (5)	100 (5)	100 (5)	80 (4)	100 (5)	100 (5)	20 (1)
9	0 (0)	100 (3)	100 (3)	100 (3)	33,3 (1)	100 (3)	66,7 (2)	66,7 (2)
10	25 (2)	87,5 (7)	87,5 (7)	87,5 (7)	50 (4)	75 (6)	75 (6)	50 (4)
11	0 (0)	100 (3)	100 (3)	100 (3)	66,7 (2)	100 (3)	100 (3)	100 (3)
12	33,3 (1)	66,7 (2)	100 (3)	66,7 (2)	100 (3)	66,7 (2)	100 (3)	33,3 (1)
14	0 (0)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)
15	0 (0)	66,7 (2)	66,7 (2)	66,7 (2)	33,3 (1)	66,7 (2)	66,7 (2)	66,7 (2)
16	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	100 (1)	0 (0)
17	0 (0)	100 (3)	100 (3)	100 (3)	0 (0)	100 (3)	100 (3)	100 (3)
18	10 (1)	50 (5)	60 (6)	60 (6)	10 (1)	40 (4)	40 (4)	60 (6)
19	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	100 (1)	0 (0)
20	0 (0)	50 (2)	50 (2)	50 (2)	0 (0)	25 (1)	50 (2)	25 (1)
21	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)
22	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	100 (1)
23	50 (1)	50 (1)	50 (1)	50 (1)	50 (1)	50 (1)	50 (1)	0 (0)
24	16,7 (1)	83,3 (5)	83,3 (5)	83,3 (5)	33,3 (2)	50 (3)	83,3 (5)	83,3 (5)
25	0 (0)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
26	16,7 (1)	66,7 (4)	66,7 (4)	66,7 (4)	66,7 (4)	66,7 (4)	66,7 (4)	33,3 (2)
27	0 (0)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	0 (0)
28	0 (0)	50 (1)	50 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (2)	0 (0)
29	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	100 (1)
32	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)
34	0 (0)	50 (2)	50 (2)	50 (2)	50 (2)	50 (2)	50 (2)	50 (2)
36	25 (1)	75 (3)	100 (4)	75 (3)	75 (3)	0 (0)	75 (3)	75 (3)
38	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
39	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
42	0 (0)	80 (4)	80 (4)	80 (4)	60 (3)	20 (1)	60 (3)	20 (1)
43	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)
44	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	100 (1)
50	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	100 (1)
52	33,3 (1)	100 (3)	100 (3)	100 (3)	66,7 (2)	0 (0)	66,7 (2)	33,3 (1)
53	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)
54	0 (0)	50 (1)	50 (1)	50 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (1)
55	50 (1)	100 (2)	100 (2)	100 (2)	100 (2)	0 (0)	100 (2)	50 (1)
62	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	100 (1)
64	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
65	50 (1)	100 (2)	100 (2)	100 (2)	100 (2)	0 (0)	100 (2)	50 (1)
66	25 (1)	50 (2)	75 (3)	25 (1)	75 (3)	0 (0)	75 (3)	50 (2)
67	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)
68	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)
70	0 (0)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	0 (0)
72	0 (0)	100 (2)	100 (2)	50 (1)	50 (1)	0 (0)	50 (1)	50 (1)
78	33,3 (1)	66,7 (2)	66,7 (2)	66,7 (2)	66,7 (2)	0 (0)	33,3 (1)	33,3 (1)
80	0 (0)	100 (2)	100 (2)	100 (2)	100 (2)	50 (1)	100 (2)	50 (1)
84	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)
90	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)
94	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)
96	0 (0)	100 (2)	100 (2)	50 (1)	50 (1)	0 (0)	50 (1)	100 (2)
108	0 (0)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	100 (1)

TABLE 10.3 – Répartition des types de vaccins réalisés à l'arrivée selon l'âge d'abandon de l'enfant

Quatrième partie

Discussion

11. Critique de la méthode

11.1 Biais de sélection géographique

Notre échantillon correspond aux patients vus à la consultation de Nancy. Même si la COCA est ouverte à tout le monde, l'accès est plus facile pour les familles les plus proches géographiquement. Nous avons d'ailleurs étudié ce paramètre que nous détaillerons un peu plus tard.

11.2 Biais de sélection lié à la spécificité de la COCA

Même si elles sont de plus en plus recommandées par les OAA et l'AFA, tous les parents adoptifs ne s'adressent pas forcément à une consultation spécialisée pour la prise en charge de leurs enfants. Le recours à ce type de consultation peut également dépendre de critères sociaux et culturels.

Certains médecins traitants ne connaissent pas les spécificités de la COCA et rassurent les parents sur leurs compétences médicales pour assurer eux-mêmes le suivi. D'autres n'adressent les enfants adoptés à la COCA qu'en cas de pathologie, ou les adressent directement à un spécialiste sans passer par la COCA. Le nombre d'enfants ayant recours à une consultation pédiatrique à la COCA est donc bien inférieur au nombre d'enfants adoptés.

12. Analyse des résultats

12.1 Données relatives à la COCA

Dans cette partie, nous avons comparé les données de notre étude avec les données disponibles dans les études :

- de l'**AFA** [56] sur les statistiques de l'adoption internationale en 2010,
- de la **MAI** [57] sur les statistiques de l'adoption internationale en 2010,
- du **Centre Régional pour l'Enfance, l'Adolescence, les Adultes Inadaptés (CREAI)** [58] sur les statistiques de l'adoption nationale et internationale en 2005, 2008 et 2010.

12.1.1 Motif de recours à la COCA

Il aurait pu être intéressant de distinguer les cas où les familles venaient consulter d'elles-mêmes et ceux où elles étaient adressées par un professionnel (médecin, psychologue).

12.1.2 Délai entre l'arrivée de l'enfant et la COCA

La fréquence des COCA varie en fonction des demandes. En général, elles ont lieu une fois par semaine mais la fréquence des consultations peut être augmentée en cas d'afflux massif d'enfants. Cette variation dans le temps peut donc constituer un biais dans l'interprétation des résultats : tous les demandeurs de COCA n'ont pas les mêmes délais d'attente dans le temps.

12.2 Données sur l'origine de l'enfant adopté

De façon général, nos données sont superposables à celle de l'AFA [56] et de la MAI [57].

12.2.1 Continent d'origine de l'enfant adopté

Dans notre étude, aucun enfant n'est originaire d'Océanie.

L'Amérique correspond en fait à l'Amérique Latine puisqu'aucun enfant adopté n'est originaire d'Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada) : les enfants y sont adoptés en interne et ne sont pas proposés à l'adoption internationale.

Dans notre étude, la distribution des enfants adoptés par continent d'origine diffèrent légèrement des données de la MAI. En effet, à l'inverse de la MAI, plus de 25% des enfants sont originaires d'Asie et environ 20% d'Afrique. Cela s'explique notamment par la présence d'une OAA dans notre région, *Destinées*, à forte implication dans les adoptions au Vietnam.

12.2.2 Pays d'origine de l'enfant adopté

Les cinq premiers pays d'origine de notre population sont les mêmes que ceux de l'AFA [56] et de la MAI [57] .

On retrouve une relative diversité des pays puisque, dans notre étude, les enfants sont originaires de 18 pays différents (contre 72 au niveau national en 2010 selon l'AFA). L'évolution des pays d'origine de notre étude est semblable aux évolutions au niveau national, avec notamment un afflux massif d'enfants originaires d'Haïti en 2010, suite au terrible séisme du 12 janvier et à l'épidémie de choléra qui a suivi.

De façon générale, les adoptants ne se dirigent pas vers les mêmes pays selon la région, voire le département, où ils résident. Plusieurs facteurs peuvent influencer leur choix : le nombre de pupilles adoptables dans le département, les conseils et orientations donnés par les professionnels du conseil général délivrant l'agrément d'adoption, mais surtout l'existence de réseaux facilement accessibles à proximité pour la suite des démarches (associations de familles adoptives, connaissances ayant déjà adoptées).

12.2.3 Sexe de l'enfant adopté

Tout comme pour l'AFA, nous observons une proportion équivalente entre les deux sexes.

Bien que l'on ne retrouve que des garçons adoptés en Arménie, au Congo, au Sénégal et en Ukraine, il semble difficile de généraliser ces résultats puisqu'ils ne concernent que 2 ou 3 enfants. Il en est de même pour les filles adoptées au Burkina-Faso, en Lettonie, au Mali, au Népal et au Nigéria.

12.2.4 Âge de l'enfant au moment de l'abandon

Nous avons pris en compte les données fournies par les orphelinats ou les familles d'accueil mais celles-ci peuvent être manquantes ou erronées. En effet, la date de naissance de l'enfant, lorsqu'elle est inconnue peut avoir été estimée, notamment pour les enfants originaires du Mali, d'Ethiopie, de Chine, d'Haïti et du Vietnam. Ce manque de précision concernant les dates de naissance peut être responsable d'un biais dans notre étude.

Âge et classes d'âge de l'enfant au moment de l'abandon selon le sexe

L'âge d'abandon des filles (médiane : 7 mois) est légèrement supérieur à celui des garçons (1,5 mois), sans que l'on trouve d'explication évidente à cet écart.

Âge et classes d'âge d'abandon de l'enfant selon le pays d'origine

Dans notre étude, les enfants originaires d'Arménie, du Cameroun, de Chine, du Nigéria, du Sénégal et d'Ukraine ont tous été abandonnés à la naissance.

On observe que les enfants originaires d'Arménie, du Cameroun et d'Ukraine étaient orphelins, certains ayant perdu leur mère à la naissance. Ceci explique le jeune âge d'abandon.

En Chine, l'abandon est illégal [59]. En favorisant la politique de l'enfant unique jusqu'à très récemment, la Chine a donc favorisé l'abandon clandestin d'enfants (et surtout de filles) très jeunes. Il est donc difficile d'avoir des informations sur les familles biologiques et les raisons de la séparation dans ce pays [60].

L'âge le plus élevé est retrouvé au Népal et au Cap-Vert.

Au Cap-Vert, ce sont souvent les familles elles-mêmes qui confient leurs enfants à l'adoption [61], le plus souvent pour des raisons socio-économiques. Les enfants restent donc souvent plus longtemps dans leurs familles biologiques avant d'être adoptés.

12.2.5 Âge de l'enfant au moment de l'adoption

L'âge d'adoption et l'âge d'arrivée en France diffèrent légèrement, notamment si le jugement d'adoption a été prononcé dans le pays d'origine de l'enfant.

Dans notre étude, nous avons pris en compte l'âge d'arrivée en France. On observe que la majorité des enfants sont adoptés entre 1 et 6 ans (63%), ce qui concorde avec l'évolution de l'adoption en faveur d'enfants plus âgés [56].

Âge et classes d'âge de l'enfant au moment de l'adoption selon le sexe

Dans notre étude, nous ne mettons pas en évidence de grande différence d'âge d'adoption entre les filles et les garçons. Même s'il y a plus de filles adoptées que de garçons, elles ne sont ni plus jeunes, ni plus âgées à leur arrivée en France.

Âge et classes d'âge de l'enfant au moment de l'adoption selon le pays d'origine

L'âge le plus élevé est retrouvé pour les enfants originaires du Cap-vert, de Pologne et du Népal, ce qui est concordant avec un âge d'abandon plus tardif mis en évidence précédemment.

Au Népal, peu d'enfants sont proposés à l'adoption du fait de la non ratification de la Convention de la Haye. Dans notre étude, l'enfant originaire du Népal était orpheline.

En Pologne également, peu d'enfants sont proposés à l'adoption. Ce sont essentiellement des grands enfants, des fratries ou des enfants porteurs de pathologies, ce qui explique que ceux-ci soient plus âgés à leur arrivée en France [61].

12.2.6 Séjour en institution

Dans notre étude, les trois-quart des enfants ont séjourné en orphelinat avant leur adoption. En effet, certaines OAA, tout comme l'AFA, n'offrent à l'adoption internationale que des enfants pris en charge en institution. De la même façon, les parents adoptifs ayant entrepris une démarche individuelle, se sont, le plus souvent, adressés à des orphelinats dans le pays d'origine.

Devant le manque de données, nous n'avons pas étudié la durée de séjour en institution. Il aurait pu être intéressant de faire un parallèle entre la durée de séjour en institution et les problèmes médicaux et psychologiques rencontrés.

Séjour en institution selon le pays d'origine

On peut voir que tous les enfants originaires de Colombie dans notre étude ont bénéficié d'un accueil familial avant leur arrivée en France. Certains pays d'Amérique Latine ont plus recours à des structures familiales qu'à des structures collectives. C'est notamment le cas de la Colombie où, selon Choulot, le placement chez des nourrices est courant[59].

Dans les pays d'Europe de l'Est, en l'absence de tuteurs parentaux, les enfants sont placés en institution ou en orphelinat [62]. Ceci explique que la majorité des enfants de notre étude originaires de ces pays a séjourné en orphelinat avant son adoption.

12.2.7 Causes de l'abandon

Dans notre étude, pour la plupart des enfants, la cause d'abandon est inconnue. C'est notamment le cas du Mali (100%) où les autorités du pays ne veulent fournir aucune information sur les circonstances de la séparation du foyer biologique.

De la même façon, pour tous les enfants originaires de Chine, la cause d'abandon est inconnue. Comme nous avons pu le voir précédemment, le caractère illégal de l'abandon dans ce pays engendre l'absence d'information sur les origines.

Représentant plus d'un quart des causes d'adoption de notre étude (28,3%), la raison socio-économique est retrouvée dans tous les pays d'origine et est souvent la cause de séparation la plus fréquente [63]. Elle concerne sensiblement plus les filles (31,9%) que les garçons (24,2%) ce qui s'explique probablement par le fait qu'elles sont considérées, dans de nombreux pays, comme moins "rentables" que les garçons.

Les enfants orphelins représentent moins de 10% de notre population ce qui est comparable aux données du CREAMI [58] (12,1%). Ceux-ci ont pu perdre leurs parents lors de guerres mais aussi suite à des pandémies (SIDA en Afrique) ou à des catastrophes naturelles (séisme en Haïti).

Bien qu'elle ne concerne qu'un petit nombre d'enfants adoptés de notre étude (3,6% contre 12,5% dans l'étude CREAMI), le retrait par les autorités est une cause

suffisamment grave pour ne pas être négligée. Il correspond à une décision judiciaire et ne peut donc être effectif que dans des pays disposant de services sociaux en faveur de la protection de l'enfance. C'est notamment le cas de la Russie (25%) et de la Colombie (16,7%).

