



HAL
open science

La construction de la parentalité chez les personnes adoptant des enfants à besoins spécifiques à l'international

Anna Hoareau

► **To cite this version:**

Anna Hoareau. La construction de la parentalité chez les personnes adoptant des enfants à besoins spécifiques à l'international. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02086125

HAL Id: dumas-02086125

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02086125v1>

Submitted on 1 Apr 2019

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.



**La construction de la parentalité chez les personnes adoptant des
enfants à besoins spécifiques à l'international**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 22 Octobre 2018

Par Madame Anna HOAREAU

Née le 10 octobre 1989 à Saint-Denis (LA REUNION)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	Président
Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) ZATTARA-CANNONI Hélène	Assesseur
Madame le Docteur KROUCH Tiphaine	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 18/07/2017

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	<p>AGOSTINI Serge ALDIGHERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOURGEADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMOND Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy</p> <p>CHAMLIAN Albert CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian DALMAS Henri DE MICO Philippe DELARQUE Alain DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOUR Michel DUMON Henri FARNARIER Georges FAVRE Roger FIECHI Marius</p>	MM	<p>FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Roger GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRISOLI François GROULIER Pierre HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUIN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie MAGALON Guy MAGNAN Jacques MALLAN- MANCINI Josette MALMEJAC Claude MATTEI Jean François MERCIER Claude METGE Paul MICHOTÉY Georges MILLET Yves MIRANDA François MONFORT Gérard MONGES André MONGIN Maurice MONTIES Jean-Raoul NAZARIAN Serge NICOLI René NOIRCLERC Michel OLMER Michel OREHEK Jean PAPY Jean-Jacques PAULIN Raymond PELOUX Yves PENAUD Antony</p>
----	---	----	---

30/11/2017

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

30/11/2017

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987 M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988 MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989 M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

30/11/2017

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

30/11/2017

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

30/11/2017

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

30/11/2017

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYE Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHIEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAIBERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	OLIVE Daniel

30/11/2017

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

30/11/2017

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

<i>ACHARD Vincent (disponibilité)</i>	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
<i>ATLAN Catherine (disponibilité)</i>	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
<i>DEVEZE Arnaud Disponibilité</i>	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

30/11/2017

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)
BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

30/11/2017

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPJANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Viad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUY'S Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGUYEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

30/11/2017

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5307

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanie (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphanie (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

30/11/2017

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOCOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIJS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) *Surnombre*
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

30/11/2017

« Nos idées est ce qu'elles sont jamais les nôtres autrement que par adoption ? »

-Alexandra David-Néel

REMERCIEMENTS

A Monsieur le **Pr Poinso** François, président de mon jury. Vous m'avez toujours reçu avec calme, bienveillance, et respect alors même que je n'avais jamais eu l'occasion de travailler avec vous. Merci aussi de me faire confiance pour la suite.

A ma directrice de thèse le **Dr Krouch** Tiphaine. Pendant près de 2ans j'ai pu te voir exercer avec discrétion, passion, volonté et pertinence. Merci pour ta confiance et ton accompagnement.

A Monsieur le **Pr Naudin** Jean. Merci d'avoir accepté de siéger ce jour, et merci d'avoir fait germer cette graine dans mon esprit.

A Madame le **Dr Zattara** Hélène. Merci de me faire l'honneur de faire partie des membres de mon jury de thèse. Je vous exprime toute ma gratitude. Grâce à vous je sais désormais que je ne suis pas la seule à aimer la génétique et la psychiatrie.

A **Madame Lecamus** Sandrine. Oui tu mérites d'être sur la page des membres du jury. Sans toi cette thèse ne serait sans doute pas celle-ci. Un immense merci !

A **Ma mère**. La femme la plus fantasque, courageuse et libre que je connaisse. Merci d'être autant une magnifique inspiration qu'un soutien indéfectible. Je t'aime.

A **Mon père**. Avec toutes ces cartes postales reçues en première année et les corrections de mes nombreuses versions, comment ne pas se sentir soutenue ? Merci d'être toujours là à ta manière. Ton intelligence, ton ambition et ta bienveillance ont toujours guidé mes pas. Je t'aime.

A **Mathilde**, ma grande sœur, c'est avec toi que je partage mon souvenir d'enfance le plus heureux, quand nous mangions du riz cru dans le jardin de mamie. Merci de faire partie de ma vie et d'être toujours ma plus grande fan. Je t'aime.

A **Aria**, ma filleule, tu ne le sais pas mais ta mère et ton père m'ont envoyé une photo de toi chaque jour, m'apportant ma dose de sourire et de joie quotidienne. Cette thèse est aussi la tienne, petite boule d'amour. Je t'aime.

A **Marguerite**, ma grand-mère. Je sais que tu aurais tellement voulu me voir avec un stéthoscope ! Mais tu n'as rien raté, je n'en utiliserai pas, je suis psychiatre ! Je sais que tu es fière ta petite fille de là où tu es. Je t'aime.

A **Carmèle** ma grand-mère, une femme créole forte, qui a su allier famille et travail.

A **Raoul et Michel**, mes deux grands pères.

Aux **Galindo**, parce que vous êtes des membres essentiels de ma famille.

A **Catherine**. Nous savons toutes les deux, que sans toi, je n'en serais pas là aujourd'hui. Tu es un exemple détermination, et ton cœur est immense. J'ai tellement de chance d'y avoir une place depuis si longtemps !

A **Marine**. Merci pour ta foi, elle est inspirante et me soutient au quotidien. Merci d'être si différente de moi et de me ressembler autant !

A **Agnès**. Parce que je t'admire, parce que tu fais de moi une meilleure version de moi même.

A **Cécile et Matthieu**. Merci de m'avoir fait comprendre qu'il faut embrasser nos imperfections car elle nous rappellent que nous sommes humains, et c'est cette humanité qui permet le bonheur. Merci d'être vous !

A **Damien**. Mon acolyte de tous les instants. Merci d'avoir été sur le devant de la scène pour détourner les regards de ma folie qui se jouait en coulisse. Et merci de toujours partager cette folie.

A **Gabriel et Caroline**. Le couple goal. Le yin et le yang. Vous êtes un peu comme le saucisson et la bière. Indissociables, réconfortants, et avec qui on partage de sacrés soirées et souvenirs.

A **Julien**, merci d'avoir été un peu mon deuxième directeur de thèse, et surtout merci pour ton accueil inconditionnel ! A **Vanessa**, merci de ne pas te faire de souci pour moi. Vraiment.

A **Yan, Audrey et Victoria**. Que d'années, d'expériences, et de voyages partagés ! Toute une tranche de vie ! Merci !

A **Victoria**, tu es inspirante, forte, secrète, brillante et en plus tu sais faire des sushis ! A **Manon**, qui possède folie, sensibilité et gentillesse et qui mixe le tout dans un extracteur à jus décoré par une licorne, A **Laura, Claire et Leo**, Merci pour ces soirées filles qui me font encore sourire. Je chérie ces souvenirs...

A **Victoire**, merci pour ton partage... A **Catherine** et **Madeleine** deux perles.

A **François-Marie** et **Laurie**, les « grands », les drôles, les indissociables.

A **Valérie**, **Sandrine** et **Nicolas**, trois psychiatres bien différents avec qui j'ai eu la chance de travailler. Chacun de vous est inspirant et j'espère vous faire honneur quand j'exercerai.

Au **Dr François**, qui a accepté de me laisser assister à ses consultations.

A **tous les parents** qui ont accepté de faire partie de cette étude.

A tous ceux que je n'ai pas pu citer et qui ne m'en voudront pas ...

Et à tous ceux que je n'ai pas pu citer et qui m'en voudront ...

Table des matières

I/INTRODUCTION	25
II/ ETAT DE LA QUESTION:	27
A) ADOPTION INTERNATIONALE EN FRANCE :	27
B) LES BESOINS SPECIFIQUES :	30
1) <i>Enfants à pathologie</i>	30
2) <i>Enfants grands</i>	32
3) <i>Enfants adoptés en fratrie</i>	37
C) LA PARENTALITE :	39
III/ ETUDE :	44
A) PROBLEMATIQUES ET HYPOTHESES:	44
B) MATERIEL ET METHODE:.....	45
1) <i>Critères d'inclusion</i> :	45
2) <i>Recrutement</i> :	45
3) <i>Outil méthodologique</i> :	47
C) RESULTATS :.....	50
1) <i>Caractéristiques de la population répondante</i>	50
2) <i>Résultats SF36</i>	51
3) <i>Résultats du BDI (Beck depression inventory)</i>	58
4) <i>Résultats du questionnaire semi-dirigé</i>	60
D) DISCUSSION :.....	70
1) <i>Synthèse</i>	70
2) <i>Limites de l'étude</i>	72
3) <i>Perspectives</i>	74
IV/ ILLUSTRATIONS CLINIQUES	75
1) <i>Famille G</i>	75
2) <i>Famille F</i>	78
3) <i>Famille H</i>	83
V/CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	97
SERMENT D'HIPPOCRATE	133
RESUME ET MOTS CLES	134

Liste des abréviations

AFA : Agence française de l'adoption

BDI : Beck depression inventory

COCA : consultation d'orientation et de conseil à l'adoption

CH : centre hospitalier

EBS : enfant à besoin spécifique

OAA : organisme autorisé à l'adoption

SAF : syndrome d'alcoolisation fœtale

SF-36 : medical outcome study short form

VIH : virus d'immunodéficience humaine

Liste des annexes

<u>Annexe 1</u> : Questionnaire EBS de l'agence Française de l'adoption	p. 97
<u>Annexe 2</u> : Convention de La Haye : Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale	p.101
<u>Annexe 3</u> : Fiche explicative, consentement et questionnaire distribués aux parents.....	p. 111
<u>Annexe 4</u> : Rapport statistique de l'adoption internationale en France en 2017	p.125

Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à la population générale	p.51
<u>Tableau 2</u> : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à l'âge.....	p.53
<u>Tableau 3</u> : Caractéristiques de la population étudiée selon si mère ou père...p.	54
<u>Tableau 4</u> : Caractéristiques de la population étudiée par rapport au statut conjugal.....	p.55
<u>Tableau 5</u> : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à une adoption d'un enfant présentant une pathologie	p.56
<u>Tableau 6</u> : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à une adoption d'un enfant grand	p.56
<u>Tableau 7</u> : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à une adoption en fratrie	p.57

I/INTRODUCTION

Le nombre d'adoptions internationales en France est en diminution constante depuis plusieurs années. Ses chiffres rejoignent actuellement ceux de l'adoption nationale, qui, jusqu'alors, était largement minoritaire. Cette diminution est probablement imputable au fait qu'un nombre croissant de pays ratifient la convention de La Haye dont un des principe fondamental est de trouver une famille dans le pays de naissance afin d'éviter l'acculturation de l'enfant, considérée comme un élément de difficulté supplémentaire dans son parcours adoptif. Par delà cette évolution quantitative de cette modalité d'adoption, nous assistons à une véritable mutation interne avec l'apparition de termes administratifs relativement nouveaux, tel celui d' enfants à besoins spécifiques recouvrant une grande diversité clinique.

Loin d'être anecdotiques, les problématiques que soulève la filiation adoptive seront rencontrées par tous les psychiatres ou pédopsychiatres au cours de leur carrière. Celles-ci pourront être soulevées lors de la prise en charge d'un enfant, d'un adolescent, ou même d'un jeune adulte ayant été adopté, mais également lors de la rencontre avec des parents adoptifs. Elles ne constitueront pas toujours le principal motif de consultation, mais leur mention dans l'anamnèse ne sera jamais anodine. La plupart des psychiatres adultes reconnaissent volontiers ne pas être formés aux spécificités adoptives. Les pédopsychiatres, rencontrant d'avantages de familles ayant adopté pourraient estimer du fait de leur savoir expérientiel ou théorique, être suffisamment familiarisés avec les enjeux de cette filiation. Cependant, la nouveauté que constitue la part majoritaire des enfants à besoins spécifiques en matière d'adoption internationale ne vient-elle pas ébranler ces connaissances ? Ce que l'on savait avant peut-il toujours s'appliquer ?

Un grand nombre de publications étudient l'adoption et ses évolutions du point de vue de l'enfant, mais la littérature est relativement pauvre quand il s'agit de l'envisager du côté des parents.

La parentalité adoptive est particulière dans le sens où elle ne regroupe que deux des trois axes de filiation (1), le juridique et l' affectif, laissant de côté le biologique. Fort heureusement ce lien biologique n'est ni nécessaire ni suffisant. Être parent

s'apprend (2), sans doute encore plus s'agissant d'un enfant à besoin spécifique. Se pose alors la question de savoir si la parentalité dans le cadre de l'adoption d'un tel enfant diffère de celle issue d'une parentalité adoptive classique. Cette notion de particularités induit-elle nécessairement chez les parents la mise en place de processus particuliers dans la construction, l'expérience et la pratique de cette parentalité ?