12.3 Données concernant la famille adoptive

12.3.1 Classes d'âge des parents

Un biais de sélection existe dès le départ du fait des conditions légales de l'adoption internationale en France (cf. section 2.1.1).

De plus, certains pays imposent également des exigences d'âge des parents adoptifs [64].

Les mères adoptives vivant seules sont plus âgées que les mères adoptives vivant en couple. Ceci peut être lié au fait que les démarches d'adoption sont plus complexes pour une femme seule que pour une femme en couple et qu'elles sont probablement entreprises plus tardivement par les femmes seules.

Il n'y a aucun père adoptif de moins de 30 ans dans notre étude ce qui concorde avec les données de l'AFA puisque seuls 0,5% des parents adoptifs ont moins de 30 ans.

De façon générale, plus de la moitié des pères (55,5%) et des mères (57,5%) adoptifs ont entre 40 et 50 ans. Ces données, superposables à celles de l'AFA, reflètent le long parcours des familles avant l'arrivée de leur enfant. En effet, les longues années de démarche et d'attente de l'enfant adopté sont souvent précédées d'un parcours compliqué d'aide médicale à la procréation.

12.3.2 Professions des parents adoptifs

CSP du chef de famille

Avec près de 70% de cadres et de professions intermédiaires (53,7% dans l'étude CREAM) contre 26% d'employés et d'ouvriers (31,8% dans l'étude CREAM), l'adoption semble être facilitée dans les catégories les plus aisées. Ceci s'explique principalement par le coût de l'adoption (frais judiciaires, billets d'avions, séjour dans le pays), qui peut être un facteur limitant pour les catégories les moins favorisées. L'âge avancé des parents adoptifs, précédemment évoqué, peut également être lié à la durée des études et à la carrière des cadres qui retardent les démarches d'adoption.

CSP des parents adoptifs

Dans notre étude, nous retrouvons plus de mère (7,6% contre 5,3% dans l'étude CREAM) que de père (1,4% contre 2,3% dans l'étude CREAM) au foyer. Ceci est compatible avec les normes actuellement présentes dans notre société.

CSP de la mère adoptive selon son mode de vie

Les mères vivant seules appartiennent uniquement aux CSP3 (cadres) et 4 (professions intermédiaires). Ceci est probablement en rapport avec les exigences des services sociaux en matière de sécurité financière. Ils imposent donc aux femmes vivant seules un revenu plus élevé qu'à celles vivant en couple.

12.3.3 Fratrie adoptive

Nous avons étudié la taille de la fratrie telle qu'elle a été signalée au moment de la consultation. Celle-ci pouvait être légèrement différente lors de l'arrivée de l'enfant en France.

Dans 56,2% des cas de notre étude, les enfants étaient les premiers de la fratrie adoptive ce qui est comparable aux données de l'étude CREAM (58,5% des familles accueillent leur premier enfant). En effet, les familles qui entament une procédure d'adoption sont dans la majorité des cas confrontées à des problèmes de stérilité [63] et n'ont donc pas d'enfant. Nous n'avons pas, faute de données suffisantes, étudié les raisons de l'adoption dans notre population mais l'adoption s'adresse aussi à des familles plus nombreuses, que les enfants soient biologiques ou adoptés [63].

12.3.4 Lieu de résidence de la famille adoptive

94,9% des familles qui viennent à la COCA sont originaires de Lorraine. Cela s'explique essentiellement par la proximité géographique qui facilite le recours à cette consultation.

La plus forte proportion de familles vivant à la campagne résulte des caractéristiques géographiques de notre région. En effet, toutes les familles originaires de Meuse et près de deux tiers des familles de Moselle et des Vosges vivent à la campagne.

12.4 Problèmes médicaux rencontrés par l'enfant adopté

12.4.1 Problèmes de santé présents avant l'adoption :

Même si certaines familles disposent de données concernant la famille biologique, les causes de l'abandon, l'état de santé de l'enfant, il faut être très méfiant des versions officielles données par les pays d'origine.

Comme l'a très bien écrit Choulot : *Tout en évitant de juger et d'être désobligeant envers les médecins de certains pays, le contenu et la qualité des dossiers médicaux sont extrêmement variables selon l'origine : par exemple, la très bonne qualité des examens médicaux en Colombie ou au Brésil doit être notée. Par contre, en Russie, les renseignements sont souvent pauvres, le langage médical est aussi*

parfois très différent du nôtre avec, à l'arrivée, des enfants dont l'état de santé n'est pas conforme à l'attente des parents [65].

Dans notre étude, un problème médical avait été signalé pour 12,3% des enfants ce qui est inférieur aux données disponibles dans l'étude CREAMI qui met en évidence 36% d'enfants présentant au moins un problème médical signalé avant l'adoption.

12.4.2 Problèmes médicaux rencontrés à l'arrivée de l'enfant

Les problèmes de santé observés chez les enfants adoptés dépendent bien évidemment du pays d'origine mais ils sont aussi fonction des âges d'abandon et d'adoption de l'enfant : plus il est âgé, plus les problèmes risquent d'être importants dans la mesure où l'enfant aura subi des carences plus longtemps. En effet, les problèmes potentiels de santé découlent du temps passé en orphelinat ou en foyer d'accueil et des conditions de vie dans ces milieux.

Dans notre étude, près d'un quart des enfants ne présentent aucun problème médical décelable à l'arrivée. Selon l'étude CREAMI, il existe de fortes différences selon l'origine géographique des enfants, ce que l'on retrouve également dans notre étude.

Les problèmes médicaux auxquels nous nous sommes intéressées sont les suivants :

— **Anémies :**

Elles concernent près de la moitié des enfants adoptés de notre étude (43,5%) ce qui est bien supérieur aux données de l'étude CREAMI, probablement du fait des origines géographiques de nos enfants. Très fréquentes quels que soient l'âge ou l'origine géographique des enfants, elles touchent autant les filles que les garçons.

— **Hypotrophies staturo-pondérales :**

Elles sont retrouvées chez 30,4% des enfants de notre étude, et concernent majoritairement les filles (64,3%). Ces données sont comparables à celles retrouvées dans l'étude [46] puisque leur bilan initial retrouvait 30% de retards staturo-pondéraux.

— **Parasitoses digestives et cutanées :**

Elles affectent respectivement un tiers (30,4%) et un quart (22,5%) des enfants de notre étude, ce qui est supérieur aux données du CREAMI (10% toutes parasitoses confondues). Notre étude retrouve une prévalence de parasitose digestive légèrement inférieure à certaines études françaises [66, 67] mais comparable à des études américaines [68]. Ceci peut être mis en rapport avec les pays d'origine des enfants.

Nous avons observé que la prévalence des parasitoses était plus importante

chez les enfants abandonnés plus tardivement puisque plus de la moitié des enfants des classes d'âge petit et grand enfant en sont atteints. Cela peut s'expliquer par un allongement de la durée de séjour en orphelinat (les enfants plus âgés étant moins facilement adoptés que les autres) où la promiscuité et les conditions d'hygiène pas toujours favorables, entretiennent ces infections.

— **Puberté précoce :**

Elles concernent 9,4% des enfants de notre étude ce qui est supérieur aux données de l'étude CREAI, qui ne met en évidence que 2,2% d'enfants souffrant de cette pathologie, mais bien inférieur aux données de l'étude [69] qui retrouve une prévalence de 44,9%. Nous observons une différence significative au niveau du sexe, puisque 100% des enfants atteints sont des filles.

— **Thalassémie et drépanocytose :**

6,5% des enfants de notre étude sont porteurs d'une thalassémie ce qui est à peine supérieur à la prévalence mondiale de la maladie (5% selon l'Organisation Mondiale de la Santé [70]). Même si le rapport est plutôt en faveur des drépanocytoses (70% contre 30% de thalassémie selon l'OMS [70]), seuls 10% des enfants de notre étude porteurs d'une anomalie de l'hémoglobine sont porteurs de drépanocytose, les autres étant essentiellement concernés par des bêta-thalassémies.

— **Hépatite B :**

Nous retrouvons, dans notre population, une prévalence de 5% pour cette pathologie, ce qui est superposable aux données du Dr. de Truchis [46] et des études réalisées à la Consultation d'Adoption Outremer de Dijon [71]. Cela peut s'expliquer par une répartition semblable des pays d'origine des enfants puisque la prévalence du virus B dans la population des enfants adoptés est directement liée à la provenance géographique de ceux-ci [71].

Les enfants les plus touchés par le VHB sont ceux abandonnés à la naissance et ceux de la classe grand enfant. Pour les plus jeunes, cela s'explique par une contamination maternelle probable. Les plus âgés peuvent quand à eux avoir été contaminés secondairement, dans les orphelinats notamment.

Contrairement à notre population où 66,7% des enfants atteints sont des garçons, l'atteinte par le VHB concerne majoritairement les filles [72]. Cela s'explique par la proportion plus importante de filles issues de zones endémiques (notamment de Chine), population faiblement représentée dans notre étude.

Bien que les sérologies VHB soient réalisées dans la plupart des pays d'origine avant l'adoption, nous observons que pour les 6 enfants présentant une hépatite B dans notre étude, aucun diagnostic n'avait été posé avant l'arrivée en France. Le même phénomène a été observé dans une étude dijonnaise [71].

Sur les six enfants atteints dans notre étude, nous avons observé une hépatite aiguë, guérie, et cinq hépatites chroniques réplicatives. Sur les cinq enfants malades, un seul présentait un génotype A (originaire d'Haïti), les autres portant le génotype B (4 originaires du Vietnam et 1 d'Haïti). Seuls trois enfants souffrent d'une hépatite B répliquative non cytolitique mais tous ont une charge virale élevée permettant, pour l'instant une simple surveillance sans instauration de traitement. Ils n'ont par ailleurs aucune doléance.

— **Atteinte neurologique :**

Elle concerne 4,3% des enfants de notre étude ce qui est comparable aux données de l'étude CREAI (4,3%). Les pathologies neurologiques concernent plutôt les enfants abandonnés à la naissance ou avant l'âge de 1 an. Cela peut s'expliquer tout d'abord par les habitudes maternelles (consommation de drogues et d'alcool pendant la grossesse) responsables des atteintes neurologiques (33,3% des enfants ayant une atteinte neurologique dans notre étude sont porteurs d'un SAF) et de l'absence de prise en charge de l'enfant à la naissance. Les atteintes neurologiques peuvent également être à l'origine de l'abandon, les parents ne pouvant prendre en charge un enfant porteur de handicap que ce soit pour des raisons culturelles ou économiques.

66,7% des parents adoptifs connaissaient les problèmes neurologiques de leur enfant avant l'adoption (notamment les enfants atteints de retard psychomoteur) ce qui est bien supérieur aux 21% de parents informés dans l'étude CREAI. Par contre, tous les SAF ont été diagnostiqués ou confirmés après le retour en France de l'enfant. Ceci peut s'expliquer par les difficultés à poser ce diagnostic chez les enfants les plus jeunes.

— **Problème pulmonaire :**

Regroupant à la fois les infections pulmonaires et les tuberculoses, il atteint 2,9% des enfants de notre population, tout comme dans l'étude CREAI (2,4%).

— **Syphilis :**

Bien que rare chez les enfants adoptés à l'étranger, nous avons mis en évidence 2,2% d'enfants présentant une syphilis congénitale ce qui est supérieur aux données des études réalisées à Dijon [66] et à Brest [67] mais comparable à celle de Versailles [46].

— **Cardiopathies :**

Elles ne concernent que 1,4% des enfants ce qui est légèrement supérieur à la prévalence mondiale (0,4 à 0,8%) mais sont rarement graves. En effet, les atteintes les plus graves entraînent généralement, en l'absence d'intervention chirurgicale précoce dans le pays d'origine, une décompensation le plus souvent mortelle [73].

— **Déficit en G6PD :**

Il ne touche que 0.5% des enfants de notre étude alors que sa prévalence est de 0,5 à 26% dans la population mondiale, en fonction de la zone géographique dans laquelle on se trouve [74]. En effet, ce déficit enzymatique s'exprime surtout dans les régions à fort risque paludéen, sans que l'on ait mis en évidence de lien entre ces deux pathologies.

Aucun enfant de notre étude n'est porteur de VIH. Le sida est une maladie qui fait peur aux parents adoptifs mais qui est rarement diagnostiquée après l'adoption [75]. De la même façon, nous n'avons aucun patient porteur d'hépatite C dans notre étude tout comme dans l'étude de la CAO de Dijon [66].

12.4.3 Spécificités observées selon le pays d'origine

Dans cette section, nous allons discuter les différentes spécificités médicales observées par pays d'adoption.

— **Les pays d'Europe de l'Est : Lettonie, Pologne, Ukraine et Russie :**

Les **anémies**, d'origine essentiellement ferriprives sont fréquentes chez les enfants originaires d'Europe de l'Est (100% des enfants originaires de Pologne ou d'Ukraine et 50% des enfants russes et lettons). Fréquemment associées aux **hypotrophies staturo-pondérales** (100% des enfants lettons, 50% des enfants de Pologne et d'Ukraine et 25% des enfants provenant de Russie), elles sont la plupart du temps dues à des malnutritions protéino-caloriques.

Les enfants peuvent également présenter des **parasitoses digestives** (observées chez 25% des enfants russes et 50% des enfants lettons ou ukrainiens), essentiellement en rapport avec la durée de leur séjour en institution et la promiscuité existant dans la plupart d'entre eux.

On retrouve chez près de la moitié des enfants originaires d'Europe de l'Est de notre étude une **atteinte neurologique**. Un ensemble de facteurs de risque expliquerait les troubles et retards relatifs retrouvés chez certains enfants : conditions de la grossesse et de l'abandon, conditions générales de vie avant le placement (maltraitance possible) et à l'orphelinat, problèmes de santé déjà présents à l'arrivée, durée du séjour à l'orphelinat, attention accordée au jeune enfant dans ce cadre (privation socio-affective). Ces cofacteurs peuvent être à l'origine de retards du développement psychomoteur [62].

— **Les pays d'Afrique : Burkina-Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Ethiopie, Nigéria et Sénégal**

Chez les enfants originaires d'Afrique, les **anémies** sont également relativement fréquentes (100% des enfants adoptés au Burkina-Faso, 50% des enfants congolais, 33,3% des enfants issus d'Ethiopie et 25% originaires du

Nigéria), toujours en rapport avec les problèmes nutritionnels évoqués précédemment.

On retrouve également des **hypotrophies staturo-pondérales** (100% pour le Burkina-Faso, 50% pour le Cameroun et 25% pour le Nigéria et le Sénégal) liées à des phénomènes de dénutrition fréquents en Afrique et parfois très sévères. Certaines personnes peu scrupuleuses n'hésitent pas à profiter des ces petits poids et petites tailles pour tricher sur l'âge supposé de l'enfant adopté afin de permettre l'adoption d'enfants plus âgés.