Pour tenter de répondre à cette interrogation, nous aborderons dans un premier temps le contexte actuel de l'adoption en tentant de préciser les notions de besoin spécifique et de parentalité adoptive en la matière, avant de présenter les modalités et les résultats de l'étude que nous avons menée.

II/ ETAT DE LA QUESTION:

A) Adoption internationale en France :

Le visage de l'adoption est en pleine mutation. La ratification et l'entrée en vigueur des principes de la convention de La Haye (1998) dans les pays pourvoyeurs d'adoption ont irrémédiablement modifié ce mode filiation. L'adoption internationale autrefois majoritaire dans notre pays (3271 enfants adoptés en 2008) (3) dans notre pays est à ce jour à égalité avec l'adoption nationale (685 enfants adoptés en 2017) (4).

La convention de La Haye (5), texte fondamental en la matière, énonce quatre principes régissant l'adoption internationale :

- L'intérêt supérieur de l'enfant
- Le principe de subsidiarité
- Le passage obligé par des organismes agréés
- L'interdiction des profits indus

Parmi ces directives, deux sont principalement à l'origine de ce changement de paradigme : le principe de subsidiarité et le passage obligatoire par des organismes agréés.

L'apparition des organismes autorisés pour l'adoption (OAA) et de l'agence française de l'adoption (AFA) a drastiquement fait fondre le nombre d'adoptions individuelles. Celles-ci autrefois très fréquentes sont devenues anecdotiques.

La subsidiarité se définit dans ce contexte comme le fait qu'un enfant ne peut être proposé à l'adoption internationale que si aucune solution adéquate ne peut être trouvée pour lui au niveau dans son pays d'origine. Ainsi s'introduit la notion de besoin spécifique.

Un enfant pour lequel aucune solution nationale ne peut être trouvée, est mis sur « liste 2 » dans son pays d'origine. Autrement dit, celui-ci présente une « particularité » ou encore, un « besoin spécifique ». Nous utiliserons ici indifféremment ces deux termes synonymes qui renvoient soit à l'état de santé de l'enfant soit à des caractéristiques personnelles, particulièrement son âge (plus de 5ans) ou le fait d'être adopté en fratrie. Ces enfants sont appelés « à besoins

spécifiques » (EBS)

Afin de mieux comprendre l'importance de cette notion, prenons l'exemple des trois pays plus gros pourvoyeurs d'adoption en 2017 (4):

- ⇒ Au Vietnam, sur 92 enfants adoptés, 90% d'entre eux présentaient une pathologie déclarée avant l'adoption, 2% étaient adoptés en fratries, 4% avaient plus de 5ans (considérés comme enfant grands et donc EBS) et 9% ne présentaient pas de besoins spécifiques.
- ⇒ En Colombie, sur 85 adoptions 64% avaient plus de 5ans (enfants grands). 52% étaient adoptés en fratrie, 9% présentaient une pathologie, et 11% ne présentaient pas de particularité.
- ⇒ En Haïti, sur 70 adoptions 44% avaient plus de 5ans, 26% étaient adoptés en fratrie, et 4% présentaient une pathologie, 46% ne présentaient pas de besoins spécifiques. Il est important de noter que ce dernier pourcentage est le plus élevé des dix pays plus gros pourvoyeurs d'adoption en 2017.

Dans ces trois pays, il est notable que la large majorité des enfants adoptés présentent une particularité. Le chiffre le plus marquant étant les 90% de pathologies préexistantes à l'adoption chez les enfants adoptés au Vietnam en 2017. Les différentes particularités des adoptions sont présentes de manière hétérogène selon les différents pays d'origine qui ont connu des histoires différentes.

Les enjeux pour la parentalité et la filiation que représentent les besoins spécifiques sont très variés et différent selon les situations. Ils seront explicités et analysés ultérieurement.

Le principe d'intérêt supérieur de l'enfant est central dans la convention de La Haye. C'est probablement le plus évident et celui qui mobilise le plus spontanément et favorablement l'opinion publique. Cependant sa mise en œuvre n'est pas toujours aussi simple et fait l'objet de nombreuses réflexions éthiques.

Finalement, le dernier principe de la convention de La Haye, l'interdiction des profits indus apparait à la fois un prérequis et une conséquence logique des autres grands axes de ce texte. L'existence d'un marché monétisé de l'adoption constituerait une évidente porte ouverte à la traite ou au vol d'enfants. L'ouverture

de centres autorisés pour l'adoption, sans possibilité de transaction financière, réduit les risques de trafic d'enfant, et renforce les autres principes, notamment celui de l'intérêt supérieur de l'enfant.

B) Les Besoins spécifiques :

1) Enfants présentant une pathologie

Lors de la procédure d'agrément, le conseil départemental demande aux parents d'assister à une consultation menée par un médecin pédiatre exerçant dans une COCA (consultations d'orientation et de conseil à l'adoption). Nous avons pu assister à plusieurs de ces échanges et il paraît utile de retracer ici le déroulé de cette consultation, qui constitue le point central de la procédure d'agrément, telle que nous l'avons observée. Précisons cependant que nous ne pouvons décrire ici, que les pratiques d'un seul centre COCA et il est très probable que celles-ci divergent selon les départements.

Le médecin reçoit les adoptants en groupe, cette démarche crée une dynamique intéressante, qui favorise l'émergence de questionnements que les parents adoptifs n'auraient pas abordé seuls. De plus, ces futurs adoptants ne sont pas tous au même stade de la procédure et des échanges d'expériences sont ainsi rendus possibles.

Ce dialogue entre futurs parents adoptants et professionnel de santé est l'occasion de réaliser un catalogue des pathologies les plus fréquemment présentées par les enfants adoptés à l'international. Pour cela le pédiatre utilise comme support un des questionnaires EBS. Ceux-ci diffèrent selon les pays mais nous nous inspirerons ici de celui distribué par l'AFA (agence française de l'adoption) (Annexe 1) qui intègre ceux de nombreux pays.

Ainsi sont expliqués aux parents les différents types de pathologies physiques.

- La prématurité et ses conséquences prévisibles et non prévisibles.
- Le syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF)
- Les cardiopathies : simples ou complexes
- Les pathologies infectieuses notamment le VIH, les hépatites B et C
- Les pathologies hématologiques : Thalassémies mineures et majeures, Drépanocytoses, autres Anémies.
- Les problématiques ORL (oto-rhino-laryngologiques) avec les fréquentes fentes labiales et labio-palatines uni ou bilatérales.
- Les problématiques orthopédiques : pieds bots, amputation ou agénésie de membres.
- Les handicaps sensoriels.

Dans ce questionnaire, il existe une partie intitulée « aspects psychologiques » où l'on retrouve le contexte familial, le vécu de l'enfant et le « retentissement » possible de l'histoire de l'enfant sur sa vie. Les énoncés sont clairs : « enfants issu d'un viol, d'un inceste » « précarité » « abus sexuels ». Cependant, ils nous renseignent plus sur les parents et leurs capacités de résilience face à ces traumatismes (6) que sur la réalité de l'enfant. Les conséquences des différents traumatismes ne sont pas prédictibles et il n'existe pas de causalité linéaire. Si les réponses apportées aux parents sur les pathologies physiques peuvent être claires, celles sur les conséquences de l'histoire de l'enfant restent de l'ordre de la probabilité. De plus, un pédiatre seul est peu à même de répondre à ces questions. C'est pourquoi l'intervention en binôme avec un professionnel psychiatre ou psychologue formé aux questions de l'adoption, prend ici tout son sens(7).

Une seconde consultation, suite à l'apparement est possible si les adoptants en expriment le besoin. Il s'agit alors à partir du dossier médical de l'enfant d'informer au mieux les futurs parents sur les conséquences éventuelles de la pathologie de l'enfant, les ressources nécessaires à ses soins et de leur indiquer si la pathologie présentée par l'enfant est curable ou non.

L'enjeu est bien ici d'informer complètement les candidats à l'adoption et de les préparer au mieux s'ils décident d'accueillir un tel enfant. Il n'est évidemment pas question de forcer le consentement des parents. Dans la très grande majorité des cas, l'adoption n'est pas une cause humanitaire. Il ne s'agit pas de sauver un enfant mais d'en être le parent. (8) Connaître et reconnaître ses limites est un facteur essentiel de réussite dans l'adoption(9). Cette consultation peut y contribuer.

2) Enfants grands

Nous essaierons ici de comprendre en quoi l'adoption d'un enfant grand entre dans le cadre d'une adoption d'enfant à besoin spécifique. En d'autres termes, pourquoi l'âge de l'enfant constitue par lui-même une particularité ?

Un enfant est considéré comme grand dans le cadre de l'adoption internationale quand il atteint l'âge cinq ans.

Si nous voulions être par trop synthétiques, nous pourrions simplement ramener cela à l'histoire que l'enfant a vécue avant son adoption. Plus celle-ci est longue et traumatique plus il sera difficile pour l'enfant d'investir une famille adoptive. Ce raisonnement, bien que relevant de l'évidence collective reste simpliste et ne recouvre pas toute la complexité de la chose.

L'essor de la psychiatrie périnatale nous a permis de comprendre, que le lien entre histoire et temps n'est pas linéaire, que la quantité d'histoire n'est pas directement proportionnelle à l'âge du sujet, et que les bébés ont d'emblée une aptitude à la narrativité, même si celle-ci reste préverbale.

Pourquoi adopter un nourrisson de trois mois serait-il différent d'adopter un enfant de cinq ans ? Comment cela peut-il être rendu possible (10) ?

Pour mieux l'envisager, il faut se pencher sur les compétences du nourrisson et sur l'importance des liens précoces.

Rappelons trois problématiques de la psychiatrie du bébé qui nous permettront de mieux cerner la question (11) : les compétences interactives précoces du bébé, l'accordage affectif et la dynamique trans-générationnelle.

⇒ Compétences interactives précoces du bébé :

Le bébé n'est plus vu comme passif, mais comme un être doué de certaines aptitudes notamment interactives. Il est socialement compétent.

Parmi ces compétences citons :

- **la régulation des états de vigilance** : par vigilance il est entendu le degré de disponibilité de l'enfant aux stimuli de l'environnement (12). Ce système de filtrage est nommé depuis Freud « système de pare excitation ». Celui-ci est placé en partie sous le contrôle de l'adulte qui doit trouver le juste milieu afin d'éviter les carences mais également la sur-stimulation.

L'enfant contrôle l'autre partie de ce système, il est capable de diminuer peu à peu

son intérêt devant des stimuli répétitifs. La maîtrise de cette pare-excitation est nécessaire à l'efficacité de ses autres compétences(13)

-Compétences interactives (11) : On distingue cinq niveaux d'interactions : biologiques, comportementales, affectives (ou émotionnelles), fantasmatiques, et symboliques.

Les biologiques sont principalement des échanges chimiques foeto-maternels.

Les comportementales peuvent être pré ou post natales. Il s'agit d'échanges physiques c'est à dire sans échange de molécule chimique(14).

Les interactions affectives apparaissent dès le deuxième semestre de la vie et permettent à la mère et au bébé de se mettre en phase sur le plan de affects. Il s'agit de l'accordage affectif décrit par Stern (15).

Les interactions fantasmatiques correspondent à la capacité du monde interne de l'un à influencer sur le monde interne de l'autre. Etant donné l'asymétrie qu'il existe entre l'organisation de la psyché de la mère et celle de l'enfant, le terme d'interaction peut cependant être questionné à ce niveau.

-Compétences sensitivo-sensorielles : dont le développement commence dans la vie utérine. Il est important que le bébé possède déjà une perception transmodale, c'est à dire qu'il soit capable de transférer des informations perçues par un canal sensoriel dans un autre canal.

-Compétences motrices

-Compétences sociales : on entend ici les capacités d'imitation et de synchronisation interactive.

-Compétences mnésiques : essentiellement une mémoire motrice très contextualisée, mais également une mémoire de reconnaissance.

-Compétences cognitives : elles découlent des précédentes. Le bébé prend plaisir à ses apprentissages, et prend conscience qu'il peut influencer sur son environnement.

Tout ceci montre que le bébé ne vit pas dans un espace clos ; il perçoit une série de signaux externes et est donc apte à communiquer avec son entourage.

⇒ Accordage affectif

L'adulte dispensateur de soins (caregiver) possède également des compétences relationnelles, la principale étant l'accordage affectif (15), également appelé

harmonisation des affects. Cet accordage affectif consiste en une mise en phase des affects de la mère et de l'enfant. Bien évidemment, il existe le même processus chez le père mais celui-ci a fait l'objet de moins d'études à l'heure actuelle.

Bien qu'il existe des éléments précurseurs dès le premier semestre, cette capacité se développe réellement avec les capacités d'intersubjectivité de l'enfant à partir du deuxième semestre de vie. Il peut être uni ou transmodal, immédiat ou différé. Dès le huitième mois, il s'inscrit dans une véritable réciprocité.

La capacité de l'adulte à s'accorder affectivement dépend de deux choses : la part personnelle de l'enfant, c'est à dire de ce que le bébé induit lui-même dans la relation et du type de personnalité de l'adulte et de sa propre histoire infantile précoce.

⇒ La dynamique trans-générationnelle

Il s'agit ici de comprendre comment et par quel biais le monde représentationnel d'une génération peut influencer le monde représentationnel des générations en aval.

On peut citer à ce sujet le travail du négatif d'André Green (16) qui explore les transmissions d'inconscient à inconscient (phénomènes de non dit, secrets familiaux). Ces travaux décrivent les choses mais ne les expliquent pas véritablement.

Les travaux de J. Bowlby sur la théorie de l'attachement (17) soulignent que ce qui serait hérité par l'enfant dans le cadre des interactions précoces (la première année de vie notamment) correspondrait à différents schémas d'attachement. Ceux ci sont fondés sur des « modèles internes opérants » édifiés au contact des « figures d'attachement principales ».

Quatre types d'attachements ont été décrits par M. Ainsworth (18) :

sécure, insécure : angoissé-ambivalent ou évitant, auxquelles a été ajouté par la suite le type désorganisé.

Il ne seront pas décrit en détail ici, cependant il est important de relever qu'il existe une forte corrélation entre la représentation que se fait l'adulte de son mode d'attachement précoce et celui que présente son enfant (19). Ainsi, une mère pensant avoir eu un attachement précoce de type sécure aura plus de chance de créer une relation avec son bébé qui le mènera à un attachement de type sécure.

Les choses ne sont pas entièrement figées, le type d'attachement peut varier, et ce d'autant plus facilement qu'une intervention thérapeutique est précoce.

Des travaux d'ordre plus psychanalytique tentent d'observer comment les représentations et les fantasmes parentaux peuvent imprégner les interactions entre parents et enfants. Fraiberg (20) avec son « fantôme dans la chambre d'enfant » insiste sur les différents enfants qui existent dans la tête des parents : l'enfant fantasmatique, l'enfant imaginaire, l'enfant narcissique et l'enfant mythique. Ces enfants, par le biais d'un maillage complexe, vont participer au développement du self de l'enfant.

B. Cramer et F. Palacio-Espasa (21) évoquent le rôle des projections parentales sur l'enfant. Leurs travaux montrent que l'on peut retrouver des traces des projections parentales précoces dans l'organisation du psychisme de l'enfant bien des années plus tard.

Malgré l'existence de nombreuses pistes et modèles explicatifs, la transmission trans-générationnelle reste complexe et très partiellement appréhendée.

A la lumière de ces rappels théoriques, il est possible de considérer que les liens précoces et les relations qui s'en suivent sont issus du système d'interactions précoces qui s'instaure entre le bébé et l'adulte qui en prend soin.

S'agissant de l'adoption d'un enfant grand, la question qui se pose est de savoir si un enfant ayant déjà accédé au registre des liens et des relations différenciées est capable de transférer ce système de lien sur d'autres adultes de manière assez stable pour que s'établisse sa nouvelle filiation.

Ce transfert apparaît possible à certaines conditions.

Il est important que ceux qui ont pris soin de l'enfant lors des interactions précoces aient pu être suffisamment bons, pour développer un système relationnel opérant, mais également suffisamment professionnels, pour avoir laissé une place ouverte aux adultes qui prétendront au titre de parents. Ce transfert peut être travaillé, notamment grâce à la parole puisque l'enfant grand a accès à la communication verbale, par les adultes prenant en charge cet enfant. Cette préparation est forcément facilitatrice et limite les risques de séparation brutale et traumatique. Cependant, elle induit la création dans la psyché de l'enfant de parents imaginaires, parents fantasmés, dont il peut être difficile de faire le deuil après la

rencontre avec les parents adoptifs réels. Par ailleurs, contrairement aux adoptions de nourrissons, ces enfants déjà grands ont d'emblée conscience qu'il manque l'axe biologique à leur filiation(22) même si pour J.Guyotat les axes affectif et juridique suffisent à établir une filiation.

Il est également primordial que les parents ne soient pas parasités par les premières figures d'attachement de l'enfant ni sidérés par les débuts de l'histoire de celui-ci, qui peut être parfois choquante vue de l'extérieur(6). Il ne faut pas oublier que cette histoire est toujours reconstruite et incomplète. Il incombe aux parents d'accepter cette part d'inconnu comme étant l'histoire de leur enfant et de construire avec lui les nouvelles bases de la famille. Il leur faudra dépasser la culpabilité d'avoir arraché un enfant grand à son environnement.

Adopter un enfant grand, ce n'est pas seulement adopter un enfant avec une histoire plus longue que celle d'un nourrisson. C'est accueillir un sujet ayant instauré des interactions et des relations précoces de plus ou moins bonne qualité en fonction des soins qui lui ont été prodigués.

Comme nous avons pu le voir précédemment, ces interactions jouent un rôle important dans le développement de l'enfant.

Un travail parental est en outre requis afin d'être prêt à recevoir le transfert du système de liens de l'enfant.

Pour toutes ces raisons, être adopté à un âge avancé constitue bien un besoin spécifique.

3) Enfants adoptés en fratrie

En 2017 en Colombie 52% des adoptions internationale françaises concernaient des fratries. En Haïti pour la même année elles représentaient 26%(4) des adoptions. Ces deux nations faisant partie du trio de tête des pays pourvoyeurs d'adoption en France, cette particularité est loin d'être anecdotique.

Nous essaierons ici d'en appréhender les enjeux, et de déterminer les spécificités d'une adoption en fratrie.

Le plus souvent, un enfant ayant été élevé au sein d'une fratrie n'est pas proposé à l'adoption de façon individuelle. Il faut trouver une famille qui accepte et soit capable d'accueillir l'ensemble de la fratrie. Celle-ci peut être constituée de deux enfants mais est parfois beaucoup plus large.

Ce type d'adoption présente des points positifs indéniables. Il évite aux enfants un nouveau traumatisme de séparation et ne réactive pas le sentiment d'abandon. Par ailleurs, dans le cas d'une fratrie préexistante la présence de frère ou de sœur peut être un élément de stabilité rassurant.

De nombreuses difficultés peuvent cependant apparaître.

Le rôle très « parentalisé » souvent joué par l'aîné peut entrer en conflit avec l'autorité parentale adoptive. Une sorte de conflit de loyauté peut apparaître chez les cadets. La destitution de ce rôle de substitut parental est la plupart du temps difficile à accepter par l'aîné.

Les enfants ont souvent des niveaux de maturité différents. Il arrive fréquemment que l'enfant le plus âgé ait plus de cinq ans et présente de ce fait déjà un besoin spécifique. Etre adopté en fratrie n'exclut pas la présence potentielle d'autres particularités. Cet aspect cumulatif peut être difficile à gérer par les parents qui ont nécessairement moins de disponibilité matérielle que lors de l'adoption d'un seul enfant.

La persistance de l'utilisation de la langue maternelle entre frères et sœurs peut être vécue comme rassurante mais peut également retarder l'acquisition de la nouvelle langue, entretenir la nostalgie du pays d'origine, voire être utilisée pour « faire bloc » contre la nouvelle famille.

La question du coût de l'accueil de plusieurs enfants en même temps mérite en outre d'être signalée.

Par ailleurs, on retrouve souvent des cas de fratries « artificielles ». Il s'agit d'enfants ayant des liens biologiques mais n'ayant jamais réellement vécu ensemble. Ce cas de figure est très présent lors des placements en orphelinat notamment en Amérique du Sud. Ainsi chaque enfant doit adopter de nouveaux parents mais également de nouveaux frères et sœurs qui certes, partagent leur génétique, mais pas leur histoire.

C) La Parentalité :

Plusieurs définitions, envisagées des points de vue anthropologiques, sociologiques et psychanalytiques (23) de la parentalité se sont succédées au cours du siècle dernier. Nous allons ici en rappeler quelques-unes parmi les plus marquantes et retracer l'évolution de ce concept afin de mieux l'appréhender. Cette démarche permettra de tendre vers une analyse plus complète des différents processus de construction de la parentalité, que nous tenterons d'explorer dans le cadre d'une parentalité adoptive.

En 1930 l'anthropologue anglophone Bronislaw Malinowski introduisit l'idée de « parenthood » de parentalité par le biais des fonctions tenues par les parents par rapport à leurs enfants. Ces fonctions sont au nombre de cinq (24) :

- La procréation
- Le nourrissage
- L'éducation
- L'attribution d'identité
- L'accès au statut d'adulte.

A la suite des travaux de Bronislaw Malinowski, d'autres approches fonctionnelles ont été développées, notamment celle d'Agnès Fine (25) qui insiste sur la diversité des montages sociaux mettant en relations ces différentes fonctions. Pour cette auteure la parentalité ne se résume pas aux seules interactions parents-enfants. Maurice Godelier (26) y a rajouté deux autres fonctions : -le droit pour certains parents d'exercer certaines formes d'autorités et – l'interdiction pour certains parents d'avoir des relations sexuelles avec certaines catégories d'enfants. Ainsi, il s'est éloigné d'une conception qui ne regrouperait que les aspects relationnels (parents-enfants) de la parentalité. Les fonctions de parentalité deviennent les fonctions de parentés, avec des règles sociales et comportementales mais surtout juridiques. Une des limites de son modèle apparaît cependant lorsqu'il existe manifestement des situations où des individus se trouvent en « position de parents » sans pour autant avoir de rapport juridique de parenté. Ceci est de plus en plus fréquent dans la société actuelle marquée par la fréquence des familles recomposées et la figure des beaux-parents.

L'approche anthropologique a pour grand mérite de mettre en exergue les limites

et les articulations possibles entre parenté et parentalité.

En 1959 avec Thérèse Benedek (27) et son « parenthood as a developmental phase » l'aspect psychanalytique est mis en avant. Pour cette auteure la parentalité est décrite comme un processus de construction des positions parentales à travers la vie fantasmatique et la réactivation d'investissements archaïques pour chacun des deux parents. Ces investissements ayant lieu à un stade où le vécu fantasmatique de la grossesse est très similaire pour les deux sexes. Cette approche est novatrice dans le sens où elle relativise l'importance donnée dans notre culture à la différence biologique des sexes comme régissant les positions parentales.

En France c'est le pédopsychiatre psychanalyste Paul-Claude Racamier (28) qui s'est réapproprié le concept en 1961. Il est le premier d'une longue lignée de psychanalystes à évoquer, travailler et affiner cette notion.

Parmi ces travaux, nous citerons ceux de S. Stoléro et S. Lebovici (29) qui distinguent les pratiques parentales et leur vécu subjectif. Ils comparent et complètent les concepts de maternalité et de maternité. La maternité est présentée comme la survenue dans une réalité externe des préparatifs à la conception, naissance ... d'un enfant. La maternalité quant à elle est la réalité interne, le fonctionnement psychique en rapport avec ces événements. C'est l'élaboration d'une position parentale interne au sujet, qui continuerait d'évoluer tout au long de l'accompagnement aux différentes étapes de la vie de l'enfant.

Martine Lamour et Marthe Baracco (30) ont tenté d'élargir cette notion en y instillant des aspects plus concrets. La parentalité est l'ensemble des « réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents c'est à dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers) ; la vie affective ; la vie psychique. C'est un processus maturatif. » (30) Bien que cette vision reste fonctionnaliste et insiste sur les processus de transformation psychiques, elle introduit une part « biologisante » par le biais de l'idée des « besoins » .

Jacques Dayan (31) y a ajouté une vision synchronique. La parentalité est pour lui un processus mais également un état. Un processus qui mène à l'état d'être parents. Laetitia Solis-Ponton (32) a insisté sur le fait que la parentalité par son suffixe « ité » signifie bien une étude de connaissances et non uniquement un

simple « phénomène naturel ». Elle a décrit une construction de catégories mentales qui ont trait aux différentes cultures. Cette auteure travaille en particulier l'ébauche de l'articulation entre les visions cliniques et sociologiques de ce concept.

Après avoir fait un rapide tour d'horizon des approches anthropologiques et psychanalytiques, il apparaît nécessaire de se pencher sur la vision sociologique du concept de parentalité.

Les profondes transformations de notre société ont forcément eu un impact sur la notion de famille. L'intérêt des sociologues s'est manifesté en particulier à la suite des travaux sur les mutations familiales, notamment le rapport de la Cnaf (caisse nationale des allocations familiales) de 1985(33) sur les familles monoparentales. Nadine Lefaucheur (34) a beaucoup travaillé sur la notion de monoparentalité et son caractère féministe. En effet, ce terme qui permet de s'affranchir de la stigmatisation des mères isolées, non pas parce qu'elles sont veuves mais à la suite d'une séparation par exemple. La monoparentalité ouvre la voie à la beauparentalité, l'homoparentalité, la grand-parentalité. Ces situations très représentées aujourd'hui, signent la rupture avec le modèle conjugal de la parentalité qui jusqu' alors constituait un paradigme inattaquable.