Il peut parfois être difficile, dans un premier temps, de faire la part des choses entre une accélération de la croissance liée à l'introduction de facteurs nutritionnels favorables et une **puberté précoce**, relativement fréquente chez les enfants originaires d'Afrique (50% des enfants originaires du Cameroun et 8,3% d'Ethiopie).

— **Haïti :**

Plus de la moitié des enfants originaires d'Haïti sont porteurs d'une **anémie** (65,5%) et/ou d'une **parasitose digestive** (63,6%). Ces pathologies sont essentiellement en rapport avec les problèmes de malnutrition rencontrés par les enfants, notamment au sein des orphelinats dans lesquels ils sont accueillis.

De nombreux problèmes d'**hypotrophie staturo-pondérale** (38,2%) sont observés en Haïti, conséquence directe des phénomènes de dénutrition majeure fréquents dans ce pays.

Il faut également se méfier d'une prise pondérale rapide associée à une accélération de la croissance et à l'apparition de caractères sexuels secondaires chez ces enfants. En effet, 16,4% des enfants de notre étude présentent une **puberté précoce**.

Les **parasitoses cutanées** (gales, teignes) sont elles aussi très fréquentes, atteignant 43,6% des enfants haïtiens adoptés.

Enfin il faut noter la présence dans notre étude d'un enfant décédé brutalement, quelques mois seulement après son arrivée en France.

— **Les pays d'Asie du Sud-Est : Chine et Vietnam :**

Contrairement aux enfants originaires d'Haïti, aucun vietnamien de notre étude ne présente de parasitologie digestive. On retrouve des **hypotrophies staturo-pondérales** (25%), quelques **parasitoses cutanées** (12,5%) et des **anémies** (15,6%) liées aux conditions de vie des enfants avant leur adoption (placement en hébergement collectif, carences alimentaires). Mais la pathologie la plus appréhendée par les parents adoptants au Vietnam est l'**hépatite B** (12,5%).

— **La Colombie :**

Dans l'ensemble les enfants colombiens sont en bonne santé mais on peut tout de même retrouver quelques enfants porteurs de **syphilis** (16,7%), de **thalassémie** (16,7%) ou d'**hypotrophie staturo-pondérale** (16,7%). Il est toutefois très rare que ces divers problèmes ne soient pas signalés aux parents avant l'adoption.

12.5 Problèmes psychologiques rencontrés par les enfants adoptés

Dans notre étude, 31,9% des enfants adoptés présentent des problèmes psychologiques, qu'il s'agisse de troubles du sommeil, de troubles du comportement ou de problèmes d'agressivité. Ces chiffres sont huit fois supérieurs à l'étude nationale réalisée sur les années 2005, 2008 et 2010 par le CREAMI puisqu'elle ne retrouvait que 4,3% d'enfants atteints.

Toutefois, nos chiffres sont probablement sous-estimés puisque nous n'avons identifié que les problèmes psychologiques rencontrés lors de la consultation de pédiatrie médicale.

Un suivi pédopsychiatrique est systématiquement proposé aux familles lors des consultations mais celui-ci peut concerner :

- des enfants adressés par la consultation de pédiatrie de la COCA,
- des enfants amenés directement par leurs parents,
- des enfants adressés directement par leur médecin traitant.

La consultation de pédopsychiatrie permet le suivi d'enfants ayant des pathologies psychiatriques lourdes (diagnostic et prise en charge d'autisme, troubles sévères du comportement), du jeune enfant à l'adolescent.

12.5.1 Les troubles du sommeil

Sur les 31,9% d'enfants présentant des troubles psychologiques, nous avons observés que plus de la moitié (50,9%) présentaient des troubles du sommeil et que ceux-ci perduraient plus de trois mois chez 12,7% d'entre eux. Quelque soit la classe d'âge d'abandon de l'enfant, les troubles du sommeil à l'arrivée affectent près d'un quart d'entre eux.

La qualité du sommeil d'un enfant est le reflet de sa santé physique et de son état émotif [76]. Difficultés à s'endormir, réveils nombreux, cauchemars et terreurs nocturnes ne sont pas rares chez un enfant adopté, surtout les premiers temps de sa vie dans sa nouvelle famille. Ceux-ci peuvent être mis, la plupart du temps, sur le compte de l'angoisse de la séparation mais aussi sur le compte des nouvelles tâches que l'enfant doit accomplir durant la journée : apprendre une nouvelle langue, apprivoiser et se laisser apprivoiser par une nouvelle famille, s'adapter à un nouvel environnement...

Actuellement de nombreuses OAA conseillent aux parents de dormir à proximité de leur enfant les premiers temps puis d'établir des rituels d'endormissement

afin qu'ils parviennent à s'endormir seuls. Certaines familles présentent des difficultés à progresser vers cette phase d'autonomisation.

De façon générale, les troubles du sommeil peuvent s'exprimer de diverses façons [77] :

— **Les difficultés à s'endormir seul et les réveils nocturnes fréquents**
À son arrivée, l'enfant adopté a des habitudes qui influencent son sommeil. Habitué à dormir dans un dortoir, avec plusieurs autres enfants, il peut avoir du mal à s'endormir seul dans une chambre.

— **Les terreurs nocturnes**
Elles apparaissent la plupart du temps durant les premières heures après le coucher et touchent préférentiellement les enfants les plus jeunes. Elles n'ont aucun lien avec l'adoption ou les traumatismes vécus et l'enfant ne garde aucun souvenir de cet épisode qui se déroule en sommeil lent profond. Elles sont en rapport avec l'immaturité cérébrale des enfants et disparaissent avec le temps.

— **Les cauchemars**
Le seul aspect qui diffère vraiment entre un enfant adopté et un enfant biologique, ce sont les cauchemars. Ils surviennent durant la période de sommeil paradoxal et se produisent principalement dans la deuxième partie de la nuit. Ils sont souvent le reflet des traumatismes vécus par l'enfant adopté et doivent donc s'atténuer avec le temps.
Les cauchemars peuvent être plus inquiétants s'ils sont répétitifs, puisqu'ils reflètent les événements stressants que l'enfant vit ou a vécu. Ils peuvent ainsi mettre en évidence des situations de maltraitance inconnues jusqu'alors. Les cauchemars seront d'autant plus présents que les enfants ont été abandonnés et adoptés grands car ils sont plus à même d'être exposés à des situations difficiles (sévices, enfants des rues, enfants exploités, etc).

12.5.2 Les troubles du comportement

Parallèlement aux troubles du sommeil, nous pouvons observer chez les enfants abandonnés, l'apparition de troubles du comportement et d'agressivité. La malnutrition et/ou les soins négligents, la longueur du délai administratif pour adopter un enfant ; tout cela crée une cassure dans le psychisme de l'enfant qui, dès les premiers mois de son existence, va se faire une idée du monde extérieur [78].

Un enfant qui n'a pas été porté, ou qui a subi des négligences, ne peut pas développer ses sens correctement. Plus l'enfant a vécu de blessures, plus il va se représenter une image négative des adultes et manquer de confiance envers eux. C'est donc un problème de sécurité affective que les parents adoptifs doivent affronter en tentant de redonner confiance à leur enfant.

Selon le Dr Chicoine, un enfant peut se comporter de diverses manières pour

répondre au sentiment d'insécurité affective qu'il éprouve [78] :

- Si un enfant a eu peur, il va développer un comportement plutôt anxieux ; on appelle cela un enfant **velcro**.
- Si un enfant a été maltraité, il va développer un comportement plutôt colérique ; on appelle cela un enfant **sumo**.
- Si un enfant a été négligé, il va développer un comportement plutôt fuyant ; on appelle cela un enfant **solo**.

Dans notre étude, il y a plus de **garçons** (37,9%) que de filles (26,4%) qui présentent des problèmes psychologiques.

Les filles souffrent plus de **troubles du comportement** (42,4%) que les garçons. Cela s'explique par la proportion plus importante de filles porteuses de SAF et présentant des comportements autistiques.

Les enfants de la classe d'âge d'abandon petit enfant présentent plus fréquemment que les autres des **troubles du comportement** (14,6%) et des problèmes **d'agressivité** (4,9%). Ces enfants, abandonnés plus tardivement, sont marqués par des histoires souvent difficiles mais aussi par un abandon qu'ils ne comprennent pas toujours. Pas peur d'être à nouveau abandonnés, ils développent malgré eux un comportement de rejet : ne pas s'attacher pour ne pas souffrir à nouveau.

12.5.3 Les troubles de l'attachement

Les enfants proposés à l'adoption ont tous vécu une rupture avec leur milieu familial naturel. Très tôt dans l'enfance, leur confiance dans l'adulte est fragilisée. Ces troubles peuvent se traduire au quotidien par un rejet de la part de l'enfant de tout geste d'affection de ses parents adoptifs. Un enfant rejeté dès la naissance ou la petite enfance peut se sentir indigne d'être aimé et vivre toute expression d'amour comme la menace d'un nouvel abandon.

Pour sa survie, il refuse de s'attacher et s'évite ainsi la souffrance d'une éventuelle rupture. L'enfant vit dans une insécurité affective permanente et manifeste ses angoisses et le trouble de sa personnalité à travers divers passages à l'acte du type morsure, vol, mensonge, fuite, ou à un degré moindre et pour les plus jeunes : troubles du sommeil, de l'alimentation, énurésie...

Nous n'avons pas individualisé ce problème (incluant ces troubles dans les troubles du comportement) dans notre étude mais il aurait pu être intéressant d'évaluer ces troubles et leurs conséquences sur le développement des enfants adoptés.

12.5.4 Spécificités observées selon le pays d'origine

Les pays d'Europe de l'Est : Russie, Ukraine et Pologne

Dans notre étude, près de la moitié des enfants originaires de ces pays présentent des troubles du comportement ou des problèmes d'agressivité (Pologne 75%, Ukraine 50%, Russie 25%). Plusieurs étiologies peuvent être à l'origine de

ces symptômes :

— **Le syndrome d'alcoolisation foetale :**

Selon une étude suédoise [79], un SAF total ou partiel a été diagnostiqué chez 52% des enfants adoptés en Europe de l'Est, ce qui est nettement supérieur aux données de notre étude puisque nous constatons que, seuls 20% des enfants originaires d'Europe de l'Est, sont porteurs d'un SAF.

Il est provoqué par la consommation d'alcool par la mère pendant sa grossesse. Dans les pays d'Europe de l'Est, ce problème de santé publique est trente à quarante fois plus répandu qu'en Europe de l'ouest, mais le syndrome est souvent mal renseigné dans le dossier médical de l'enfant. Les dossiers en provenance de Russie ou de Lettonie notamment, sont peu loquaces sur la question ou font simplement mention de prise d'alcool chez la mère durant la grossesse malgré une prévalence non négligeable de cette pathologie dans la population des enfants adoptés originaires de ces pays [62].

— **L'hospitalisme :**

Bien que régulièrement décrit, on ne retrouve aucun cas d'hospitalisme dans notre étude, ce qui diffère légèrement de [80] qui évoque 5% d'enfants atteints. Ce terme désigne les troubles physiques et psychiques touchant un enfant suite à un placement prolongé en institution et concerne surtout les enfants adoptés après l'âge de deux ans. L'enfant carencé apparaît triste, avec un regard fuyant. Il présente des stéréotypies comme des balancements, des troubles de la mastication, des troubles du sommeil, un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et de grandes angoisses au moindre "départ". A cela peuvent s'ajouter des retards de croissance et, plus tard, des difficultés scolaires.

Chez l'enfant, l'hospitalisme prolongé favorise l'apparition de troubles du développement psychomoteur, de troubles du comportement, voire de troubles de la personnalité.

L'hospitalisme peut être pris en charge, mais un enfant qui a subi un grave traumatisme dans sa petite enfance, des abandons successifs, une perte totale de repères, et ce d'autant plus jeune et d'autant plus longtemps, peut présenter des carences irréversibles [62].

— **L'autisme :**

L'autisme infantile est une anomalie du développement dont les manifestations apparaissent presque toujours dans les trente premiers mois de la vie. Il se caractérise par des troubles graves dans trois domaines : la communication, la socialisation, le comportement. Bien que cette pathologie soit souvent citée pour les enfants adoptés en Europe de l'Est [62], elle ne concerne aucun enfant de notre étude. On peut toutefois signaler la présence d'autisme grave chez deux patients de la COCA ayant consultés avant

le 1er janvier 2008 et après le 31 décembre 2010.

Les pays d'Afrique : Ethiopie, Nigeria et Sénégal

Un quart des enfants de notre étude originaires de ces pays présentent des troubles du comportement et de l'agressivité. Aux abandons à la naissance d'origine culturelle, s'ajoutent des abandons plus tardifs d'origine socio-économique ou des orphelins du SIDA. Cet abandon rapide et brutal peut engendrer chez ces enfants des **troubles de l'attachement**.

La Colombie

Le profil des enfants adoptables en Colombie a progressivement évolué au fil des années. Privilégiant l'adoption nationale pour les enfants les plus jeunes, les enfants proposés à l'adoption internationale sont en majorité des enfants déjà grands ou des fratries. Les enfants colombiens arrivent donc en France avec une histoire, une culture, des souvenirs bien ancrés ce qui peut expliquer les difficultés d'adaptation qu'ils présentent.

Les principaux problèmes rencontrés sont les **troubles du sommeil persistants** retrouvés chez près d'un cinquième des enfants originaires de Colombie et qui peuvent s'expliquer par la présence de cauchemars liés à des situations difficiles rencontrées avant l'adoption : maltraitance, sévices, enfants de rues ayant subi des violences...

Haïti

Suite au terrible séisme survenu en Haïti le 12 janvier 2010, de nombreux enfants sont arrivés précipitamment en France. Ces enfants ont connu en très peu de temps le passage d'un monde chaotique (proches blessés ou morts, faim, soif, maladies ou blessures pour eux-même) à un monde plein de richesses auxquels ils n'ont pas été préparés.

Près d'un tiers des enfants haïtiens de notre étude présentent des **troubles du sommeil à l'arrivée**. Ceux-ci s'expliquent par le fait que les enfants revivent l'évènement traumatisant de façon répétitive sous forme de cauchemars ou de rêves éveillés angoissants. De la même façon, ils ont pendant plusieurs mois dormi sous des tentes car dormir dans les maisons était devenu dangereux du fait des risques d'effondrement alors que, dans leur nouveau pays la maison est l'endroit où ils doivent se sentir en sécurité. Une fois rassurés, ces troubles disparaissent plutôt rapidement sauf pour 5,5% des enfants qui présenteront des **troubles persistant plus de 3 mois**.

12.6 Dépistages biologiques réalisés à l'arrivée en France

12.6.1 Dépistages biologiques selon l'âge et la classe d'âge d'abandon de l'enfant

Bien que le dépistage néonatal soit obligatoire pour tous les nouveaux-nés français, celui-ci n'est que très rarement réalisé en cas d'adoption. Dans notre étude, seuls 3,3% des enfants abandonnés entre 1 mois et 1 an ont bénéficié de ce dépistage à leur arrivée en France.

En dehors de ce dépistage qui n'a d'intérêt que pour les enfants les plus jeunes, on ne retrouve pas de différence significative selon l'âge ou la classe d'âge d'abandon de l'enfant.

12.6.2 Dépistages biologiques selon le pays d'origine

De façon générale, les dépistages biologiques réalisés à l'arrivée des enfants en France diffèrent peu selon le pays d'origine. Toutefois, l'expérience, associée aux résultats de notre étude, montrent que certains examens devraient être réalisés systématiquement pour certains pays.

Les pays d'Europe de l'Est : Lettonie, Pologne, Russie et Ukraine

Une IDR doit être systématiquement réalisée chez les enfants originaires de ces pays. En effet, la tuberculose n'est pas rare dans les pays connaissant la précarité et il serait regrettable de ne pas dépister cette maladie curable mais contagieuse [62]. Un enfant russe et deux enfants lettons de notre étude ont présenté, à leur arrivée en France, une tuberculose.

Une sérologie syphilis doit également être effectuée afin de ne pas méconnaître une syphilis congénitale même si, dans notre étude, aucun enfant originaire d'Europe de l'Est n'a présenté de résultat positif. En effet, la prévalence de la maladie chez les jeunes femmes russes en âge d'enfanter est cinq fois supérieure à celle de la population générale en Russie [81].

Enfin, la Russie présente des risques d'exposition élevée au plomb [82]. Un dépistage est donc recommandé à l'arrivée en France des enfants originaires de Russie même si, dans notre étude, aucun enfant de Russie n'a présenté une plombémie supérieure à la normale.

Les pays d'Afrique : Burkina-Faso, Cameroun, Congo, Ethiopie, Mali, Nigéria, Sénégal

Les parents adoptant en Afrique craignent encore plus que les autres une contamination par le VIH. En effet, devant la pandémie touchant ce continent, beaucoup d'enfants proposés à l'adoption internationale sont des orphelins du SIDA. Une sérologie VIH doit être réalisée à l'arrivée en France même si, dans la plupart des cas,

les parents adoptant un enfant porteur du virus sont informés avant l'adoption. Aucun enfant infecté par le VIH n'a été retrouvé dans notre étude.

Une goutte épaisse est aussi réalisée chez les enfants originaires d'un pays d'Afrique, d'autant plus s'ils présentent un épisode fébrile après leur arrivée en France. En effet, les cas de paludisme sont fréquents sous ces latitudes. Selon le rapport annuel de L'OMS [83], on estime qu'environ 80% des cas et 90% des décès se produisent en Afrique, où les enfants de moins de cinq ans sont les plus durement touchés. Certains enfants sont victimes d'une attaque aiguë de paludisme cérébral qui entraîne rapidement le coma et la mort ; d'autres succombent à une grave anémie suite aux infections à répétition ou aux conséquences d'un poids insuffisant à la naissance qui s'explique lui-même par une infection paludique utérine. Le paludisme est également un facteur important d'anémie chez les enfants, affectant gravement la croissance et le développement.

Seuls deux enfants de notre étude (un originaire du Cameroun et un du Burkina-Faso) étaient porteurs de cette pathologie à leur arrivée en France mais tous deux étaient asymptomatiques. Actuellement, le nombre d'enfants porteurs de paludisme augmentent fortement notamment chez les enfants originaires de Centrafrique. Un cas sévère de neuropaludisme a récemment été diagnostiqué chez un enfant de la COCA.

La fréquence des cas de tuberculose en Ethiopie, au Nigéria et en République Démocratique du Congo (27% des nouveaux cas en 2012) [84] nécessite de réaliser une IDR chez tous les enfants originaires de ces pays, même si nous n'avons observé aucun cas de tuberculose chez les enfants originaires d'Afrique qui sont venus à la COCA. En effet, en cas de primo-infection, la maladie peut rester latente de nombreuses années avant de devenir symptomatique.

Une recherche d'hémoglobinopathie doit être réalisée. En effet, les zones de prévalence des thalassémies coïncident avec celles du paludisme, celles-ci pouvant être un facteur protecteur vis-à-vis de ce parasite [70]. Il en est de même pour les personnes porteuses de drépanocytose. Nous avons pu observer ce phénomène puisque une hémoglobinopathie a été mise en évidence chez 50% des enfants adoptés en Afrique ayant bénéficié d'une électrophorèse des protéines.

Haïti

Le principal facteur de risque de saturnisme chez l'enfant en Haïti est la peinture au plomb présente dans des logements anciens dégradés [82]. Il est donc important de réaliser un dosage de la plombémie chez tous les enfants originaires d'Haïti, pays considéré à risque d'exposition élevée [85]. 10,6% des enfants dépistés de notre étude présentaient une intoxication au plomb.

Les sérologies hépatite B doivent également être réalisées puisque 6,4% des enfants de notre étude présentent une sérologie positive.

La Chine et le Vietnam

La principale pathologie redoutée dans les pays d'Asie du Sud Est est l'hépatite B. En effet, du fait de la forte promiscuité régnant dans les orphelinats, les contaminations sont relativement fréquentes, comme dans notre étude où plus de la moitié des enfants porteurs d'une hépatite B sont originaires du Vietnam (57,1%). Une sérologie hépatique est donc systématiquement réalisée pour tous les enfants originaires de ces pays.

La prévalence des thalassémies dans les pays d'Asie du Sud-Est [70], tout comme dans notre étude (7,7% d'enfants atteints) impose également un dépistage systématique. Souvent silencieuse dans les formes hétérozygotes, elles peuvent avoir des conséquences non négligeables (retard de croissance, anémie...) chez les porteurs homozygotes.

La Chine fait également partie des pays à risque élevé d'exposition au plomb [82]. Un dosage doit donc être réalisé à l'arrivée de l'enfant en France même si aucun enfant de notre étude ne présentait d'intoxication au plomb à son arrivée en France.

12.7 Dépistages radiologiques

La prévalence des radiographies pulmonaires (43,8%) par rapport aux autres examens s'explique par la volonté de dépister une éventuelle infection tuberculeuse puisque celle-ci reste un problème de santé publique majeur [84].

12.7.1 Dépistage radiologique selon l'âge et la classe d'âge d'abandon de l'enfant

Nous observons que tous les enfants de la classe grand enfant (100%) et 85,4% de ceux de la classe petit enfant ont bénéficié d'un âge osseux à leur arrivée en France. Deux explications peuvent être données :

- vérifier l'âge réel de l'enfant en comparant son âge chronologique supposé et sa maturation osseuse ;
- réaliser, chez les jeunes filles surtout, un âge osseux de référence afin de pouvoir comparer les clichés en cas de puberté précoce (cf. section 3.4.4).

Plus de 80% des enfants, quelle que soit leur classe d'âge bénéficient d'une radiographie pulmonaire à leur arrivée puisque la tuberculose peut affecter les enfants, quelque soit leur âge [84].

12.7.2 Spécificités observées par pays

Les pays d'Afrique : Burkina-Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Ethiopie, Mali, Nigéria et Sénégal

Tous les enfants originaires du Cameroun, du Cap-Vert, du Congo et du Sénégal (100%) ont bénéficié d'un âge osseux à leur arrivée en France pour les mêmes raisons qu'exposées précédemment.

Une radiographie pulmonaire a été effectuée chez la quasi-totalité des enfants originaires d'Afrique (sauf Ethiopie 66,7%, Burkina-Faso 50%, Cameroun 50% et Nigéria 25%) devant la forte prévalence de la tuberculose dans cette région du Monde [84].

Une échographie abdomino-pelvienne a également été réalisée chez plus de la moitié des enfants originaires de ces pays. Celle-ci permettait notamment de vérifier :

- l'absence de cause organique à une énurésie nocturne ;
- le stade de maturation ovarien en cas de suspicion de puberté précoce ;
- l'absence d'atteinte hépatique majeure lors d'une hépatite B.

Les pays d'Europe de l'Est : Lettonie, Pologne, Russie et Ukraine

25% des enfants russes, 50% des polonais, 50% des lettons et 100% des ukrainiens ont eu un âge osseux à leur arrivée en France. Les raisons sont les mêmes que celles exposées dans le chapitre 12.7.1.

Un scanner cérébral a été réalisé chez 50% des enfants originaires d'Ukraine et 25% des enfants russes dans le cadre du bilan de troubles du développement psychomoteur.

Haïti

Un âge osseux a été fait à près de 70% (69,1%) des enfants originaires d'Haïti afin de vérifier leur âge réel et d'avoir un cliché de référence en cas de puberté précoce. Du fait, en particulier, de la dénutrition, la plupart des enfants ont souvent un à deux ans de retard sur leur âge osseux par rapport à leur âge réel. C'est son évolution, trois, six ou douze mois plus tard, en fonction de l'évolution de la croissance ou de l'apparition de signes pubertaires qui sera un outil indispensable. Une accélération de l'âge osseux par rapport à la croissance permettra d'objectiver le diagnostic de puberté précoce et de proposer un traitement par agonistes de la GnRH [86].

Une radiographie pulmonaire a également été effectuée chez plus de 80% des enfants (81,8%) du fait de la forte prévalence de la tuberculose dans ce pays.

L'Asie du Sud-Est : Chine et Vietnam

Tout comme pour les autres pays, 100% des enfants en provenance de Chine et 84,4% des enfants originaires du Vietnam ont bénéficié d'une radiographie pulmonaire afin d'éliminer une infection tuberculeuse. Un scanner thoracique a également été réalisé, devant la présence de symptômes pulmonaires, chez 50% des chinois et 3,1% des vietnamiens, mais n'a rien révélé de particulier.

12.8 Consultations spécialisées réalisées à l'arrivée en France

A leur arrivée en France, plus d'un tiers des patients (39,1%) ont eu recours à une consultation spécialisée. Un cinquième d'entre eux ont rencontré un cardiologue (20,3%), un ophtalmologue (19%) et/ou un dentiste (19%).

12.8.1 Consultations spécialisées réalisées selon l'âge et la classe d'âge de l'enfant

La part des consultations dentaires augmente avec l'âge de l'enfant. Les enfants abandonnés à un âge avancé souffrent plus de pathologies dentaires (caries notamment) du fait d'une mauvaise alimentation mais aussi probablement d'une mauvaise hygiène de vie liée à des conditions socio-économiques souvent défavorables.

A l'inverse, les consultations ophtalmologiques sont plutôt réalisées chez les enfants les plus jeunes. Elle permettent notamment la prise en charge de problème de strabisme, fréquents chez les enfants ayant été en institution [87] et le dépistage de conséquences visuelles de pathologie congénitale (syphilis par exemple).

De la même façon, les consultations ORL s'adressent majoritairement aux enfants les plus jeunes afin de ne pas méconnaître des troubles de l'audition pouvant être responsables de difficultés du langage et des apprentissages.

12.8.2 Spécificités observées par pays

Les pays d'Europe de l'Est : Lettonie, Pologne et Russie

Dans notre étude, la prévalence des consultations de cardiologie est plus importante pour les enfants originaires d'Europe de l'Est (50% des enfants originaires de Lettonie, Pologne et Russie). Elles peuvent être mises en relation avec les syndromes d'alcoolisation foetale dont souffrent certains enfants et qui peuvent être associés à des malformations cardiaques.

Les pays d'Afrique

50% des enfants du Cameroun et 8,3% des éthiopiens ont été adressés à un dentiste à leur arrivée. En effet, la malnutrition peut engendrer des anomalies de

l'émail qui, associées à une mauvaise hygiène dentaire et à une carence en fluor, favorisent l'apparition de caries. S'ajoute à cela l'absence probable de brossages de dents dans les orphelinats, y compris pour les enfants les plus grands.

L'Asie du Sud-Est

50% des enfants en provenance de Chine et 15,6% des enfants vietnamiens ont eu recours à une consultation ORL à leur arrivée en France. Chez ces enfants souvent placés en orphelinat, les troubles de l'audition peuvent être en rapport avec des infections à répétition, mal ou non soignées.

12.9 Autres examens réalisés

Devant la forte prévalence des parasitoses digestives chez les enfants adoptés (cf. section 12.4.2), 99,1% des enfants de notre étude ont bénéficié d'un examen parasitologique des selles (qui s'est avéré positif pour 46,8% des enfants tout comme dans [66] et [88]) et 90,2% d'une coproculture (négative dans 80,2% des cas).

12.9.1 Autres examens réalisés selon l'âge et la classe d'âge d'abandon de l'enfant

La proportion de coprocultures et d'EPS augmente avec l'âge de l'enfant. De la même façon, plus l'enfant est âgé, plus le nombre d'examens positifs est grand (EPS positifs pour 10,5% des nouveaux-nés, 53,8% des nourrissons, 78,4% des petits enfants et 50% des grands enfants). En effet, comme nous l'avons déjà vu précédemment, le risque d'être contaminé augmente avec la durée de séjour en orphelinat or les enfants abandonnés les plus jeunes sont souvent ceux qui sont adoptés le plus rapidement.

12.9.2 Spécificités observées selon le pays d'origine

Les enfants originaires d'Haïti sont les plus confrontés aux problèmes de parasitoses intestinales puisque les EPS réalisés chez 96,4% de ces enfants sont positifs pour 75,5% d'entre eux. Arrivent ensuite les enfants d'Afrique avec 50% de positifs sur 100% d'enfants du Cap-Vert testés, 50% de positifs pour 83,3% d'enfants d'Ethiopie dépistés et 50% de positifs après la réalisation d'examens chez 50% des enfants du Nigéria. Les enfants en provenance d'Europe de l'Est sont également concernés puisque 33,3% des 75% d'enfants dépistés de Russie ont un examen positif, tout comme 50% des 100% d'enfants d'Ukraine.

A l'inverse, les enfants venant d'Asie du Sud-Est sont relativement peu contaminés puisque sur les 75% d'enfants adoptés au Vietnam qui ont bénéficié d'un EPS, seuls 4,2% ont un examen positif. Il en est de même pour les coprocultures effectuées chez 68,6% de ces enfants qui ne sont revenues positives que pour 13,6% d'entre eux.