Irène Théry (35) explore la « desinstitution » de l' alliance qu' elle qualifie de « démariage ». Ainsi elle souligne le fait que les trois dimensions de la filiation : le biologique, le domestique et le généalogique, ont longtemps été perçues comme indissolubles à cause de la vision sociologique centrée sur le mariage. Une des rares exceptions à cette règle était l'adoption. La dimension généalogique était alors fortement assurée, notamment lors d'adoption plénière avec le changement de patronyme de l'enfant.

Ainsi sont mises en lumière des situations où le fait d'occuper une position parentale, et d'investir ainsi une parentalité psychique ne va pas de pair avec une parentalité sociale. Il n' y a pas de reconnaissance sociale ou socio-juridique de cette position parentale. C'est un des thème de travail des politiques publiques et des études ont été commandées à ce sujet, notamment celle de Théry et Leroyer « Filiation origines et parentalité » (36). La question du « vrai parent » reste centrale dans cette évolution. Est-ce celui à l'origine de la conception biologique, celui qui a donné son nom, ou bien celui qui élève l'enfant ?

La force et l'originalité des approches sociologiques de la parentalité, résident dans leur capacité à actualiser et contextualiser une notion jusqu' alors étudiée et conçue d'un point de vue intemporel et individuel.

Cette notion de parentalité ayant été remise au gout du jour, elle a pu commencer à intéresser grandement les pouvoirs publics. Les évolutions familiales, amènent avec elles leur lot d'interrogations dont la principale porte sur la capacité de ces nouveaux parents à assumer leur rôle et à faire face à leurs obligations(37). Le mythe de la « démission parentale » à l'origine de nombreux maux de la société, est apparu. Des parents démissionnaires donneraient des enfants sans codes culturels, des enfants « sauvages ». La parentalité devient alors un enjeu d'ordre public (38). Bien évidemment, le tableau est volontairement noirci dans ces propos, afin de légitimer les interventions des services publics en la matière, or, en réalité des études (39) ont montré que la responsabilité parentale était très relative dans le parcours de délinquance d'un jeune.

C'est dans ce contexte de télescopage entre politiques publiques et approches différentes mais complémentaires qu'est intervenu en 1999 le rapport de Didier Houzel (40) portant sur les axes de la parentalité. Ce rapport a été rédigé par un comité composé de psychiatres, psychologues, psychanalystes, juristes, pédiatres, et professionnels de la petite enfance. Le résultat a pour titre « les enjeux de la parentalité » et propose une approche intégrative de celle-ci. Ce rapport dégage trois axes à la parentalité : l'expérience, l'exercice et la pratique.

- L'expérience de la parentalité : il s'agit de la dimension subjective, avec le ressenti, l'affectif et l'imaginaire. On y retrouve deux aspects : le désir d'enfant et la parentification, c'est à dire le processus de transition vers la parentalité. On peut identifier dans cet axe les processus psychiques précédemment évoqués :

- L'exercice de la parentalité : il s'agit de l'aspect juridique. Ce sont les droits et les devoirs qui sont attachés aux fonctions parentales. Il constituerait le niveau symbolique.

- La pratique de la parentalité : elle comprend les tâches effectives, les actes concrets de la vie quotidienne, les interactions affectives avec l'enfant, l'éducation et la socialisation.

Cette approche généraliste présente les qualités de ses défauts. C'est à dire qu'elle évoque tout mais n'est complètement opérationnelle dans aucun domaine. Cependant, elle permet à tous de parler le même langage et c'est pourquoi nous l'avons adoptée lors de la rédaction de cette thèse.

III/ Etude :

A) Problématiques et hypothèses:

La littérature nationale et internationale afférente à la parentalité adoptive est fournie. Cependant, ces réflexions souvent antérieures à la notion de besoin spécifique ne s'interrogent pas ou peu sur l'impact de cette « étiquette » sur la construction de cette parentalité particulière.

L'adoption d'un enfant à particularité constitue-t-elle la même démarche que celle que l'on a pu connaître par le passé, avant la convention de La Haye, quand l'état de santé de l'enfant n'était pas au centre des critères d'adoptabilité ?

Nous essaierons donc d'explicitier les différents processus de parentalité mis en œuvre lors d'une adoption d'enfant à besoin spécifique et d'identifier l'impact d'une telle parentalité sur la vie des parents.

Notre étude tentera par ailleurs de repérer une éventuelle corrélation entre le type de besoin spécifique et le vécu adoptif ainsi que sa répercussion sur la qualité de vie.

On retrouve souvent dans les articles internationaux (41) traitant des parents adoptifs, le constat que les familles sont accompagnées et préparées de façon insatisfaisante. Les conditions d'accompagnement de ces familles sont elles optimales et encore adaptées à l'heure actuelle ? Cette question porte sur les dispositifs nationaux mais également sur leur mise en place dans le département des Bouches du Rhône.

B) Matériel et méthode:

1) Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion étaient :

- parents seuls ou en couple ayant adopté de façon plénière un ou plusieurs enfants à l'international, c'est à dire en dehors du territoire français, qu'il soit hexagonal ou bien d'outre mer.
- les enfants adoptés devaient être sur liste 2 dans le pays d'origine et donc présenter au moins un besoin spécifique, qu'il s'agisse indifféremment d'une pathologie physique ou mentale, d'un âge avancé ou d'une adoption de fratrie.
- Nous n'avons pas établi de limite de temps maximum écoulé depuis l'adoption

Les critères de non inclusion étaient :

- parents refusant de répondre au questionnaire
- Parents en cours d'agrément

2) Recrutement :

Le recrutement a eu lieu par trois canaux :

- lors des consultations de pédopsychiatrie centrées sur les problématiques liées à l'adoption menée par le Dr Krouch et Mme Lecamus (psychologue clinicienne) au sein du CH Valvert à Marseille
- lors des consultations pédiatriques de COCA (consultations d'orientation et de conseil à l'adoption) au sein de l'hôpital Saint Joseph à Marseille.
- Par le biais de la mailing-list de l'association Enfance France adoption (EFA 13)

La population recrutée s'avère panachée entre une population clinique recrutée lors des consultations de pédopsychiatrie et une population classique dite non clinique recrutée par la mailing list de l'association. On ne considère pas la

population des consultations de pédiatrie comme clinique puisqu' il s'agit avant tout de consultations obligatoires en COCA.

L'association EFA 13 est la branche des bouches du Rhône d' « Enfance Famille Adoption » regroupement national de 92 associations départementales de familles répondant à la loi 1901. Ceci représente près de 9000 familles. EFA est reconnue d'utilité publique depuis 1984, affiliée à l'Union nationale des associations familiales (UNAF). Leur aide a permis de distribuer le questionnaire à 290 familles des bouches du Rhône.

La consultation de pédiatrie de l'hôpital Saint Joseph est une consultation de COCA, soit un mélange de visites de pré adoption et de consultations dites d'arrivée. Cette consultation est menée par un pédiatre qui peut adresser en pédopsychiatrie certaines familles si cela lui semble nécessaire. Le plus souvent, il adresse ces enfants à la consultation spécialisée du centre hospitalier Valvert.

La consultation dédiée à l'adoption du centre hospitalier Valvert est menée par le Dr Krouch, pédopsychiatre et Mme Lecamus Psychologue clinicienne. L'auteur de la thèse a pu assister aux sessions et parfois mener des entretiens sur une période de deux ans. Il s'agit d'une consultation familiale s'appuyant sur des bases systémiques, psychanalytiques et transculturelles. Elle cherche à comprendre et à expliquer les processus de parentalité et de filiation dans l'adoption nationale ou internationale.

Une lettre d'information concernant cette étude a été fournie aux parents, ainsi qu'un formulaire de consentement lors d'une consultation, puis, s'ils ont accepté de participer à ce projet, le questionnaire leur a été remis.

3) Outil méthodologique :

Cette étude allie une approche qualitative avec un questionnaire semi-dirigé qui a été élaboré avec la participation du Dr Krouch (Pédopsychiatre au centre hospitalier Valvert) et du Pr Poinso (Chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital sainte marguerite). Ce questionnaire à réponse libre est composé de 22 questions ayant pour but d'investiguer l'exercice, l'expérience et la pratique de la parentalité.

Dans ce questionnaire l'« exercice » est entendu au sens juridique. La parentalité transcende le simple individu. Elle instaure des liens de parenté en y associant des droits et des devoirs.

L'« expérience » désigne l'expérience subjective consciente ou non du fait de devenir parent, mais aussi de remplir les rôles parentaux. On y retrouve deux aspects : le désir d'enfant et la parentification, c'est à dire le processus de transition vers la parentalité.

La « pratique » correspond aux tâches quotidiennes que les parents ont à remplir pour leurs enfants. Elles comprennent des soins physiques et psychiques.

Avec ce questionnaire, ont été distribuées deux échelles validées :

- L'inventaire abrégé de dépression de Beck.
- Le questionnaire SF 36.

Ces deux axes ont été choisis afin d'explorer de façon objective l'impact de l'adoption sur le psychisme, notamment au niveau thymique, et sur la qualité de vie des parents adoptants des enfants à besoin spécifique.

⇒ Le questionnaire abrégé de Beck ou BDI (Beck depression inventory) :

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive. Il est demandé au sujet de répondre à 13 questions en entourant la proposition qui lui semble correspondre le mieux à son état. Chaque item est constitué de quatre phrases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante du symptôme. La

note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. Plus la note est élevée, plus la symptomatologie dépressive est marquée.

Le score varie de 0 à 39 points :

De 0 à 4 : pas de dépression, variations d'humeur normales

De 4 à 7 : dépression légère

De 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : dépression sévère

Il s'agit d'une mesure subjective des cognitions dépressive au cours des trois dernières semaines. Elle ne fait pas le diagnostic. Le BDI est souvent complété par l'échelle d' Hamilton ou la MADRS (Montgomery-Åsberg depression rating scale)

L'inventaire abrégé de dépression de Beck est un des questionnaires les plus utilisés, mais il est certain qu'un entretien clinique et d'autres outils pourraient apporter des données plus précises quant à l'état dépressif du patient.

Cette échelle a été choisie ici pour sa simplicité et sa brièveté dans le souci de ne pas décourager le répondant.

⇒ Questionnaire SF 36

La SF-36 a été développée par Ware et Sherbourne en 1992 à partir du Medical Outcome Study (MOS), questionnaire comprenant 149 items et élaboré pour évaluer la manière dont le système de santé américain affecte l'issue des soins. La SF-36, ou MOS SF-36, est une échelle multidimensionnelle, générique, c'est-à-dire qui évalue l'état de santé indépendamment du sexe, de la pathologie causale, du traitement, et de l'âge. Cette échelle peut être administrée en hétéro- ou en auto-questionnaire. Le temps nécessaire pour y répondre n'est que de 5 à 10 minutes. Ses 36 items évaluent 8 dimensions: le fonctionnement physique (PF) ; limitations dues à l'état physique (RP) ; douleurs physiques (BP) ; santé physique globale perçue (GH) ces 4 premiers items nous donnent un score physique. S' y ajoutent : la vitalité (VT) ; le

fonctionnement social (SF) ; limitations dues à l'état psychique (RE) ; et la santé psychique globale (MH). Ces 4 items donnent un score psychique. Il existe également, une dimension particulière, celle de l'évaluation de la santé perçue, comparée à celle d'un an auparavant. Le questionnaire d'état de santé SF-36 est validé en français, ainsi que dans plusieurs autres langues. Il aboutit à un score générique pour l'évaluation de la qualité de vie.

Nous l'utiliserons ici afin de comparer les scores de nos répondants à ceux de la population générale dite population « normale »

A chaque dimension est associé un score compris entre 0 (qualité nulle) et 100 (qualité maximale), de même que pour les scores résumés physiques (PCS) et psychiques (MCS). Le mode de calcul est basé sur une addition de points donnés selon les réponses aux questions concernées, suivi d'un algorithme de calcul. On dispose actuellement d'une importante base de données SF-36 pour diverses populations (générale, par sexe, par âge, par maladie, ...) à titre de référence, permettant ainsi des analyses comparatives

C) Résultats :

1) Caractéristiques de la population répondante

Nous avons obtenu 21 réponses complètes.

Voici le détail des caractéristiques présentées par cette population de répondants :

Sexe : 75% de mères, 25% de pères

Statut marital : 83,33% de couple mariés 16,67 % de célibataires et 0% de séparés depuis l'adoption.

Besoins spécifiques : 33,3% d'enfants grands, 16,7% d'enfants adoptés en fratrie et 50% d'enfants présentant une pathologie (un seul enfant avait une reconnaissance MDPH effective). A noter que si un enfant présentait plusieurs besoins spécifiques il ne rentrait que dans une seule des catégories, celle mise en avant par le questionnaire parental.