En conclusion, aux vues des résultats de notre étude, il paraît indispensable de réaliser un EPS à tous les enfants adoptés à leur arrivée en France.

12.10 Vaccinations de l'enfant adopté

12.10.1 Vaccinations dans le pays d'origine

Plus de 20% des enfants abandonnés à la naissance ont été vaccinés contre l'hépatite B. Cela s'explique par la part importante, dans notre population, de jeunes enfants adoptés au Vietnam (n=32), pays qui dispose, depuis 2003, d'un programme universel de vaccination contre l'hépatite B chez les bébés.

Les enfants abandonnés plus tard (classe d'âge grand enfant) ne sont pratiquement pas vaccinés. Cela peut être en rapport avec les conditions socio-économiques souvent défavorables dans lesquelles ils vivent avant d'être abandonnés. Les enfants abandonnés le plus tard, sont, dans notre étude, majoritairement originaires de pays d'Afrique ou d'Haïti. Dans ces pays, souvent très pauvres, l'accès à la vaccination est donc plus difficile.

12.10.2 Vaccinations à l'arrivée en France

Pour tout enfant adopté arrivant en France, un rattrapage des vaccinations est réalisé selon le calendrier vaccinal français.

La vaccination contre le pneumocoque concerne essentiellement les enfants de la classe d'âge nourrisson. En effet, les recommandations vaccinales françaises [53] préconisent la réalisation de ce vaccin avant l'âge de deux ans.

La proportion de DTPolio et Coqueluche réalisés dans les classes nourrisson et grand enfant est semblable alors qu'elle est moindre pour la classe petit enfant. Cela s'explique par le calendrier vaccinal français qui préconise une injection à 2 et 4 mois de vie (souvent réalisés dans le pays d'origine pour les enfants de notre étude précédemment vaccinés), un rappel à 11 mois, un à 6 ans et un entre 11 et 13 ans. Le premier rappel correspond donc aux enfants de la classe nourrisson et les suivants aux grands enfants.

12.11 Données concernant la famille biologique

Nous avons essayé lors du recueil de données de collecter un maximum d'informations sur les familles biologiques afin de pouvoir également étudier le profil de celles-ci. Nous avons parfois trouvé l'âge de la maman biologique, parfois son état de santé, mais le plus souvent, pas grand chose... Malheureusement, devant le peu de données disponibles dans les dossiers, nous avons dû nous résoudre à ne pas les exploiter.

Le manque d'informations est directement en lien avec l'origine géographique des enfants de notre population. En effet, la majorité est originaire du Vietnam ou d'Haïti.

En Haïti, la transmission des informations se fait surtout par voie orale, de la directrice de crèche aux parents adoptifs. L'ensemble des informations délivrées dans ce moment si riche en émotion ne peut être retenu par les parents et celles-ci sont donc plus ou moins fiables.

Pour le Vietnam, c'est beaucoup plus simple. Dans la majorité des cas, les familles adoptives n'ont aucune information sur la famille biologique de l'enfant.

Conclusion

Notre étude avait pour but d'étudier l'état de santé des enfants adoptés à partir des dossiers de 138 patients pris en charge à la COCA de Nancy entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2010. Nous souhaitions mettre en évidence des troubles spécifiques présentés par les enfants adoptés, confirmant ainsi le rôle indispensable des COCA.

Nous avons pu observer que, sur les 138 enfants de notre étude, les trois quart ont été vus pour un bilan moins de trois mois après leur arrivée en France. Originaires de 18 pays différents, les enfants arrivaient principalement dans leur troisième année de vie.

La consultation médicale réalisée, à l'arrivée en France, au sein de la COCA, mettait en évidence des problèmes de santé pour 72,5% des enfants, non signalés avant l'adoption pour deux tiers d'entre eux. Nous avons essentiellement observé des anémies et des hypotrophies staturo-pondérales mais avons également mis en évidence des parasitoses cutanées et digestives ainsi que des maladies infectieuses telles que l'hépatite B. La COCA permet donc le dépistage et le traitement de ces pathologies mais aussi la mise à jour du calendrier vaccinal selon les recommandations françaises.

De la même façon, elle intervient dans le diagnostic des problèmes psychologiques observés à l'arrivée des enfants adoptés, en France. Ils concernent surtout les troubles du sommeil et du comportement (autisme, SAF...) et leur prise en charge se fait de façon conjointe avec le pédopsychiatre de la COCA. En effet, cette collaboration s'avère indispensable, quel que soit l'âge de l'enfant. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, les parents et l'enfant ont le plus souvent besoin d'une écoute, d'une aide, de conseils adaptés en fonction du parcours de l'enfant et de sa famille adoptive.

Devant ces constatations, il semble indispensable qu'une harmonisation de la prise en charge médicale des enfants adoptés à l'international soit réalisée afin de permettre à l'ensemble des professionnels prenant en charge les enfants de ne pas méconnaître certaines pathologies spécifiques. Le recours à la COCA doit également être favorisé que ce soit pour le bilan d'arrivée ou la prise en charge de problèmes médicaux ou psychologiques plus spécifiques.

Les 26 COCA existant en France actuellement se réunissent annuellement pour harmoniser leurs pratiques et partagent régulièrement leurs informations pour

améliorer la prise en charge de ces enfants (épidémie de tuberculose, de parasitoses digestives inhabituelles dans certaines régions, germes multirésistants, etc.). Elles doivent pouvoir apporter une expertise médicale souvent différente sur les problèmes de santé potentiels des enfants adoptés, à leur arrivée et ultérieurement.

De plus, compte tenu de l'évolution actuelle de l'adoption, les demandes de consultations en pré-adoption ne cessent de croître afin d'éclairer des couples qui s'orientent vers des projets d'adoption en faveur d'enfants à besoins spécifiques.

Références

- [1] Ministère des Affaires Etrangères. L'adoption internationale en France : statistiques 2012; [Consulté le 21 Avr. 2013].
<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/le-service-de-l-adoption/les-statistiques-de-l-adoption/article/l-adoption-internationale-en>.
- [2] République Française. Les Consultations d'Orientation et de Conseils en Adoption un dispositif original français; [Consulté le 14 Avr. 2013].
<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adoption-internationale-2605/les-acteurs-de-l-adoption/les-professionnels-de-la-sante/les-consultations-d-orientation-et/article/les-consultations-d-orientation-et>.
- [3] Secrétariat à l'adoption internationale de Québec. Historique de l'adoption internationale; [Consulté le 14 Avr 2013].
http://adoption.gouv.qc.ca/fr_adoption_internationale_historique.phtml.
- [4] de Monléon JV. Naître là-bas, grandir ici. Paris : Belin; 2003.
- [5] Mattéi J. Enfants d'ici, enfants d'ailleurs. L'adoption sans frontière; 1995.
- [6] Pierron J. Données socio-familiales de l'adoption internationale en France [Thèse : médecine]. Dijon; 2007.
- [7] République Française. Loi n°2001-111 du 6 février 2001 relative à l'adoption internationale; [Consulté le 14 Avr 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [8] République Française. Loi n° 2005-744 du 4 juillet 2005 portant réforme de l'adoption; [Consulté le 14 Avr. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [9] Ministère des Affaires Etrangères. Statistiques du Secrétariat Général de l'Autorité centrale pour l'adoption internationale : année 2007; [Consulté le 21 Avr 2013].
http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/le-service-de-l-adoption/les-statistiques-de-l-adoption/2007_59584.
- [10] Peyre J. Le guide Marabout de l'adoption. Paris : Marabout; 2002.
- [11] Mattei JF. Le chemin de l'adoption : le coeur et la raison. Paris : Albin Michel; 1997.

- [12] République Française. Article 343 modifié par Loi n°96-604 du 5 juillet 1996 - JORF 6 juillet 1996 ; [Consulté le 14 Avr. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [13] République Française. Article 343-1 modifié par Loi n°96-604 du 5 juillet 1996 - JORF 6 juillet 1996 ; [Consulté le 16 Avr. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [14] Agence Française de l'Adoption. Glossaire ; [Consulté le 16 Avr. 2013].
<http://www.agence-adoption.fr/home/spip.php?rubrique8>.
- [15] Observatoire National de l'Enfance en Danger ; [Consulté le 26 Janv. 2014].
<http://oned.gouv.fr/publications>.
- [16] Dartiguenave C, du Reau C. L'accompagnement des projets d'adoption d'enfants à besoins spécifiques. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 2010 ;13(3) :220–6.
- [17] Agence Française de l'Adoption. Adopter un enfant à besoins spécifiques ; [Consulté le 21 Avr. 2013].
<http://www.agence-adoption.fr/home/spip.php?article306>.
- [18] Agence Française de l'Adoption. Adoption simple ou plénière ; [Consulté le 16 Avr. 2013].
http://www.agence-adoption.fr/home/IMG/pdf/Adoption_Simple_Pleniere.pdf.
- [19] République Française. Article 355 créé par Loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - JORF 12 juillet 1966 en vigueur le 1er novembre 1966 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [20] République Française. Article 356 créé par Loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - art. 1 JORF 12 juillet 1966 en vigueur le 1er novembre 1966, Modifié par Loi 76-1179 1976-12-22 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [21] République Française. Article 357 modifié par LOI n°2013-404 du 17 mai 2013 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [22] République Française. Article 358 Modifié par Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 - JORF 5 mars 2002 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [23] République Française. Article 359 créé par Loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - JORF 12 juillet 1966 en vigueur le 1er novembre 1966 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [24] République Française. Article 360 modifié par Loi n°2013-404 du 17 mai 2013 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [25] République Française. Article 361 modifié par Loi n°2013-404 du 17 mai 2013 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.

- [26] République Française. Article 362 créé par Loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - JORF 12 juillet 1966 en vigueur le 1er novembre 1966 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [27] République Française. Article 363 modifié par Loi n°2013-404 du 17 mai 2013 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [28] République Française. Article 364 Créé par Loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - JORF 12 juillet 1966 en vigueur le 1er novembre 1966 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [29] République Française. Article 365 modifié par Loi n°2011-1862 du 13 décembre 2011 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [30] République Française. Article 366 modifié par Loi n°96-604 du 5 juillet 1996 - JORF 6 juillet 1996 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [31] République Française. Article 367 modifié par Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - JORF 6 mars 2007 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [32] République Française. Article 368 Modifié par Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 - JORF 5 mars 2002 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [33] République Française. Article 369 créé par Loi n°66-500 du 11 juillet 1966 - JORF 12 juillet 1966 en vigueur le 1er novembre 1966 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [34] République Française. Article 370 modifié par Loi n°96-604 du 5 juillet 1996 - JORF 6 juillet 1996 ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [35] République Française. Adoption : comment faire une demande d'agrément ? ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1383.xhtml>.
- [36] République Française. Décret n°98-771 du 1er septembre 1998 relatif à l'agrément des personnes qui souhaitent adopter un pupille de l'Etat ou un enfant étranger. JORF 4 septembre 1998 [Consulté le 24 Nov. 2013] ;
<http://legifrance.gouv.fr>.
- [37] Agence Française de l'Adoption. Agrément ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://www.agence-adoption.fr/home/spip.php?article58>.
- [38] République Française. Je demande l'agrément ; [Consulté le 26 Fev.2014].
<http://www.adoption.gouv.fr/Les-etapes-de-ma-demande.html>.
- [39] Ministère des Affaires Etrangères. Les missions de l'autorité centrale pour l'adoption internationale ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/la-mission-de-l-adoption/les-missions-de-l-autorite/>.

- [40] Fédération Française des Organismes Autorisés pour l'Adoption. Les OAA ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://www.ffaoo.org/oaa.htm>.
- [41] Agence Française de l'Adoption. Adopter un enfant ; [Consulté le 15 Avr. 2013].
<http://www.agence-adoption.fr/home/>.
- [42] Ministère des Affaires Etrangères. Organismes Autorisés pour l'Adoption (OAA) ; [Consulté le 26 Janv. 2014].
<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/les-acteurs-de-l-adoption/les-operateurs-de-l-adoption/organismes-autorises-pour-l/>.
- [43] Agence Française de l'Adoption. Sur le chemin de l'adoption ; [Consulté le 26 Janv. 2014].
http://www.agence-adoption.fr/home/IMG/swf/chemin_adoption_v2.swf.
- [44] Choulot JJ. Evaluation de l'état de santé des enfants adoptés à l'étranger. Archives de Pédiatrie. 1999;6(10) :1130.
- [45] de Monléon JV. Adoption à l'étranger : les risques médicaux. Revue du Praticien de Médecine Générale. 2000;14 :557-62.
- [46] de Truchis A, Foucaud P. La santé des enfants adoptés. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 2010;13(3) :213-19.
- [47] de Truchis A, Foucaud P. Prise en charge pédiatrique d'un enfant adopté. EMC Pédiatrie - Maladies Infectieuses. 2010;4(180) :10-2.
- [48] Chicoine JF. Le monde est ailleurs ; [Consulté le 26 Janv. 2014].
http://www.meanomadis.com/content/show_sections.asp?ID=270.
- [49] Université Médicale Virtuelle Francophone. Dermatophytoses ; [Consulté le 26 Janv. 2014].
<http://umvf.univ-nantes.fr/parasitologie/enseignement/dermatophytoses/site/html/5.html>.
- [50] Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Taches Mongoloïdes ; [Consulté le 26 Janv. 2014].
<http://www.dermis.net/dermisroot/fr/21040/image.htm>.
- [51] consoGlobe. Les naissances d'enfants atteints de SAF en France ; [Consulté le 26 Janv. 2014].
<http://www.planetoscope.com/natalite/1492-naissances-d-enfants-atteints-du-syndrome-d-alcoolisation-foetale-saf-.html>.
- [52] Agence Française de l'Adoption. Bilan de santé à l'arrivée d'un enfant adopté à l'étranger ; [Consulté le 18 Avr. 2013].
http://www.agence-adoption.fr/home/IMG/pdf/bilan_de_sante_arrivee_de_l_enfant.pdf.
- [53] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Calendrier vaccinales et recommandations vaccinales 2013 ; [Consulté le 22 Nov. 2013].
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_detaille_2013_ministere_Affaires_sociales_et_Sante_.pdf.

- [54] Roullière Le Lidec C. Adoption internationale. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 2010 ;13(3) :205–7.
- [55] Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées ; [Consulté le 1 Dec. 2013].
http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n1.html.
- [56] Agence Française de l'Adoption. Statistiques des l'Adoption Internationale - 2010 ; [Consulté le 22 Nov. 2013].
<http://www.agence-adoption.fr/home/spip.php?article3>.
- [57] Ministère des Affaires Etrangères et Européennes. Rapport annuel 2010 de l'adoption internationale en France ; [Consulté le 22 Nov. 2013].
<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Rapportmaee2010defTC.pdf>.
- [58] Halifax J, Labasque V. Etude relative au devenir des enfants adoptés en France et à l'international ; 2013 [Consulté le 22 Nov. 2013].
http://www.creai-picardie.fr/site/pole_recherche/pdfs/2013_CREAI%20DGCS_Adoption_Rapport.pdf.
- [59] Diribarne-Somers H, Choulot JJ. *Le guide de l'adoption*. Paris : Odile Jacob ; 2007.
- [60] Labaume E. *Le devenir des enfants adoptés : étude sur le parcours et la situation actuelle des enfants adoptés entre 1990 et 2000* ; 2008 [Consulté le 22 Nov. 2013].
<http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/A-1-international/Mission-adoption-Bilan-annuel-2007>.
- [61] Association Coeur Adoption ; [Consulté le 24 Nov. 2013].
<http://www.coeuradoption.org/wiki/doku.php>.
- [62] Agence Française de l'Adoption. Santé des enfants russes confiés à l'Adoption Internationale ; [Consulté le 21 Nov. 2013].
<http://www.agence-adoption.fr/home/spip.php?article188&bloc=4>.
- [63] de Monléon JV. Les raisons de l'abandon et de l'adoption. *Archives de Pédiatrie*. 2011 ;18(5) :H221–2.
- [64] Ministère des Affaires Etrangères. Les fiches pays de l'adoption internationale ; [Consulté le 22 Nov. 2013].
<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/comment-adopter-a-l-etranger/les-fiches-pays-de-l-adoption/>.
- [65] Choulot JJ, Carbonnier H, Guérin B, de Béchillon M. L'adoption internationale en France. *Archives de Pédiatrie*. 2005 ;12(6) :718–20.
- [66] Merville N. *Prévalence des pathologies infectieuses des enfants adoptés à l'étranger : expérience du CHU de Dijon* [Thèse : médecine]. Dijon ; 2011.
- [67] Tandé D, Boisramé-Gastrin S, Lucas C, Ansart S, Nevez G, Münck MR. Prise en charge des enfants adoptés à l'étranger : expérience du CHU de Brest. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2009 ;39 :S56.
- [68] Staat M, Rice M, Donauer S, Mukkada S, Holloway M, Cassidy A, et al. Intestinal Parasite Screening in Internationnaly Adopted Children : Importance of Multiple Stool Specimens. *Pediatrics*. 2011 ;3 :128.

- [69] Baron S. Puberté précoce chez des enfants adoptés de pays étrangers. Archives de pédiatrie. 2000;7(8) :809–16.
- [70] Organisation Mondiale de la Santé. Drépanocytose et autres hémoglobinopathies ; [Consulté le 25 Nov. 2013].
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs308/fr/>.
- [71] Ahdjoudj Beloucif Y. Prévalence de l'hépatite B chez les enfants adoptés à l'étranger : étude d'une population de 800 enfants issus de la consultation d'Adoption Outremer du CHU de Dijon [Thèse : médecine]. Dijon ; 2011.
- [72] Choulot JJ, Guerin B. Portage chronique du virus B et adoption. Médecine et Maladies Infectieuses. 2005;35 :5132–3.
- [73] Agence Française de l'Adoption. Malformations congénitales ; [Consulté le 25 Nov. 2013].
http://www.agence-adoption.fr/home/IMG/pdf/Malformations_congenitales.pdf.
- [74] Orphanet. Déficit en glucose-6-phosphatase déhydrogénase ; [Consulté le 25 Nov. 2013].
http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=362.0.
- [75] Choulot JJ. les difficultés de l'adoption internationale. Enfance et psy. 2005;4(29) :32–8.
- [76] Bureau de Consultation en Adoption de Québec. Les douzes caractéristiques de l'enfant adopté ; [Consulté le 25 Nov. 2013].
<http://www.quebecadoption.net/adoption/postadopt/caractenfant.html#10>.
- [77] Bureau de Consultation en Adoption de Québec. Le sommeil des enfants adoptés ; [Consulté le 25 Nov. 2013].
<http://www.quebecadoption.net/adoption/postadopt/sommeil2.html>.
- [78] Enfance et Familles d'Adoption 13. Conférence du Pr. Chicoine : Sommeil, comportement, discipline, autonomie, socialisation et autres défis quotidien avec l'enfant adopté ; [Consulté le 26 Nov. 2013].
<http://www.efa13.com/index.php/310-conference-pr-chicoine>.
- [79] Landgren M, Svensson L, Strömmland K, Andersson-Grönlund M. Prenatal Alcohol Exposure and Neurodevelopmental Disorders in Children Adopted From Eastern Europe. Pediatrics. 2010;125(5) :1178–85.
- [80] Enfance et Familles d'Adoption 94. Santé de l'enfant adopté : l'expérience d'une Consultation d'Orientation et de Conseil pour l'Adoption ; [Consulté le 26 Nov. 2013].
http://www.efa94.org/public/file/Sante_enfant_adopté.pdf.
- [81] Chicoine JF. Adoption étrangère : le point de vue du pédiatre. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 2001;4(5) :342–57.
- [82] Lecoffre C. Surveillance du saturnisme chez l'enfant 2005-2010 : Point sur les enfants adoptés originaires d'Haïti. Institut de Veille Sanitaire. 2011 ;
<http://www.invs.sante.fr/fr../layout/set/print/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2011/>

- Surveillance-du-saturnisme-chez-l-enfant-2005-2010-Point-sur-les-enfants-adoptes-originares-d-Haiti.-Juin-2011 [Consulté le 22 Nov. 2013].
- [83] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde; [Consulté le 28 Nov. 2013].
http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/report/fr/index.html.
- [84] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport 2013 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde; [Consulté le 28 Nov. 2013].
http://www.who.int/tb/publications/global_report/grtb13_executive_summary_fr.pdf.
- [85] Choulot JJ. Adoption à Haïti et saturnisme. Archives de Pédiatrie. 2007;14(11) :1372-3.
- [86] de Monléon JV. Puberté précoce de l'enfant adopté et autres causes de croissance rapide. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 2010 ;13(3) :237-9.
- [87] Espace Adoption. Santé de l'enfant adopté : revue de la littérature; [Consulté le 29 Nov. 2013].
http://www.espace-adoption.ch/puma/pdfs/Sant___de_l__enfant_adopt_____revue_de_la_litt__rature.pdf.
- [88] de Monléon JV. Les consultations post-adoption. Archives de Pédiatrie. 2003;10 :240-2.

Cinquième partie

Annexes

Annexe A

Convention des Droits de l'Enfant

Convention internationale des droits de l'enfant Convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989

Préambule

Les Etats parties à la présente Convention,

Considérant que, conformément aux principes proclamés dans la Charte des Nations Unies, la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine ainsi que l'égalité et le caractère inaliénable de leurs droits sont le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,

Ayant à l'esprit le fait que les peuples des Nations Unies ont, dans la Charte, proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils ont résolu de favoriser le progrès social et d'instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Reconnaissant que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,

Rappelant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations Unies ont proclamé que l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales,

Convaincus que la famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté,

Reconnaissant que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension,

Considérant qu'il importe de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et de l'élever dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité,

Ayant à l'esprit que la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et dans la Déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1959, et qu'elle a été reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (en particulier aux articles 23 et 24), dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (en particulier à l'article 10) et dans les statuts et instruments pertinents des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se préoccupent du bien-être de l'enfant,

Ayant à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, «l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance»,

Rappelant les dispositions de la Déclaration 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, de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) et de la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé,

Reconnaissant qu'il y a dans tous les pays du monde des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, et qu'il est nécessaire d'accorder à ces enfants une attention particulière,

Tenant dûment compte de l'importance des traditions et valeurs culturelles de chaque peuple dans la protection et le développement harmonieux de l'enfant,

Reconnaissant l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des enfants dans tous les pays, en particulier dans les pays en développement,

Sont convenus de ce qui suit :

Première partie

Article premier

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.

Article 2

1. Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

3. Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité

et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

Article 4

Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en œuvre les droits reconnus dans la présente Convention. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

Article 5

Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

Article 6

Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.

Les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

Article 7

1. L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.

Les Etats parties veillent à mettre ces droits en œuvre conformément à leur législation nationale et aux obligations que leur imposent les instruments internationaux applicables en la matière, en particulier dans les cas où faute de cela l'enfant se trouverait apatride.

Article 8

1. Les Etats parties s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales, tels qu'ils sont reconnus par la loi, sans ingérence illégale.

2. Si un enfant est illégalement privé des éléments constitutifs de son identité ou de certains d'entre eux, les Etats parties doivent lui accorder une assistance et une protection appropriées, pour que son identité soit rétablie aussi rapidement que possible.

Article 9

1. Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.

2. Dans tous les cas prévus au paragraphe 1 du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.

Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un Etat partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'Etat partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées.

Article 10

1. Conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un Etat partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les Etats parties dans un esprit positif, avec humanité et diligence. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas de conséquences fâcheuses pour les auteurs de la demande et les membres de leur famille.

2. Un enfant dont les parents résident dans des Etats différents a le droit d'entretenir, sauf circonstances exceptionnelles, des relations personnelles et des contacts directs réguliers avec ses deux parents. A cette fin, et conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, les Etats parties respectent le droit qu'ont l'enfant et ses parents de quitter tout pays, y compris le leur, et de revenir dans leur propre pays. Le droit de quitter tout pays ne peut faire l'objet que des restrictions prescrites par la loi qui sont nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et qui sont compatibles avec les autres droits reconnus dans la présente Convention.

Article 11

1. Les Etats parties prennent des mesures pour lutter contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger.

2. A cette fin, les Etats parties favorisent la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux ou l'adhésion aux accords existants.

Article 12

1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

Article 13

1. L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.

2. L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires :

Au respect des droits ou de la réputation d'autrui; ou

A la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.

Article 14

1. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.

2. Les Etats parties respectent le droit et le devoir des parents ou, le cas échéant, des représentants légaux de l'enfant, de guider celui-ci dans l'exercice du droit susmentionné d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.

3. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut être soumise qu'aux seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires pour préserver la sûreté publique, l'ordre public, la santé et la moralité publiques, ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.

Article 15

1. Les Etats parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique.

2. L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires dans une société démocratique, dans l'intérêt de la sécurité nationale, de la sûreté publique ou de l'ordre public, ou pour protéger la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui.

Article 16

1. Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.
2. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Article 17

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. A cette fin, les Etats parties :

Encouragent les médias à diffuser une information et des matériels qui présentent une utilité sociale et culturelle pour l'enfant et répondent à l'esprit de l'article 29;

Encouragent la coopération internationale en vue de produire, d'échanger et de diffuser une information et des matériels de ce type provenant de différentes sources culturelles, nationales et internationales;

Encouragent la production et la diffusion de livres pour enfants;

Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire;

Favorisent l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être, compte tenu des dispositions des articles 13 et 18.

Article 18

1. Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.

2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises.

Article 19

Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.

Article 20

1. Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat.

Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.

Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la «Kafalah » de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

Article 21

Les Etats parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption s'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale en la matière, et :

Veillent à ce que l'adoption d'un enfant ne soit autorisée que par les autorités compétentes, qui vérifient, conformément à la loi et aux procédures applicables et sur la base de tous les renseignements fiables relatifs au cas considéré, que l'adoption peut avoir lieu eu égard à la situation de l'enfant par rapport à ses père et mère, parents et représentants légaux et que, le cas échéant, les personnes intéressées ont donné leur consentement à l'adoption en connaissance de cause, après s'être entourées des avis nécessaires;

Reconnaissent que l'adoption à l'étranger peut être envisagée comme un autre moyen d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, si celui-ci ne peut, dans son pays d'origine, être placé dans une famille nourricière ou adoptive ou être convenablement élevé;

Veillent, en cas d'adoption à l'étranger, à ce que l'enfant ait le bénéfice de garanties et de normes équivalant à celles existant en cas d'adoption nationale;

Prendent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que, en cas d'adoption à l'étranger, le placement de l'enfant ne se traduise pas par un profit matériel indu pour les personnes qui en sont responsables;

Poursuivent les objectifs du présent article en concluant des arrangements ou des accords bilatéraux ou multilatéraux, selon les cas, et s'efforcent dans ce cadre de veiller à ce que les placements d'enfants à l'étranger soient effectués par des autorités ou des organes compétents.

Article 22

1. Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.

2. A cette fin, les Etats parties collaborent, selon qu'ils le jugent nécessaire, à tous les efforts faits par l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales ou non gouvernementales compétentes collaborant avec l'Organisation des Nations Unies pour protéger et aider les enfants qui se trouvent en pareille situation et pour rechercher les père et mère ou autres membres de la famille de tout enfant réfugié en vue d'obtenir les renseignements nécessaires pour le réunir à sa famille. Lorsque ni le père, ni la mère, ni aucun autre membre de la famille ne peut être retrouvé, l'enfant se voit accorder, selon les principes énoncés dans la présente Convention, la même protection que tout autre enfant définitivement ou temporairement privé de son milieu familial pour quelque raison que ce soit.

Article 23

1. Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2. Les Etats parties reconnaissent le droit à des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3. Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 du présent article est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux Etats parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 24

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;

Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Article 26

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

Article 27

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

2. C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.

3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.

4. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant auprès de ses parents ou des autres personnes ayant une responsabilité financière à son égard, que ce soit sur leur territoire ou à l'étranger. En particulier, pour tenir compte des cas où la personne qui a une responsabilité financière à l'égard de l'enfant vit dans un Etat autre que celui de l'enfant, les Etats parties favorisent l'adhésion à des accords internationaux ou la conclusion de tels accords ainsi que l'adoption de tous autres arrangements appropriés.

Article 28

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances :

Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous;

Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des

mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin;

Ils assurent à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés;

Ils rendent ouvertes et accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaires et professionnelles;

Ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain et conformément à la présente Convention.

3. Les Etats parties favorisent et encouragent la coopération internationale dans le domaine de l'éducation, en vue notamment de contribuer à éliminer l'ignorance et l'analphabétisme dans le monde et de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques et techniques et aux méthodes d'enseignement modernes. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 29

1. Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à :

Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités;

Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies;

Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne;

Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone;

Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.

2. Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'Etat aura prescrites.