17 répondants n'avaient des enfants qu'issus de l'adoption

2 répondants avaient des enfants d'une précédente union

1 répondant avait un enfant biologique avant l'adoption

1 répondant a eu un enfant biologique après l'adoption

2) Résultats SF36

Nous avons comparé les médianes des différents domaines aux médianes de la population générale. En effet étant donné la taille de l'échantillon et la distribution non normale des scores de certains domaines, nous avons dû utiliser un test non paramétrique des rangs signés de Wilcoxon pour un échantillon pour chaque domaine. Les p-valeurs significatives (en gras) indiquent une médiane de la population étudiée significativement différente au seuil de risque de 5% de la médiane dans la population générale. Cf Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à la population générale

Domaine	Population étudiée				Population générale				p-val
	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	
PF	93,33	95,0	95,00	95,00	84.45	80,00	95,00	100,00	0,850
RP	77,78	75,0	75,00	100,00	81.21	75,00	100,00	100,00	0,054
BP	79,44	77,5	100,00	100,00	73.39	52,00	74,00	100,00	0,546
GH	69,88	58,3	75,00	79,10	69.13	57,00	72,00	82,00	0,906
VT	45,69	41,25	45,00	50,00	59.96	50,00	60,00	75,00	0,029
SF	63,89	50,0	62,50	87,50	81.55	62,50	87,50	100,00	0,034
RE	77,77	66,67	100,00	100,00	82.13	66,70	100,00	100,00	0,181
MH	62,89	60,0	64,00	72,00	68.87	60,00	72,00	80,00	0,036

Ainsi, les quatre items significativement différents de la population générale sont :

- La restriction physique (RP)
- La vitalité (VT)
- Le fonctionnement social (SF)
- La santé psychique globale (MH)

Un seul item du fonctionnement physique (RP) est différent de la population générale. Il s'agit de la restriction physique, la médiane de la population étudiée est de 75,00, alors que celle retrouvée dans la population générale est de 100. Plus le score est élevé, moins l'aspect de la vie exploré est altéré(42). Les personnes ayant répondu au questionnaire présentent une restriction physique plus importante que celle de la population générale.

Le reste des items du domaine physique à savoir le fonctionnement physique (PF) la douleur physique (BP) et la santé physique perçue (GH) ne sont pas significativement différents de ceux de la population générale.

Il n'est pas possible d'affirmer un lien de causalité, cependant on peut émettre l'hypothèse que l'adoption d'un enfant à besoin spécifique n'impacte pas ou peu les domaines physiques explorés par l'échelle SF 36, à l'exception de la restriction physique qui est plus altérée.

Trois des quatre items explorant le domaine psychique sont significativement différents de la population générale :

- La vitalité : médiane dans notre population à 45 contre 60 dans la population générale.
- Le fonctionnement social : médiane dans notre population à 62,50 contre 87,50 dans la population générale
- La santé psychique globale : médiane dans notre population à 64 contre 72 dans la population générale.

La vitalité, le fonctionnement social et la santé psychique globale sont significativement plus altérés chez les personnes adoptant des enfants à besoins spécifiques que dans la population générale.

Encore une fois, les analyses statistiques effectuées ne permettent pas d'établir de lien de causalité objectif. L'impact de cet évènement reste de l'ordre de la théorie. Cependant, dans le cadre de ce travail il apparaît difficile de nier le rôle que joue ce type d'adoption sur la vie des personnes.

Dans un second temps, nous avons procédé à une analyse de comparaison des distributions de sous-groupes en utilisant un test de Mann Whitney pour échantillons indépendants. Les p-valeurs en gras indiquent une différence significative au seuil de risque de 5%.

Nous nous sommes d'abord intéressé à l'âge des sujets :

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à l'âge

Domaine	<= 40 ans				> 40 ans				p-val
	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	
PF	91,25	90,00	95,00	96,25	95,00	95,00	95,00	95,00	0,238
RP	62,50	43,75	62,50	81,25	90,00	75,00	100,00	100,00	0,135
BP	73,13	63,13	90,00	100,00	84,50	77,50	100,00	100,00	0,484
GH	65,62	51,05	66,63	81,20	73,30	66,60	75,00	79,10	0,341
Total phy	73,10	69,15	80,21	84,16	85,68	79,70	87,50	90,40	0,278
VT	34,06	30,00	38,13	42,19	55,00	50,00	50,00	60,00	0,016
SF	62,50	53,13	68,75	78,13	65,00	50,00	50,00	87,50	0,595
RE	75,00	75,00	100,00	100,00	79,99	66,67	100,00	100,00	0,595
MH	58,25	51,75	56,50	63,00	66,60	64,00	65,00	72,00	0,119
Total psy	48,00	72,00	62,89	8,59	34,50	74,37	62,56	13,29	0,143

La comparaison des scores en fonction de l'âge des répondants on note que le seul item significativement différent est la Vitalité (VT). De façon surprenante la médiane des personnes d'un âge inférieur ou égal à 40 ans est à 38,13 ce qui est plus bas que celle des personnes de plus de 40 ans qui est à 50. (p= 0,016). Ce résultat est surprenant car de façon spontanée on aurait pu penser que l'âge moins avancé préserverait essentiellement cet aspect reflétant l'énergie des personnes. Peut-être existe-t-il des éléments péjorant les réponses des répondants de moins de 40 ans. Nous savons par exemple que la dépression peut diminuer les scores, cependant cette diminution est en général plus globale et ne porte pas uniquement sur la vitalité.

Il est important de noter que, même si un item du domaine psychique est affecté, il n'existe pas de différence significative du total psychique entre les personnes d'un âge inférieur ou égal à 40ans et celui des plus de 40 ans interrogés lors de cette étude.

Continuons avec un comparatif en fonction du sexe des répondants :

Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée selon si mère ou père

Domaine	Mère				Père				p-val
	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	
PF	92,86	95,00	95,00	95,00	95,00	92,50	95,00	97,50	0,361
RP	78,57	75,00	75,00	100,00	75,00	62,50	75,00	87,50	0,611
BP	76,43	61,25	100,00	100,00	90,00	85,00	90,00	95,00	0,444
GH	64,85	56,23	66,60	77,05	87,50	87,50	87,50	87,50	0,027
Total phy	78,16	78,08	81,04	88,95	86,87	83,12	86,87	90,62	0,333
VT	45,71	40,00	45,00	55,00	45,63	43,44	45,63	47,81	0,639
SF	66,07	50,00	75,00	87,50	56,25	53,13	56,25	59,38	0,778
RE	71,42	49,99	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,083
MH	61,78	53,75	68,50	73,80	58,50	55,75	58,50	61,25	0,833
Total psy	61,78	53,75	68,50	73,80	65,29	64,94	65,29	65,65	0,667

La médiane de la santé physique globale perçue (GH) chez les mères est de 66,60 contre 87,50 chez les pères. Il s'agit de la seule valeur significativement différente entre les deux groupes. Il est important de noter que ceci n'impacte le score global physique qui reste comparable.

Il s'agit bien d'une perception de la santé et non d'une évaluation objective ou professionnelle.

On peut dire qu'à l'exception de la santé physique globale perçue, les qualités de vie des mères et des pères adoptants sont superposables.

Comparatif en fonction de la situation conjugale :

Tableau 4 : Caractéristiques de la population étudiée par rapport au statut conjugal

Domaine	En couple				Seul				p-val
	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	
PF	93,75	95,00	96,25	93,13	95,00	95,00	95,00	95,00	1,000
RP	68,75	75,00	100,00	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,222
BP	79,38	100,00	100,00	83,75	45,00	45,00	45,00	45,00	0,889
GH	57,27	70,80	81,20	68,73	79,10	79,10	79,10	79,10	0,333
Total									
phy	78,64	84,27	91,18	80,14	79,70	79,70	79,70	79,70	0,667
VT	39,69	47,50	52,50	45,78	45,00	45,00	45,00	45,00	0,667
SF	50,00	68,75	87,50	65,63	50,00	50,00	50,00	50,00	0,889
RE	91,67	100,00	100,00	83,33	33,30	33,30	33,30	33,30	0,889
MH	58,25	62,00	66,75	61,75	72,00	72,00	72,00	72,00	0,222
Total									
psy	62,81	67,25	73,70	64,13	50,00	50,00	50,00	50,00	0,889

Contrairement à ce que l'on aurait pu croire a priori et en fonction de ce qui ressort des résultats du questionnaire semi-dirigé (cf 4), il n'y a de différence significative entre les personnes en couple et les personnes seules dans aucun domaine de la qualité de vie.

Ceci est surprenant car les personnes interrogées dans le questionnaire semi-dirigé insistent toutes sur le fait qu'être bien dans son couple et ne pas être seul dans ce vécu adoptif constitue un élément fort et un grand soutien.

Nous pouvons cependant tempérer ces résultats car dans notre population la part de personnes seules était minime (seulement 16,67% de notre population) et de ce fait elle est probablement non représentative de la majorité des adoptants célibataires.

Par ailleurs, être célibataire ne veut pas dire être seul. Peut-être est-il seulement important de disposer d'un étayage, une suppléance et d'une aide ? Ces éléments peuvent être apportés par d'autres personnes qu'un conjoint.

Comparaison en fonction des besoins spécifiques présentés par l'enfant :

Tableau 5 : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à une adoption d'un enfant présentant une pathologie

Domaine	Autre BS				Pathologie				p-val
	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	
PF	97,50	96,25	97,50	98,75	92,14	92,50	95,00	95,00	0,972
RP	87,50	81,25	87,50	93,75	75,00	62,50	75,00	100,00	0,806
BP	100,00	100,00	100,00	100,00	73,57	61,25	80,00	100,00	0,889
GH	70,80	68,70	70,80	72,90	69,62	56,23	79,10	83,30	0,389
Total phy	88,95	88,23	88,95	89,68	77,56	77,91	79,70	87,27	0,833
VT	60,00	55,00	60,00	65,00	41,61	38,13	45,00	47,50	0,972
SF	87,50	87,50	87,50	87,50	57,14	50,00	50,00	68,75	1,000
RE	83,34	75,00	83,34	91,67	76,19	66,65	100,00	100,00	0,583
MH	66,00	63,00	66,00	69,00	62,00	56,50	64,00	68,50	0,750
Total psy	74,19	74,09	74,19	74,28	59,24	53,75	64,58	67,25	1,000

Tableau 6 : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à une adoption d'un enfant grand.

Domaine	Autre BS				Enfant grand				p-val
	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	
PF	95,63	95,00	95,00	96,25	75,00	75,00	75,00	75,00	0,972
RP	84,38	75,00	87,50	100,00	25,00	25,00	25,00	25,00	0,968
BP	87,81	79,38	100,00	100,00	12,50	12,50	12,50	12,50	0,972
GH	73,41	64,53	77,05	81,20	41,70	41,70	41,70	41,70	0,961
Total phy	85,29	79,62	84,27	91,18	38,50	38,50	38,50	38,50	1,000
VT	49,53	44,06	47,50	52,50	15,00	15,00	15,00	15,00	0,961
SF	62,50	50,00	56,25	87,50	75,00	75,00	75,00	75,00	0,444
RE	87,50	91,67	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,981
MH	64,75	60,00	64,50	72,00	48,00	48,00	48,00	48,00	0,962
Total psy	66,07	62,81	67,25	73,70	34,50	34,50	34,50	34,50	1,000

Tableau 7 : Caractéristiques de la population étudiée par rapport à une adoption en fratrie

Domaine	Autre BS				Fratrie				p-val
	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	Moyenne	Q1	Médiane	Q3	
PF	96,43	95,00	95,00	97,50	82,50	78,75	82,50	86,25	0,992
RP	82,14	75,00	75,00	100,00	62,50	43,75	62,50	81,25	0,806
BP	86,07	78,75	100,00	100,00	56,25	34,38	56,25	78,13	0,833
GH	71,39	62,45	75,00	79,10	64,60	53,15	64,60	76,05	0,639
Total phy	83,99	79,54	81,04	88,95	66,44	52,47	66,44	80,40	0,556
VT	49,46	43,13	45,00	55,00	32,50	23,75	32,50	41,25	0,806
SF	64,29	50,00	62,50	87,50	62,50	56,25	62,50	68,75	0,556
RE	85,71	83,34	100,00	100,00	50,00	25,00	50,00	75,00	0,917
MH	64,86	60,00	65,00	72,00	56,00	52,00	56,00	60,00	0,917
Total psy	66,08	61,04	68,50	73,80	50,25	42,38	50,25	58,13	0,889

Il n'existe pas de différence significative s'agissant des différents domaines de la qualité de vie des parents quand ceux-ci sont comparés en fonction du besoin spécifique présenté par l'enfant.

En d'autres termes la qualité de vie des parents est impactée de la même façon quel que soit le besoin spécifique présenté par l'enfant (pathologie, enfant grand ou adoption en fratrie)

3) Résultats du BDI (Beck depression inventory)

Rappelons qu'il s'agit d'une échelle d'évaluation des cognitions dépressives. Elle ne peut à elle seule faire le diagnostic de dépression majeure clinique, cependant elle oriente sur l'existence probable et l'intensité de cette pathologie chez nos répondants.

Il a été choisi d'évaluer les cognitions dépressives au sein de notre population pour deux raisons. La première du fait que cette pathologie est le principal facteur péjorant de notre autre outil : la SF 36, ainsi cela permettra de relativiser les valeurs obtenues. La seconde en raison de ce que la dépression est la maladie fréquente (43) Une personne sur cinq souffrira de dépression dans sa vie, tous les âges et tous les milieux sociaux sont concernés. Elle reste cependant potentiellement grave, mais est la plupart du temps traitable. Dépister cette pathologie chez notre population peut donc être l'occasion d'orienter la personne vers une prise en charge adaptée.

Interprétation des scores (de 0 à 39 points)

De 0 à 3 : pas de dépression, variations d'humeur normales

De 4 à 7 : dépression légère

De 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne

16 et plus : dépression sévère

Parmi nos répondants : 9 personnes (soit 42,86% de la population) présentaient un score de 0 à 3 ce qui correspond à des variations normales de l'humeur.

5 personnes (soit 23,81% de la population) présentaient un score entre 4 et 7 correspondant à une dépression légère.

2 personnes (soit 9,52%) présentaient un score entre 8 et 15 soit à une dépression d'intensité moyenne.

5 personnes (soit 23,81% de la population) présentaient un score de 16 et plus. En sachant que 3 de ces personnes étaient actuellement suivies par des professionnels.

Donc au total, 57,14% de notre population de répondants présenteraient des cognitions dépressives au moment de l'évaluation.

L'étude de D. Sapinho et F. Beck (44) a révélé que sur une population générale de 16883 personnes, 26,6 % des individus ont vécu une période de 15 jours de tristesse ou une période de 15 jours de perte d'intérêt dans l'année. Ceci ne correspond pas à la définition clinique stricte de la dépression mais constitue un bon indicateur afin de détecter les patients nécessitant une évaluation plus poussée. Ce qui est également la fonction du BDI. Cependant, il n'est pas introduit pas la notion d'intensité. Par ailleurs l'article repère également que sur une population de 6498 personnes un autre dépistage a montré que 45,1 % des individus déclarent avoir vécu une telle période. Au final, 6,5 % déclarent avoir vécu au cours des 12 derniers mois, une période de tristesse ou de perte d'intérêt qui a duré pratiquement toute la journée et presque chaque jour.

4) Résultats du questionnaire semi-dirigé

Les résultats du questionnaire semi dirigé seront ici exposés en tant que données qualitatives. Nous tenterons de les analyser et de les commenter à la lumière des données de la littérature.

A la question « La décision d'adopter un enfant à besoin spécifique était-elle votre première intention ? » seuls quatre des vingt-et-un participants ont répondu par l'affirmative. Chacun rapporte une motivation différente.

La première personne évoque le désir d'adopter un enfant grand afin qu'il n' y ait pas un écart d'âge trop important avec son premier enfant, la famille ayant eu un enfant biologique avant la décision d'adoption. Il lui paraît important de rajouter « Peu de bébés sont adoptables, nous avons préféré laisser la place à des postulants sans enfants. » L'idée communément répandue qu'une adoption idéale est une adoption de nourrisson apparaît ici dans le discours de la famille, même s'il s'agit ici de justifier son choix de faire « autrement ».

La motivation humanitaire ou altruiste n'est pas la plus fréquemment exposée lors des procédures d'adoption. En effet, la décision d'adopter est le plus souvent consécutive à un parcours de fertilité difficile (45). Ce n'est d'ailleurs qu' en 1976 qu'une loi spécifique autorise en France les parents ayant déjà des enfants biologiques à adopter. Cette reconnaissance tardive est sans doute le reflet du sentiment de légitimité moindre que celle des couples ayant des difficultés de procréation. Ces candidats à l' adoption ayant déjà un enfant biologique, ressentent un sentiment de dette (46) envers les autres parents adoptants, et envers les pays pauvres. Pourquoi faire des enfants alors qu'il en existe qui ne demandent qu'à avoir une famille (47) ?

Le second répondant justifie sa décision d'adopter un enfant à besoin spécifique par sa volonté de réduire le temps d'attente. Il identifie, à l'instar de la grande majorité des autres participants, le temps comme un des obstacles majeurs rencontrés lors de la procédure d'adoption. Il ne précise cependant pas si son choix aurait été celui-ci si les temps d'attente avaient été les mêmes que l'enfant présente des particularités ou non. Même si la notion de besoin est décrite par le répondant comme claire, elle n'a que peu d'importance. Pour lui l'accession au statut de parent est le plus important.

La troisième explication donnée est la suivante : « Je désirais avoir trois enfants, et vu mon âge, la seule possibilité était d'adopter une fratrie » Il est vrai que la parentalité tardive tient une place importante dans le cadre de l'adoption. Alors que seuls 3% des enfants biologiques entrent dans ce cadre on atteint les 24,5% quand il s'agit d'enfants adoptés(48). D'ordinaire on parle de maternité tardive faisant référence aux impératifs biologiques procréatifs de celles-ci. Ici la réflexion permet de s'affranchir de cette fameuse « horloge biologique » et de réfléchir également sur la paternité tardive. Celle-ci représente la part pauvre des discussions sociologiques ou psychologiques à ce sujet(49). Pour B. Golse la problématique principale de la parentalité tardive réside dans le fait que plus l'on est âgé, plus les représentations sont figées. Or être parent c'est accepter beaucoup d'inconnu et une part importante d'imprévu. Plus un enfant est de venue tardive, plus il est rare et précieux. Il peut peser sur lui l'exigence d'être parfait et rapidement autonome. Si le décalage entre l'enfant narcissique rêvé - celui censé faire mieux que ses parents - et l'enfant réel est trop important, cela peut porter atteinte aux liens parents-enfants.

Enfin, la quatrième raison évoquée est la suivante : « Si nous avions eu des enfants biologiques, ils auraient pu naître avec des particularités, ou bien les développer par la suite... Donc, pourquoi ne pas accepter cela chez des enfants adoptés ? » Cette mère soulève ici une problématique importante. La procédure actuelle conduit à demander à des parents s'ils acceptent ou non telle ou telles maladies pour leurs futurs enfants. Il est vrai que lors des grossesses les futures mères disent souvent «je veux juste que mon bébé soit en bonne santé ». Cependant ces mères biologiques n'ont guère le choix. Elles n'ont pas de case à cocher pour savoir si elles préfèrent une cardiopathie à une fente labio-palatine par exemple. La différence fondamentale que l'on aperçoit ici est l'incertitude. Cette incertitude emplit d'inquiétude, laisse l'espoir d'un enfant en parfaite santé à ces femmes enceintes. Les parents adoptifs eux, ont la certitude que cette éventualité de problèmes de santé deviendra réalité si l'adoption se réalise. Le deuil du désir d'enfantement et l'investissement du projet d'adoption sont concomitants.(2) Ici se rajoute le deuil de l'enfant en parfaite santé.

La grande majorité n'a donc pas fait le choix d'un enfant à besoin spécifique en première intention. Qu'est qui a pu les faire changer d'avis ? Plusieurs facteurs sont évoqués. On citera en premier la lenteur des procédures.

Une des interrogée raconte qu'elle a eu le sentiment de ne pas avoir le choix. Ce qui a été difficile au début, mais elle dit avoir été beaucoup rassurée par les professionnels, notamment les médecins, mais également par les autres familles adoptantes. « On m'a dit que certains pays classait des enfants EBS pour qu'ils puissent être adoptés à l'international, alors qu'ils n'ont presque rien ». Elle raconte cependant avoir coché « handicap léger » mais s'être « attendue à bien pire ». On retrouve ici les processus classiques de réassurance. Il s'agit de mentalement minimiser les potentialités que cela se passe mal, tout en se préparant au pire.

Une des mères refusait l'idée d'un besoin spécifique, jusqu'à ce qu'on lui montre la photo de l'enfant avec lequel elle pourrait être apparentée si elle l'acceptait. A ce moment, à la vue de cette photo, elle dit avoir vu son fils et ne plus s'être soucié des particularités éventuelles. L'idée des besoins spécifiques telle qu'elle est traitée et appréhendée lors des procédures adoptives a tendance à désincarner le sujet. En effet, l'enfant n'est potentiellement décrit que par ses caractéristiques constituant des particularités et non plus comme un être humain à part entière, bien plus complexe et complet que ces cases à cocher que l'on retrouve dans le questionnaire EBS.

Enfin, une troisième personne nous rapporte avoir changé d'avis à la suite d'une conférence sur l'adoption et plus particulièrement sur les besoins spécifiques liés à la prématurité. « Mon mari est né prématuré et en a gardé des séquelles visuelles. Nous nous sentions familiarisés avec cette problématique ». Souvent les parents choisissent une particularité qu'ils ont eux-mêmes expérimentée (9). Cela permet de diminuer la part d'inconnu génératrice d'angoisse, et augmente les possibilités de se reconnaître dans l'autre. Deux vulnérabilités proches se rencontrent pour faire famille.

La notion de Besoin spécifique n'est décrite comme claire que par quatre répondants. Deux pères et deux mères. Tous les besoins spécifiques sont représentés, un parent d'enfant à pathologie, un parent d'enfant grand et deux de fratries. Cependant ce pourcentage est très faible. Le plus souvent, les parents

évoquent une notion « fourre-tout » qui diffère selon les pays. En effet chaque pays d'origine fixe lui même les critères justifiant l'inscription de l'enfant sur la liste 2, celle rendant l'enfant adoptable à l'international.

Un couple dit ne pas comprendre cette notion car selon eux « tout enfant a des besoins spécifiques », qu'ils se déclarent précocement ou tardivement. Ceci est en effet le reflet d'une réalité générale, qui est exacerbée au sein de la population d'enfants adoptés. Le fait d'être abandonné puis adopté ne constitue-t-il pas en lui-même un besoin spécifique ? Le premier de tous ? Les parents adoptifs n'ont-ils pas eux aussi une particularité, celle d'avoir des difficultés de fécondité ? Comment et pourquoi reconnaître chez l'autre une particularité comme telle alors que l'on en présente finalement tous ? Présenter un besoin spécifique apparaît finalement normal...

La majorité des familles interrogées rapporte avoir pris conscience de ce que le besoin spécifique représentait uniquement à l'arrivée de l'enfant. Une mère précise : « cette absence de préjugés était bénéfique » elle n'a pas projeté (50) ses attentes et ses angoisses sur son fils et l'a laissé progresser à son rythme. Il semblerait que le manque de clarté de la notion de besoin spécifique rapportée par les parents ne soit pas un obstacle aux processus de parentalité, mais au contraire une opportunité de ne pas accueillir un enfant en projetant sur lui des idées trop construites de mauvaise santé. L'adoption est déjà en lui même un amplificateur de fantasmes (51), il paraît inutile de nourrir d'avantage ces fantasmes. D'un autre côté, il est tout de même primordial de garder à l'esprit qu'un des facteurs d'échec de l'adoption est le défaut d'anticipation (9). Certains couples se retrouvent débordés par l'énormité de la tâche entreprise, et ce surtout lorsqu'il y a des réactivations des blessures narcissiques antérieures. Ce choix doit être pensé en amont et ne doit pas se faire au « décours d'une rencontre »

Les réponses à la question « Quand vous êtes vous sentis parents ? » sont très hétérogènes et peuvent être classées en deux groupes. Ceux qui décrivent un processus et ceux qui évoquent un moment.

Ceux qui évoquent un moment, parlent souvent de « coup de foudre » pour leur enfant. Ils le situent pour la plupart lors de la rencontre physique. Un petit nombre cite le moment de l'apparement. La rencontre entre les parents et l'enfant est

un moment crucial, auquel il faut prêter une attention particulière. En effet, il s'agit d'un élément fondateur de la relation en devenir (9). Pour les parents de notre étude c'est également le premier moment de parentalité. Ce temps inaugural de l'investissement réciproque conditionne sans pour autant déterminer les prémices de la relation. Il est important que cette présentation soit progressive pour qu'il y ait un glissement doux de l'imaginaire vers le réel. Un temps d'accordage entre les affects de l'enfant qui vit un déracinement et ceux des parents dont le bouleversement n'est pas moindre, est nécessaire afin de permettre l'attachement. Notons que la capacité de l'adulte à s'accorder affectivement dépend de deux choses : la part personnelle de l'enfant, c'est à dire de ce que le bébé induit lui-même dans la relation et le type de personnalité de l'adulte et sa propre histoire infantile précoce.

Une rencontre brutale peut être source de traumatisme pour l'enfant mais également pour les parents (52). En tant que professionnel, rechercher et prendre en charge ces traces traumatiques, doit faire partie de nos priorités lors des consultations spécialisées.

D'autres décrivent un processus. Une mère rapporte un « sentiment » qui se construit de façon progressive et qui est plus ou moins fort en fonction des événements. Ce n'est pas pour elle une sorte d'instinct naturel et inaliénable. Pour S. Blaffer Hrdy dans « les instincts maternels » (53), il ne fait aucun doute qu'il existe des mécanismes biologiques qui attachent la mère à son petit, mais ces mécanismes ne sont pas des pulsions aussi implacables que le besoin de manger ou de dormir. Pour passer de la prédisposition à l'amour maternel effectif, il y a une cascade de mécanismes qui s'enchaînent (54) dont l'évolution n'est pas linéaire.

Un autre participant relate un sentiment de parentalité éprouvé via le changement d'organisation que l'arrivée de l'enfant a requis. L'entrée dans la parentalité ne se fait pas pour lui par l'exercice ou l'expérience (40) mais bien par la pratique de celle-ci.

L'évolution de l'attitude de l'enfant, et le premier « maman », sont également cités. Ici être parent c'est être reconnu par son enfant en tant que tel. Ce n'est plus un processus psychique interne. Il fait intervenir l'autre qui valide ce statut parental. L'enfant est choisi et accepté tout comme l'est le parent.

Une mère évoque un sentiment de légitimité qui est apparu lorsqu'ils avaient selon elle passé assez de temps avec leur fils pour que l'adoption ne soit plus sa caractéristique principale. Il était devenu leur fils et non leur fils adoptif, et donc elle était devenue simplement sa mère. Pour M. Soulé (55) les sentiments de filiation et de parentalité s'établissent non entre procréateurs et procréés mais entre ceux qui ont vécu ensemble.

Enfin, lors d'une adoption en fratrie qui comprenait deux enfants grands, la mère a mis en évidence le rôle qu'a joué la régression de son ainée dans l'apparition de son sentiment de maternité. On connaît bien le rôle important que joue la le phénomène de régression chez l'enfant. A. Vinay le décrit (56) : il constitue une protection face à cette période de transition, mais il permet également, à l'enfant de revivre en un laps de temps limité l'ensemble de son développement affectif et relationnel manquant. Cette période teintée de comportements de peau à peau est nécessaire à la vérification de la sincérité de l'affection offerte. Nous entrevoyons à travers le témoignage de cette maman le rôle potentiel de ce phénomène chez le parent adoptant. « C'est notre aînée qui m'a permis de ressentir cela (le sentiment parental) par ses régressions, son besoin insatiable de maternage et ses pleurs déchirants lors de la séparation... Je me suis aussi sentie le parent de nos deux autres enfants par la conséquence de ma parentalité avec l'aînée ». Ici la mère a eu l'impression de ressentir et de vivre les premiers liens, tels qu'ils se développent avec un nourrisson malgré l'âge avancé de sa fille. Elle n'a pas eu le choix, s'en est occupé entièrement comme on materne un bébé, et ceci a construit son sentiment de maternité. Celui-ci a été amorcé par ce rapport à son ainée et a pu s'étendre aux autres membres de la fratrie.

Un père conclut sa réponse par « la question n'est pas de savoir si je suis un père, mais si je suis un bon parent ».

Concernant les difficultés rencontrées lors de la procédure d'agrément, les parents ayant adopté dans les pays de l'Est évoquent un manque de « transparence » du dossier médical. On ne leur aurait pas fourni toutes les informations concernant l'enfant, que ces données existent ou non. Dans leur discours s'entremêlent un manque d'information et un soupçon de rétention d'information par les autorités locales. Ceci n'est pas retrouvé dans les témoignages des parents ayant adopté ailleurs.

L'obstacle principal évoqué par la totalité des participants est le temps. Tous le jugent trop long, à l'exception d'une seule mère. Prenons le temps de réfléchir sur ce processus. B. Golse (57) décrit la procédure d'agrément comme l'équivalent d'une grossesse psychique. Lorsqu'une femme est enceinte, des remaniements représentationnels se jouent dans la tête des futurs parents. Ceux-ci sont nécessaires à l'accueil du nouveau né dans des conditions psychoaffectives satisfaisantes. La procédure d'agrément donne aux futurs adoptants la possibilité de vivre un équivalent de cette grossesse psychique. En France la durée maximum de la procédure d'agrément a été fixée à neuf mois. Ceci est très symbolique et renforce l'idée d'une grossesse psychique. Malheureusement ces délais ne sont pas souvent respectés, notamment dans les grandes agglomérations. Durant cette période les candidats rencontrent des travailleurs sociaux qui vont rédiger une « enquête sociale » et les aider à préciser leur projet d'adoption. Lors de notre étude, les parents ont évoqué le sentiment d'être jugés plus qu'aïdés par des travailleurs sociaux, pas toujours formés aux problématiques de l'adoption. « Elle n'y connaissait rien, elle m'a dit que les fratries de trois ça n'existait pas ».

Les couples vont également rencontrer un psychiatre censé repérer les éventuelles « contre-indications » à l'adoption. Parmi les répondants de l'étude quatre nous racontent qu'ils ont dû « se battre » afin de faire accepter leur projet par le psychiatre qui le leur déconseillait grandement. Ceci correspondait à des projets d'adoption d'enfant grand ou en fratrie.

Les conclusions de ces intervenants sont ensuite transmises à la commission d'agrément appelée à statuer.

Aucun des parents de notre étude n'a mis en évidence les divers intérêts qu'évoque B. Golse. Pour lui les différents entretiens de cette procédure, s'ils sont conduits sans aucune position d'inquisition, sont l'occasion de redonner un espace d'expression aux représentations mentales de l'enfant imaginaire. C'est à partir de cet espace d'échange que l'ajustage entre l'enfant imaginaire et le futur enfant réel peut être travaillé, en donnant une place à l'acceptation de l'imprévu. Selon lui, la répétition de ces entretiens peut faire en sorte que ceux-ci jouent le rôle des « touchpoint » de Brazelton(58) ou « points forts ». Ce sont des points de vulnérabilité où le psychisme se réorganise pour passer à une nouvelle étape(59). Si pour Golse cette période de pré-adoption a valeur de période pré-natale en ce

sens où elle induit chez les postulants à l'adoption une possibilité de fluidité psychique, elle n'est pas identifiée comme telle par les répondants de l'étude, non à cause du fond mais par la forme de ces entretiens et des conséquences de ceux-ci sur les ressentis parentaux.

Nuançons tout de même ceci, car une des répondantes décrit un temps selon elle beaucoup trop court entre la fin de la procédure d'agrément et l'apparementement réel. Elle dit ne pas avoir pu réaliser et mentaliser le fait qu'elle allait réellement être mère avant qu'on lui présente ses enfants. Le temps même s'il est décrit comme trop long par la grande majorité, joue un rôle essentiel lors du processus adoptif.

Une famille raconte avoir rencontré un obstacle inattendu : la réticence de leurs familles à les voir adopter un enfant présentant une pathologie.

Concernant la question du soutien, les réponses sont très disparates. Près de la moitié des participants ont trouvé du soutien auprès des associations de familles, l'autre moitié auprès de leur OAA. Une famille estime que le conseil général a été une ressource importante. Le dialogue et l'échange d'expérience avec les familles ayant déjà adopté semblent avoir été le meilleur soutien. Ceux qui n'en ont pas bénéficié l'identifient comme une aide qui aurait pu leur être bénéfique. La moitié des familles propose comme amélioration un accès plus facile à des professionnels formés aux problématiques de l'adoption. Une mère évoque la possibilité de mettre en place des consultations familiales « obligatoires » avec un pédopsychiatre à l'arrivée de l'enfant. Celles-ci devant être prises en charge par la sécurité sociale pour éviter que l'argument financier rebute des parents qui en auraient besoin.

Quatre répondants évoquent le sentiment d'abandon vécu, après l'arrivée de l'enfant, vis à vis de l'OAA qui les avait soutenus. Il est vrai qu'en France, la procédure est lourde avant l'arrivée de l'enfant, et s'avère a contrario très peu contraignante par la suite. Ce choix fait dans notre pays repose sur une conviction éthique. En effet, le législateur a préféré qu'il ne pèse pas sur ces familles un contrôle social trop lourd qui risquerait de les freiner dans leur processus d'intégration. Ceci peut avoir ses écueils et les parents de notre étude les identifient bien. Ils utilisent tous les quatre ce mot « abandon », comme pour faire écho à l'histoire de leur enfant.

Par ailleurs, parmi les difficultés rencontrées, la complexité administrative est largement évoquée, notamment à propos d'une adoption au Congo en 2016, juste avant que la France ne suspende la possibilité d'adopter des enfants de ce pays. Cette question sur les améliorations potentielles est l'occasion pour les parents répondants d'exprimer leur crainte quant à l'adolescence qui approche. Ils souhaiteraient avoir accès à des consultations dédiées afin d'obtenir une sorte de guidance parentale afin de faire le tri entre ce qui relève des problématiques adoptives et ce qui est lié avec le processus adolescent normal. (7)

Tous les participants, à l'exception de deux, ont éprouvé des sentiments de colère, un choc, une éventuelle dépression. Six d'entre eux ont consulté un professionnel, le plus souvent psychologue ou médecin de famille. Un a consulté un psychiatre.

Une mère a eu recours avec son époux à une thérapie de couple.

A ce sujet, parmi nos répondants, aucun couple ne s'est séparé après l'adoption. Deux tiers des sujets mariés évoquent des difficultés dans leur couple à la suite de l'arrivée de l'enfant. Une mère indique « Il faut que le couple soit très solide pour qu'il tienne ». Il serait intéressant de comparer les données de séparations consécutives à l'arrivée d'un enfant que celui-ci soit biologique ou adopté. Si les répondants de l'étude identifient l'adoption comme un facteur de difficulté pour le couple, en quoi celui-ci serait-il différent ou plus difficilement gérable que lors de la venue d'un enfant biologique ?

Nous avons également décidé d'explorer la pratique de la parentalité par le biais des décisions prises quant à la sphère professionnelle des parents. 100% des couples interrogés ont modifié leurs horaires de travail, soit par un arrêt complet, soit par un passage à mi-temps ou par un changement d'affectation permettant une présence plus importante auprès de l'enfant. Tous évoquent l'adoption, ou du moins la parentalité, comme un des motifs, ou le motif principal à cette décision. Si l'adoption est faite par un couple, 100% des personnes ayant modifié leur activité professionnelle sont les mères. Pourtant le « parental » désigne une activité à part entière assumée désormais autant par les hommes que par les femmes(60). Une étude datant de 2008 (61) montre qu'en France, dans le cas de l'arrivée d'un enfant, le surcroît de travail engendré par une naissance susciterait une plus forte

implication paternelle ou au contraire une spécialisation entre vie familiale pour la mère et professionnelle pour le père.

L'aspect financier est également cité comme pourvoyeur de difficultés. Celui-ci est peu évoqué lors des étapes pré-adoptives. Il n'y a peu d'informations sur le coût que peuvent engendrer certains soins non remboursés qui peuvent être nécessaires à ces enfants.

D) Discussion :

1) Synthèse

Concernant les résultats quantitatifs : La population interrogée présente une altération significative de trois des quatre domaines psychiques explorés par le questionnaire SF-36. La vitalité, la santé psychique globale et le fonctionnement social sont significativement plus altérés chez nos répondants que dans la population générale. La dimension physique de la qualité n'est touchée qu'au niveau de la restriction physique. Les analyses statistiques effectuées ne permettent pas d'établir de lien de causalité objectif. L'impact de l'évènement « adoption EBS » reste théorique, mais constitue une hypothèse qu'on ne peut écarter.

57,14% des répondants présentaient des cognitions dépressives (toutes intensités confondues) à l'échelle de Beck. Nous savons que la dépression est un des facteurs principaux de péjoration des scores de la SF-36.

Lors des analyses en sous-groupes on note quelques différences :

La santé physique générale perçue des mères est plus impactée que celle des pères. Cela peut-il s'expliquer par le temps plus important accordé par les mères aux tâches familiales ? En effet, dans les résultats de notre questionnaire semi-dirigé 100% des mères avaient adapté leur activité professionnelle pour accorder plus de temps à l'enfant.

La vitalité est significativement plus altérée chez les personnes d'un âge égal ou inférieur à 40 ans comparée à celle des parents plus âgés. Ce chiffre est surprenant, en effet on ne s'attend pas que des personnes plus âgées aient plus d'énergie que des jeunes. Une des hypothèses que nous pourrions formuler est que les personnes plus jeunes venaient de rencontrer leur enfant et que ces premiers temps requièrent plus d'énergie.

La qualité de vie des personnes en couple ou célibataire est superposable.

Ce résultat est particulièrement surprenant. En effet, l'opinion selon laquelle être un parent célibataire est plus compliqué, est communément répandue. Par ailleurs les résultats qualitatifs mettent en évidence l'importance du soutien de son conjoint, mais rapporte également une période difficile au sein du couple en post adoption immédiat. Ces difficultés conjugales expliquent peut-être que ces deux

profils de qualités de vie se rejoignent. Les disputes péjorant l'amélioration apportée par le soutien offert par le fait d'être deux.

On ne note pas de différence de qualité de vie en fonction du type de besoin spécifique de l'enfant.

Concernant les données qualitatives :

Ces données sont largement rapportées et explicitées dans la partie qui lui est dédiée, nous reprendrons ici que certains points qui nous semblent être les plus importants.

Une très large majorité de parents adoptifs n'ont pas choisi en première intention d'adopter un enfant à besoin spécifique. Certains ont changé d'avis, pour accélérer le processus, parce qu'ils sentaient qu'ils n'avaient « pas le choix » ou encore parce le besoin spécifique présenté par l'enfant faisait écho à la propre histoire d'un des membres du couple.

Le concept de besoin spécifique apparaît peu clair pour une majorité des répondants. Cependant il ne prend souvent tout son sens qu'après l'arrivée de l'enfant. Ce manque de clarté est même décrit comme positif par une mère qui voit là, la possibilité d'accueillir sans a priori son enfant.

Le sentiment de parentalité naît essentiellement de deux façons. Soit lors d'un moment précis, le plus souvent celui de la rencontre. Il est donc primordial de faire en sorte que celle-ci soit progressive afin de permettre une transition douce de l'imaginaire au réel, et d'éviter de majorer le risque de traumatisme. Soit, ce sentiment se développe lors d'un processus plus ou moins long mettant en jeu la pratique de la parentalité.

La procédure d'agrément est décrite comme trop longue et complexe. Les répondants n'identifient pas les points positifs que les professionnels attribuent à celle-ci. Le sentiment d'être jugé et de devoir « se battre » sont les plus décrits par notre population.

Le soutien vient essentiellement du milieu associatif et des OAA. Les parents décrivent cependant un sentiment d'abandon par ces dernières à la suite de l'arrivée effective de l'enfant.

La quasi totalité des répondants ont éprouvés des sentiments de colère, choc ou dépression, mais seuls six d'entre eux ont consulté un professionnel.

100% des familles ont modifié leur activité professionnelle. Toutes ont fait le choix de modifier celle de la mère. Cette décision était en rapport avec la volonté d'accorder plus de temps à l'enfant adopté.

2) Limites de l'étude

Notre étude comporte un certain nombre de biais.

Tout d'abord un biais de recrutement. En effet, celui-ci a été fait par plusieurs canaux, mais le principal a été celui de la consultation familiale de pédopsychiatrie du centre hospitalier Valvert. Ainsi la population recrutée dans ce centre présentait des problématiques justifiant une consultation en pédopsychiatrie, et n'est donc potentiellement pas représentative de la population générale des adoptants.

Cette étude peut être considérée comme mono centrique dans le sens où le recrutement n'a été réalisé que dans les Bouches du Rhône. L'évaluation par les parents de la procédure d'adoption et du soutien apporté lors de celle-ci, est donc uniquement le reflet des pratiques du département.

Le nombre de réponses au questionnaire est peu important par rapport à la diffusion large dont il a bénéficié. On peut imaginer plusieurs hypothèses expliquant ceci. Le temps nécessaire pour renseigner les échelles et rédiger les réponses qualitatives était peut-être trop important, ou bien les questions étaient elles trop confrontantes ? Nous pouvons également supposer que le processus adoptif et ses vicissitudes administratives étant terminé les familles n'avaient pas envie de se replonger dans un nouveau questionnaire une histoire potentiellement douloureuse.

Il aurait en outre été intéressant de comparer nos résultats avec une population d'adoptants d'enfant sans besoin spécifique. En effet la véritable problématique de cette thèse était d'évaluer l'impact des particularités de l'enfant sur la construction de la parentalité adoptive. Une comparaison avec la population générale ne permet pas de répondre entièrement à cette question. Cependant, une telle banque de donnée n'existe pas, et les adoptions d'enfant sans particularité sont

rare et n'aurait donc pas permis de recruter une population suffisante pour permettre une comparaison satisfaisante.

Enfin, une autre des limites de ce travail est l'absence de limite de temps écoulé depuis l'adoption. L'impact sur la qualité de vie est sans doute maximal au moment de l'adoption et se tempère des années après. Les souvenirs de la procédure ou des premiers liens peuvent être perçus différemment et reconstruits avec le temps.

3) Perspectives

Cette étude reflète les opinions des personnes ayant adopté dans le département des Bouches du Rhône, ainsi quelques pistes locales d'amélioration pourraient être envisagées.

Les parents évoquent la difficulté d'avoir accès à des professionnels formés aux problématiques adoptives. En effet, les consultations familiales de pédopsychiatries spécifiquement dédiées à l'adoption sont rares dans notre département et même dans notre région. Celle que propose le centre hospitalier Valvert constitue la seule offre publique du département. Elle allie une vision systémique et ethnopsychiatrique, celles-ci pouvant également être particulièrement utiles lors de l'adolescence, moment où la recherche des origines peut apparaître.

Toutes les familles n'ont pas besoin d'un suivi régulier, cependant rencontrer de façon systématique lors des consultations COCA un pédopsychiatre ou un psychologue pourrait permettre d'éclairer quelques questionnements qui n'auraient pas motivé une consultation dédiée, mais qui pèsent tout de même sur la construction des premiers liens familiaux. Lors de la procédure, une consultation d'information est réalisée en COCA. Celles du département ne proposent pas de consultation en binôme pédiatre-psychologue/pédopsychiatre. Ce travail pluridisciplinaire permettrait une plus grande information et un meilleur dépistage des difficultés, notamment d'ordre psychologique que pourraient rencontrer ces parents. Ceci pourrait constituer une amélioration à envisager pour les familles.

Le milieu associatif et les OAA sont actuellement les principaux soutiens aux familles adoptantes. Cependant les OAA n'accompagnent pas durablement les parents après l'arrivée de l'enfant. Ainsi, un sentiment d'abandon peut apparaître. Des groupes de paroles mensuels ou trimestriels non gérés par les OAA ou le milieu associatif permettraient d'offrir un lieu pérenne et neutre de soutien et de rencontre pour les familles adoptives ou encore en parcours adoptif. Ce groupe pourrait être gérés par les COCA ou bien par la consultation dédiée de l'hôpital Valvert.

IV/ Illustrations cliniques

Nous avons choisi d'exposer ici des illustrations cliniques correspondant chacune à un besoin spécifique.

Ces trois familles ont été prises en charge par la consultation spécialisée en adoption du CH Valvert à Marseille. Il s'agit d'une consultation familiale, ces illustrations seront retranscrites par ce prisme et non en se centrant uniquement du point de vue des parents, contrairement à l'étude précédemment exposée.

1) Famille G.

M. et Mme G, respectivement 40 et 43 ans, ont décidé d'adopter à la suite d'un parcours classique d'infertilité. Ils se sont tournés vers l'adoption internationale, leur première idée n'était pas d'adopter un enfant à besoin spécifique, cependant la procédure d'adoption prenant du temps, ils ont adopté une petite fille de six ans.

L'adoption s'est faite au Congo. Ils s'y sont rendus en couple. Ils n'étaient pas accompagnés par d'autres familles, mais par un homme en lien avec leur OAA, sans pour autant en être un représentant. L'arrivée sur place a été compliquée, ils se sentaient livrés à eux même, notamment concernant les démarches administratives qui sont d'une complexité extrême au Congo¹. L'apparemment ayant été fait plus d'un an auparavant, ils n'avaient pas de données actuelles concernant leur fille.

Laurie a été abandonnée par sa mère, au pied d'un arbre. On ne retrouve pas dans ce geste un abandon altruiste. La mère ne l'a pas laissée dans le but de lui offrir une vie meilleure, mais bien de la laisser mourir. Ayant survécu à cette première nuit, les gens du village ont vu en ce nourrisson une image maléfique et ont tenté de la tuer. Laurie porte encore des traces avec ses nombreuses cicatrices de ces agressions physiques et psychiques.

La rencontre s'est faite à l'orphelinat. Les parents vivent et dorment à l'orphelinat dès la première nuit. Les difficultés relationnelles avec leur fille sont immédiates. Celle-ci présente une agitation psychomotrice importante, des mises en danger

¹ La France a suspendu toute démarches d'adoption avec le Congo depuis 2017 pour ces raisons de complexité administrative et de manque de transparence.

régulières, et un regard fuyant ne permettant pas le contact. Les parents se sentent rapidement dépassés, au point de se questionner sur le bien-fondé de leur démarche. Un grand malaise apparaît, ainsi que des sentiments de honte et de culpabilité. Ils décident de consulter un thérapeute dans le pays d'origine, ils se décrivaient comme traversant un véritable état de « crise ». Malgré la reconnaissance de ces difficultés, la honte les empêche de contacter leurs familles, renforçant ce sentiment d'isolement.

Face à la détresse de leur fille, les deux parents ont des réactions opposées. Le père est dans l'hyper investissement. Il prend Laurie dans ses bras dès qu'il le peut, lui répète qu'il l'aime. M. espère ainsi calmer les angoisses de sa fille autant que les siennes. Ceci ne fonctionne pas, et ces échecs répétés majorent les angoisses des deux parties. La mère réagit sur un versant beaucoup plus opératoire. Elle relate avoir tenté d'assurer ses fonctions parentales, en terme d'éducation, de limites, d'interdits, mais du point de vue émotionnel, elle avoue être dans un rejet franc. La brutalité trop effractive de sa fille l'empêche de lui porter de l'affection. Elle reporte cet amour sur un autre enfant de l'orphelinat qui souffre d'un lourd handicap physique. Les conditions d'accueil directement dans l'orphelinat, avec une présence continue de leur fille, ne permettent aucune pause et aucune prise de distance avec les troubles que présente leur fille. Dans ce contexte émergent des idées suicidaires chez les parents, en lien avec une grande culpabilité.

A l'arrivée en France, le couple contacte tous les acteurs qui pourraient potentiellement les aider, c'est ainsi qu'une semaine après son arrivée, Laurie rencontre les équipes du CMPP qui évoquent la possibilité d'un trouble autistique. Ce diagnostic ne sera pas confirmé par la suite, mais creusera encore d'avantage le fossé entre les parents et leur fille. La famille est reçue en consultation familiale spécialisée à peine deux semaines après leur retour en métropole. La première séance se fait sans l'enfant. Les parents trouvent ainsi un espace pour exprimer leur douleur et leur désarroi devant la violence agie de leur fille qui attaque leur conviction d'être de bons parents. La mère a une présentation très distanciée et froide dans ses affects. Son fonctionnement est très opératoire. Nous apprendrons par la suite qu'elle prenait un traitement antidépresseur et anxiolytique, expliquant sans doute en partie sa présentation. Le père quant à lui est volubile et exprime

facilement ses émotions qui sont dominées par l'angoisse. Du côté de Laurie, l'intégration scolaire se déroule de façon plutôt satisfaisante. Les crises d'agitation psychomotrices, de colère et les mises en danger sont encore présentes.

Le travail, lors des consultations successives, se centrera sur la mise en mots des émotions et des comportements de Laurie, reprise par les parents. Ceci va permettre un apaisement des relations familiales et une diminution des crises clastiques. Cependant, l'imbroglio émotionnel parental fait encore barrage à une relation sereine. Toutes les manifestations de colère ou d'agressivité y compris celles typiques dans le développement d'un enfant devient irrémédiablement effrayante et effractante pour les parents. Ce ne sont pas les traumatismes vécus par l'enfant qui viennent entrer en résonance avec leur propre histoire infantile, mais plutôt leur idéal parental qui a volé trop rapidement en éclat. La place qu'occupait l'enfant parfait dans leurs fantasmes respectifs s'est brisé trop rapidement. Un long travail de reconstruction narcissique et de valorisation de leur statut de parent réalisé lors de la consultation familiale, ainsi qu'un travail thérapeutique individuel ont permis le tissage progressif de lien filiatifs plus apaisés. La mère a longtemps été fragilisée dans la représentation de son amour maternel qu'elle mettait en doute, représentation concomitante à l'accès à sa parentalité. Soutenue par le père dans son statut de mère mais aussi dans les interactions auprès de sa fille, elle s'est autorisée à occuper une place maternelle, différente de celle qu'elle avait imaginé

Le cas de la famille G. illustre le rôle central du moment de la rencontre effective avec l'enfant. Des premiers liens de qualités sont primordiaux dans la construction d'une relation parents-enfant de qualité. Avant l'arrivée de l'enfant, les parents se construisent tout un monde fantasmatique, faisant une place à cet enfant au sein du couple. Le moment de la rencontre, loin d'être une rencontre purement physique est aussi la confrontation des imaginaires de chacun des protagonistes. Cette rencontre doit être progressive afin de permettre un glissement doux de l'imaginaire vers le