Article 30

Dans les Etats où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ou des personnes d'origine autochtone, un enfant autochtone ou appartenant à une de ces minorités ne peut être privé du droit d'avoir sa propre vie culturelle, de professer et de pratiquer sa propre religion ou d'employer sa propre langue en commun avec les autres membres de son groupe.

Article 31

1. Les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique.

2. Les Etats parties respectent et favorisent le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique et encouragent l'organisation à son intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité.

Article 32

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

2. Les Etats parties prennent des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives pour assurer l'application du présent article. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des autres instruments internationaux, les Etats parties, en particulier :

Fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi;

Prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi;

Prévoient des peines ou autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective du présent article.

Article 33

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

Article 34

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;

Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;

Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

Article 35

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

Article 36

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien-être.

Article 37

Les Etats parties veillent à ce que :

Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans;

Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;

Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles;

Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

Article 38

1. Les Etats parties s'engagent à respecter et à faire respecter les règles du droit humanitaire international qui leur sont applicables en cas de conflit armé et dont la protection s'étend aux enfants.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans ne participent pas directement aux hostilités.

3. Les Etats parties s'abstiennent d'enrôler dans leurs forces armées toute personne n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans. Lorsqu'ils incorporent des personnes de plus de quinze ans mais de moins de dix-huit ans, les Etats parties s'efforcent d'enrôler en priorité les plus âgées.

4. Conformément à l'obligation qui leur incombe en vertu du droit humanitaire international de protéger la population civile en cas de conflit armé, les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour que les enfants qui sont touchés par un conflit armé bénéficient d'une protection et de soins.

Article 39

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

Article 40

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de

la valeur personnelle, qui renforce son respect pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales d'autrui, et qui tiennent compte de son âge ainsi que de la nécessité de faciliter sa réintégration dans la société et de lui faire assumer un rôle constructif au sein de celle-ci.

2. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des instruments internationaux, les Etats parties veillent en particulier :

A ce qu'aucun enfant ne soit suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale en raison d'actions ou d'omissions qui n'étaient pas interdites par le droit national ou international au moment où elles ont été commises;

A ce que tout enfant suspecté ou accusé d'infraction à la loi pénale ait au moins le droit aux garanties suivantes :

Etre présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie;

Etre informé dans le plus court délai et directement des accusations portées contre lui, ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de ses parents ou représentants légaux, et bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense;

Que sa cause soit entendue sans retard par une autorité ou une instance judiciaire compétentes, indépendantes et impartiales, selon une procédure équitable aux termes de la loi, en présence de son conseil juridique ou autre et, à moins que cela ne soit jugé contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant en raison notamment de son âge ou de sa situation, en présence de ses parents ou représentants légaux;

Ne pas être contraint de témoigner ou de s'avouer coupable; interroger ou faire interroger les témoins à charge, et obtenir la comparution et l'interrogatoire des témoins à décharge dans des conditions d'égalité;

S'il est reconnu avoir enfreint la loi pénale, faire appel de cette décision et de toute mesure arrêtée en conséquence devant une autorité ou une instance judiciaire supérieure compétentes, indépendantes et impartiales, conformément à la loi;

Se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend ou ne parle pas la langue utilisée;

Que sa vie privée soit pleinement respectée à tous les stades de la procédure.

3. Les Etats parties s'efforcent de promouvoir l'adoption de lois, de procédures, la mise en place d'autorités et d'institutions spécialement conçues pour les enfants suspectés, accusés ou convaincus d'infraction à la loi pénale, et en particulier :

D'établir un âge minimum au-dessous duquel les enfants seront présumés n'avoir pas la capacité d'enfreindre la loi pénale;

De prendre des mesures, chaque fois que cela est possible et souhaitable, pour traiter ces enfants sans recourir à la procédure judiciaire, étant cependant entendu que les droits de l'homme et les garanties légales doivent être pleinement respectés.

4. Toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction.

Article 41

Ministère des Affaires étrangères - Mission de l'Adoption Internationale 2003

Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation des droits de l'enfant qui peuvent figurer :

Dans la législation d'un Etat partie; ou

Dans le droit international en vigueur pour cet Etat.

Deuxième partie

Article 42

Les Etats parties s'engagent à faire largement connaître les principes et les dispositions de la présente Convention, par des moyens actifs et appropriés, aux adultes comme aux enfants.

Article 43

1. Aux fins d'examiner les progrès accomplis par les Etats parties dans l'exécution des obligations contractées par eux en vertu de la présente Convention, il est institué un Comité des droits de l'enfant qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.

2. Le Comité se compose de dix experts de haute moralité et possédant une compétence reconnue dans le domaine visé par la présente Convention. Ses membres sont élus par les Etats parties parmi leurs ressortissants et siègent à titre personnel, compte tenu de la nécessité d'assurer une répartition géographique équitable et eu égard aux principaux systèmes juridiques.

3. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de personnes désignées par les Etats parties. Chaque Etat partie peut désigner un candidat parmi ses ressortissants.

4. La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Les élections auront lieu ensuite tous les deux ans. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par écrit les Etats parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les Etats parties qui les ont désignés, et la communiquera aux Etats parties à la présente Convention.

Les élections ont lieu lors des réunions des Etats parties, convoquées par le Secrétaire général au Siège de l'Organisation des Nations Unies. A ces réunions, pour lesquelles le quorum est constitué par les deux tiers des Etats parties, les candidats élus au Comité sont ceux qui obtiennent le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des voix des représentants des Etats parties présents et votants.

Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles si leur candidature est présentée à nouveau. Le mandat de cinq des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans. Les noms de ces cinq membres seront tirés au sort par le président de la réunion immédiatement après la première élection.

En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions au sein du Comité, l'Etat partie qui avait présenté sa candidature nomme un autre expert parmi ses ressortissants pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant, sous réserve de l'approbation du Comité.

Le Comité adopte son règlement intérieur.

Le Comité élit son bureau pour une période de deux ans.

Les réunions du Comité se tiennent normalement au Siège de l'Organisation des Nations Unies, ou en tout autre lieu approprié déterminé par le Comité. Le Comité se réunit normalement chaque année. La durée de ses sessions est déterminée et modifiée, si nécessaire, par une réunion des Etats parties à la présente Convention, sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale.

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les installations qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention.

Les membres du Comité institué en vertu de la présente Convention reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale, des émoluments prélevés sur les ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions et selon les modalités fixées par l'Assemblée générale.

Article 44

1. Les Etats parties s'engagent à soumettre au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées pour donner effet aux droits reconnus dans la présente Convention et sur les progrès réalisés dans la jouissance de ces droits :

Dans les deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de la présente Convention pour les Etats parties intéressés;

Par la suite, tous les cinq ans.

2. Les rapports établis en application du présent article doivent, le cas échéant, indiquer les facteurs et les difficultés empêchant les Etats parties de s'acquitter pleinement des obligations prévues dans la présente Convention. Ils doivent également contenir des renseignements suffisants pour donner au Comité une idée précise de l'application de la Convention dans le pays considéré.

3. Les Etats parties ayant présenté au Comité un rapport initial complet n'ont pas, dans les rapports qu'ils lui présentent ensuite conformément à l'alinéa b du paragraphe 1 du présent article, à répéter les renseignements de base antérieurement communiqués.

4. Le Comité peut demander aux Etats parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la Convention.

Le Comité soumet tous les deux ans à l'Assemblée générale, par l'entremise du Conseil économique et social, un rapport sur ses activités.

Les Etats parties assurent à leurs rapports une large diffusion dans leur propre pays.

Article 45

Pour promouvoir l'application effective de la Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine visé par la Convention :

Les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui relèvent de leur mandat. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et tous autres

organismes qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leurs mandats respectifs. Il peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité;

Le Comité transmet, s'il le juge nécessaire, aux institutions spécialisées, au Fonds des Nations Unies pour l'enfance et aux autres organismes compétents tout rapport des Etats parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques, accompagné, le cas échéant, des observations et suggestions du Comité touchant ladite demande ou indication;

Le Comité peut recommander à l'Assemblée générale de prier le Secrétaire général de procéder pour le Comité à des études sur des questions spécifiques touchant les droits de l'enfant;

Le Comité peut faire des suggestions et des recommandations d'ordre général fondées sur les renseignements reçus en application des articles 44 et 45 de la présente Convention. Ces suggestions et recommandations d'ordre général sont transmises à tout Etat partie intéressé et portées à l'attention de l'Assemblée générale, accompagnées, le cas échéant, des observations des Etats parties.

Troisième partie

Article 46

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les Etats.

Article 47

La présente Convention est sujette à ratification. Les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 48

La présente Convention restera ouverte à l'adhésion de tout Etat. Les instruments d'adhésion seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 49

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra la date du dépôt auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des Etats qui ratifieront la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra le dépôt par cet Etat de son instrument de ratification ou d'adhésion.

Article 50

1. Tout Etat partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique

alors la proposition d'amendement aux Etats parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des Etats parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des Etats parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des Etats parties présents et votants à la conférence est soumis pour approbation à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies.

2. Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies et accepté par une majorité des deux tiers des Etats parties.

3. Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les Etats parties qui l'ont accepté, les autres Etats parties demeurant liés par les dispositions de la présente Convention et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

Article 51

1. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies recevra et communiquera à tous les Etats le texte des réserves qui auront été faites par les Etats au moment de la ratification ou de l'adhésion.

2. Aucune réserve incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention n'est autorisée.

3. Les réserves peuvent être retirées à tout moment par notification adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, lequel en informe tous les Etats parties à la Convention. La notification prend effet à la date à laquelle elle est reçue par le Secrétaire général.

Article 52

Tout Etat partie peut dénoncer la présente Convention par notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle la notification a été reçue par le Secrétaire général.

Article 53

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est désigné comme dépositaire de la présente Convention.

Article 54

L'original de la présente Convention, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

En foi de quoi les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente Convention.

Déclarations et réserve de la République Française

1 - Le Gouvernement de la République déclare que la présente Convention, notamment l'article 6, ne saurait être interprétée comme faisant obstacle à l'application des dispositions de la législation française relative à l'interruption volontaire de grossesse.

2 - Le Gouvernement de la République déclare compte tenu de l'article 2 de la Constitution de la République française, que l'article 30 n'a pas lieu de s'appliquer en ce qui concerne la République

3 - Le Gouvernement de la République Française interprété l'article 40. paragraphe 2,b,v, comme posant un principe général auquel la loi peut apporter des exceptions limitées, Il en est ainsi, notamment. pour, certaines infractions relevant en premier et dernier ressort du tribunal de police ainsi que pour les infractions de nature criminelle. Au demeurant les décisions rendues en dernier ressort peuvent faire l'objet d'un recours devant la Cour de Cassation qui statue sur la légalité de la décision intervenue.

Annexe B

Convention de la Haye



33. CONVENTION SUR LA PROTECTION DES ENFANTS ET LA COOPÉRATION EN MATIÈRE D'ADOPTION INTERNATIONALE¹

(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.

¹ 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), 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 – AUTORITÉS CENTRALES ET ORGANISMES AGRÉÉS

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 induits 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 PROCÉDURALES 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 depositaire 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 depositaire 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 GÉNÉRALES

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 doit 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 depositaire 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 C

Listes des OAA habilitées pour l'adoption internationale

OAA membres de la FFOAA		
Accueil aux Enfants du monde		MADAGASCAR – BURKINA FASO
Accueil et Famille/Toulouse	www.accueillefamille.asso.fr	FRANCE
Accueil et partage	www.aep.asso.fr	ETHIOPIE - HAÏTI
AMADEA	www.amadea.org	MADAGASCAR
Ayuda		GUATEMALA - MEXIQUE
COFA – Bordeaux (Oeuvre des tout-petits)		COLOMBIE
COFA – Brive (Oeuvre de l'adoption)		MADAGASCAR
COFA – Cognac (Adoption et parrainage de la Charente)		BRESIL – HAÏTI - VIETNAM
COFA – Lille (Adoption des tout-petits)		BOLIVIE- BRESIL - HAÏTI
COFA – Lyon (Oeuvre adoptive lyonnaise)		COLOMBIE - HAÏTI
COFA- Marseille (Oeuvre de l'adoption)		INDE – NEPAL- VIETNAM - CHINE
COFA – Montauban (Foyer des tout-petits)		POLOGNE
Diaphanie		COLOMBIE
Edelweiss - Accueil	www.edelweiss-accueil.org	BRESIL – PEROU - CHINE
Emmanuel - France	www.emmanuel-sos-adoption.com	FRANCE
Enfance Avenir	www.enfanceavenir.org	RUSSIE – KAZAKHSTAN – MADAGASCAR - VIETNAM
Enfants de Reine de Miséricorde	www.jadopte.fr	BURKINA FASO - ETHIOPIE
Enfants du Monde - France	www.edmf.org	CHINE – HAÏTI – INDE – MONGOLIE – REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
Enfants Espoir du Monde	www.eedm.fr	INDE
Famille adoptive française	www.afaf.org	CHINE - COLOMBIE
La Cause	www.lacause.org	HAÏTI - MADAGASCAR
Les Enfants avant Tout	http://lesenfantsavanttout.net	ETHIOPIE
Les Enfants de l'Espérance	www.lesenfantsdelesperance.com	INDE - LITUANIE
Orchidée Adoption	www.orchidee-adoption.com	THAÏLANDE
Renaitre	www.adoption-renaitre.fr	CHILI - COLOMBIE

Vivre en famille	www.vivre-en-famille.fr	DJIBOUTI – REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO – REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
OAA membre du Collectif pour l'Adoption Internationale		
Les Amis des Enfants du Monde	www.amisdesenfantsdumonde.org	ETHIOPIE – HAÏTI – PHILIPPINES – CAMBODGE - INDE
Médecins du Monde	www.medecinsdumonde.org	ALBANIE – BRESIL – BULGARIE – CHINE – COLOMBIE – CÔTE D'IVOIRE – PHILIPPINES – HAÏTI – MADAGASCAR – UKRAINE - VIETNAM
Rayon de Soleil de l'Enfant Etranger	http://rayondesoleil.net	CHILI – CHINE – CORÉE DU SUD – HAÏTI - INDE
OAA membres de la Fédération France Adoption		
Agir pour l'Enfant	www.agirpourl'enfant.asso.fr	HAÏTI
Arc en Ciel		BRESIL - COLOMBIE
De Pauline à Anaëlle	www.pauline-anaelle.org	RUSSIE
Lumière des Enfants	http://lumiere-des-enfants.org	BURKINA FASO – HAÏTI – MADAGASCAR – NIGERIA – REPUBLIQUE DU CONGO – TOGO – CÔTE D'IVOIRE
Solidarité Fraternité	http://www.solidarite-fraternite.org	HAÏTI
Autres OAA		
Amis des Enfants – Kasih Bunda - France	http://kasihbunda.fr	SRI-LANKA
Chemin vers l'enfant	http://cheminversl'enfant.free.fr	HAÏTI - BURKINA FASO – AFRIQUE DU SUD – REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO - BURUNDI
Children of the sun		ETHIOPIE
Destinées		VIETNAM
La Providence		VIETNAM - COLOMBIE
Païda		ETHIOPIE - NIGER
Passerelle	http://passerelle.ethiopia.free.fr	ETHIOPIE
Ti-Malice	http://www.timalice-adoption.com	HAÏTI

Annexe D

Liste des COCA existantes en 2013

CONSULTATIONS D'ORIENTATION ET DE CONSEIL EN ADOPTION						
CP	VILLE	LIEU D'EXERCICE	NOM	Prénom	ADRESSE PROFESSIONNELLE	TEL. CONSULTATION
CONSULTATIONS DE PEDIATRIE						
02102	SAINT-QUENTIN	Consultation de Pédiatrie, CH de Saint-Quentin	Dr VUE DROY	Luce	avenue Michel de l'Hospital	consultation 03 23 06 73 82
06200	ANTIBES	Consultations de pédiatrie-CAMSP, Centre Hospitalier	Dr RABASSE	Nathalie	Centre Hospitalier d'Antibes Juan Les Pins, RN7	04 97 24 76 93
13385	MARSEILLE	Unité de médecine infantile, hôpital d'enfants CHU la Timone	Dr BOSDURE PORTAS	Emmanuelle Michèle	264 rue St Pierre	RV 04 91 38 42 95/67 20 (psychologue, infirmière)
13008	MARSEILLE	Hôpital Saint-Joseph	Dr FRANCOIS	Patrick	26 bd de Louvain	RV 04 91 80 67 30
21079	DIJON CEDEX	Hôpital d'Enfants, CHU du Bocage à Dijon	Dr DE MONLEON	Jean-Vital	10 bd Maréchal Delattre de Tassigny	03 80 29 33 59
29200	BREST	Consultation de pédiatrie, CHU Morvan	Dr MUNCK	Marie-Reine	Avenue Foch	02 98 22 33 89 sect 02 98 22 36 59
31059	TOULOUSE	Consultation de pédiatrie, Hôpital des enfants	Dr MAS	Emmanuel	330 avenue de Grande-Bretagne	CS jeudi a-midi 05 34 55 85 62 (pédopsychiatres, psychologue)
31059	TOULOUSE	Consultation de pédiatrie, Hôpital des enfants	Dr DONNARS	Florence	330 avenue de Grande-Bretagne	
33076	BORDEAUX	Hôpital des enfants du CHU (RDC), Bordeaux	Dr RUNEL-BELLIARD	Camille), Place Amélie Raba Léon	Vendredi tous les 15 jours avec psychologue RV 05 57 82 12 20
33076	BORDEAUX	Hôpital des enfants du CHU (RDC), Bordeaux	Dr MOREAU-GAUDRY	Isabelle), Place Amélie Raba Léon	Vendredi tous les 15 jours avec psychologue RV 05 57 82 12 21
35203	RENNES CEDEX	Pôle de pédiatrie médico-chirurgicale et de génétique clinique, Hôpital Sud	Pr ROUSSEY	Michel	16 bd de Bulgarie	RV 02 99 26 71 14
35203	RENNES CEDEX	Pôle de pédiatrie médico-chirurgicale et de génétique clinique, Hôpital Sud	Dr SCHWARTZ	Isabelle	16 bd de Bulgarie	RV 02 99 26 71 14
37000	TOURS	Consultations externes, Service du Pr Maurage R, CHU Clocheville	Pr MAURAGE	Chantal	49 boulevard Béranger	RV 02 47 47 47 65
37000	TOURS	Consultations externes, Service du Pr Maurage R, CHU Clocheville	Dr MAAKAROUN	Zoha	49 boulevard Béranger	RV 02 47 47 47 65
38700	LA TRONCHE	Consultation pédiatrique, Hôpital couple enfant, CHU Grenoble	Dr BOST-BRU	Cécile	Av. du Maquis du Grésivaudan	CS le vendredi RV 04 76 76 87 88
44093	NANTES CEDEX 1	Service de pédiatrie, Hôpital mère enfant, CHU de Nantes	Dr PICHEROT	Georges	7 Quai Moncouso	sect Mme Ritouret : 02 40 08 44 54
44093	NANTES CEDEX 1	Service de pédiatrie, Hôpital mère enfant, CHU de Nantes	Dr HAZART	Isabelle	7 Quai Moncouso	sect Mme Ritouret : 02 40 08 44 54/34 80
49933	ANGERS CEDEX 9	Service de pédiatrie CHU Angers	Dr DARVIOT	Estelle	4 rue Larrey	RV 02 41 35 34 72
51100	REIMS	Polyclinique de l'American Memorial hospital, CHU de Reims	Dr BRUNEL	Delphine	47 rue Cognac Jay	CS 1er mardi a-midi du mois RV 03 26 78 72 45

54500	VANDOEUVRE LES NANCY	Service de médecine infantile 1, Hôpital d'Enfants, CHU Brabois	Dr	BORSA-DORION	Anne	Allée du Morvan	CS le jeudi matin 03 83 15 47 48
59037	LILLE	CHRU de Lille	Dr	DUBOS	François	Avenue E. Avinée	CS le mardi a-midi 03 20 44 46 67
59020	LILLE	Hôpital St Vincent de Paul GHICL (Métro Porte de Valenciennes)	Dr M	MOUKAGNI	Marie	bd de Belfort, BP 387	CS le jeudi matin RV 03 20 87 76 13
63058	CLERMONT-FERRAND	Consultation de pédiatrie, Hôtel Dieu	Dr	POIRIER	Véronique	CHU Estaing, 1 Place Lucie Aubrac	CS le vendredi RV 0473750000 (Secrétariat consultations pédiatrie) Tel Dr Poirier 0473750616 (si CS fermée ou avis)
64046	PAU UNIVERSITE CEDEX	Service de pédiatrie, CH Hauterive	Dr	CHOULOT	Jean-Jacques	4, bd Hauterive BP 1156	CS le lundi tte la journée 05 59 92 47 82
69500	BRON	Consultation adoption, pédiatrie générale Hôpital Femme Mère Enfant (HFME), Groupement hospitalier Est, Hospices Civils de Lyon (HCL)	Dr	LIBERAS	Sylviane	59, boulevard Pinel	04 27 85 56 44 (Entretiens psychologiques : Brigitte MORAND)
69000	LYON	Pédiatre, service de parasitologie, Hôpital de la Croix Rousse CHU Lyon	Dr	PEYRON	François	103 gde rue de la Croix Rousse	04 72 07 18 69
75012	PARIS	Consultation de pédiatrie, Service du Pr Grimprel, Hôpital d'Enfants Armand-Trousseau	Dr	QUINET	Béatrice	28, av Dr Arnold Netter	secrétariat 01 44 73 64 88
75015	PARIS	Service de pédiatrie générale, bâtiment Robert Debré niveau - 1 et RDC, Hôpital Necker-Enfants-Malades	Dr	SORGE	Frédéric	149 rue de Sèvres	CS vendredi tte la journée 01 44 49 57 43 / 44 / 45
78157	VERSAILLES	Service de pédiatrie du Dr Foucaud, CH André Mignot 78150 Le Chesnay	Dr	DE TRUCHIS	Anne	177 rue de Versailles	01 39 63 90 98/91 33 (CS avec psychologue)
80201	PERONNE	Consultation de pédiatrie de la Maternité, CH de Péronne	Dr	VUE DROY	Luce	Place du Jeu de Paume BP 79	03 22 83 61 13/ 62 71
83407	HYERES CEDEX	Service de pédiatrie, CH Hyères	Dr	COMBE	Jean-Charles	Avenue du Maréchal Juin	RV 04 94 00 24 71
CONSULTATION DE PARASITOLOGIE							
35033	RENNES CEDEX	Laboratoire de parasitologie, CHU Pontchaillou, Rennes	Pr	GUIGUEN	Claude	2 rue Henri Le Guilloux	jeudi matin 02 99 28 43 21 parasitologie
49933	ANGERS CEDEX 9	Laboratoire de parasitologie-mycologie CHU Angers	Dr	DE GENTILE	Ludovic	4 rue Larrey	RV 02 41 35 34 72
63058	CLERMONT-FERRAND	Consultation de pédiatrie, Hôtel Dieu	Dr	LESENS	Olivier	Boulevard Leon Malfreyt	Infectiologie 04 73 75 00 00
69000	LYON	Service de parasitologie, Hôpital de la Croix Rousse CHU Lyon	Pr	PEYRON	François	103 gde rue de la Croix Rousse	RV 04 72 07 18 69
CONSULTATION DE PEDOPSYCHIATRIE							
44093	NANTES CEDEX 1	Service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie, SISMLA	Dr	GORANS	Daniel	85 rue St Jacques	secre SHIP : 02 40 84 69 13
54500	VANDOEUVRE LES NANCY	Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital d'Enfants, CHU Brabois	Dr	BODY LAWSON	Festus	5 rue du Morvan	03 83 15 45 53/48 50

Annexe E

Formulaire

FORMULAIRE THESE ADOPTION

Concernant l'enfant :

- **Pays d'origine :** Afrique Asie Europe Amérique du Nord Amérique du Sud
.....
- **Âge d'abandon :** Nouveau-né (<1M) Nourrisson (1M-1A) Petit enfant (1A-6A)
 Grand enfant (6A-12A) Adolescent (12A-18A)
.....
- **Âge d'arrivée en France :** Nouveau-né Nourrisson Petit enfant Grand enfant
 Adolescent
- **Sexe :** Garçon Fille
- **Scolarité :**
 - Scolarité antérieure : Oui Non
 - Niveau de scolarité en France : Maternelle Primaire Secondaire
- **Croissance :**
 - A l'arrivée : Taille : Poids : PC :
 - 1ère consultation : Taille : Poids : PC :
 - Retard dans les acquisitions : Psychomotrices Langage.....
- **Problème de santé :**
 - Signalé avant l'adoption : Oui Non
 - **Problème médical :**
 - Parasitose cutanée Parasitose digestive Cardiopathie
 - Hépatite B Hépatite C Puberté précoce
 - Syphilis Problème pulmonaire Atteinte neurologique
 - Hypotrophie staturo-pondérale Déficit en G6PD
 - Drépanocytose Thalassémie Anémie
 - **Problème psychologique :**
 - Troubles du comportement Troubles du sommeil : à l'arrivée > 3mois
 - Agressivité
 - **Vaccinations :**
 - Réalisées dans le pays d'origine : Oui Non
 - BCG DTPolio Coqueluche Haemophilus Influenzae
 - ROR Hépatite B Méningocoque C Pneumocoque
 - Réalisées en France : Oui Non
 - BCG DTPolio Coqueluche Haemophilus Influenzae
 - ROR Hépatite B Méningocoque C Pneumocoque
 - **Atcd particulier :**
 - **Dépistage réalisé à l'arrivée en France :**
 - **Biologique :** Dépistage néonatal VIH Sérologie hépatite A, B, C
 - NFS-plaquettes Fonction rénale Hémostase

- TGO/TGP
- Syphilis
- IDR à la tuberculine
- Vitamine D
- Hémoglobinopathies
- Consultations : Cardiologie
- ORL
- Ophtalmo
- Dentiste
- Radios : RP
- Age osseux
- Echo
- Scanner
- Autres : Coprocultures
- Parasitologie des selles
- BU

- Difficultés rencontrées après l'adoption :

- Connait-il son histoire ? Oui Non

- Est-il retourné dans son pays d'origine ? Oui Non

- Lien maintenu avec sa famille d'origine ? Oui Non

Concernant la famille adoptive :

- **Âge des parents :** 20-30A 30-40A 40-50A

- **Profession :**

- **Situation maritale :** Célibataire En couple Marié

- **Nombre d'enfants, âge :**

- **Lieu d'habitation :** Ville Campagne

- **Histoire de l'adoption :**

- **Motivations :** Stérilité Risque génétique Célibat Adoption "humanitaire"

- **Délais :** <1A 1-2A 2-5A >5A

- **Type d'adoption :** Simple Plénière

- **Modalités :** Individuelle AFA OAA

Concernant la famille d'origine :

- **Âge des parents :** 15-20A 20-30A 30-40A 40-50A

- **Profession :**

- **Situation maritale :** Célibataire En couple Marié

- **Nombre d'enfants, âge :**

- **Cause de l'abandon :**

- **Motivations :** Inconnue Economique Sociale Orphelins
 Retrait par les autorités

- **Placement :** Orphelinat Vie dans la rue Accueil familial

- **Lieu d'habitation :** Ville Campagne
 Bidonville Rue Maison

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'évolution actuelle de l'adoption internationale en faveur d'enfants à besoins spécifiques impose une prise en charge adaptée et spécialisée. Bien qu'elles n'aient pas de reconnaissance officielle, les Consultations d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA) se multiplient sur le territoire français et s'imposent comme lieu de référence des pathologies spécifiques de l'adoption.

Notre étude rétrospective a été établie à partir des dossiers de 138 enfants pris en charge à la COCA de l'hôpital d'enfants de Nancy entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2010.

Originaires de 19 pays différents et âgés en moyenne de 2 ans 8 mois, 75,4% des enfants consultent pour un bilan d'arrivée. Sur l'ensemble des consultations réalisées, nous avons retrouvé un problème médical (anémie, hypotrophie staturo-pondérale, parasitoses, maladies infectieuses) chez 72,5% d'entre eux et un problème psychologique (troubles du sommeil, du comportement) chez plus d'un tiers des enfants. Nous avons pu observer des différences selon le pays d'origine et l'âge d'abandon de l'enfant. Bien que deux tiers des enfants adoptés aient bénéficié de vaccinations dans leur pays d'origine, un rattrapage vaccinal a également été réalisé chez 86,6% des enfants.

Le recours aux COCA et l'harmonisation de la prise en charge médicale des enfants adoptés à l'international permettent de ne pas méconnaître certaines pathologies spécifiques et semble indispensable du fait de l'évolution de l'adoption en faveur d'enfants à besoins spécifiques.

TITRE EN ANGLAIS

Activity evaluation of the *Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA)* of the Nancy children's hospital over 3 years (2008-2010)

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2014

MOTS CLÉS :

COCA, consultation adoption, adoption internationale, enfant, état de santé, vaccination, famille adoptive

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex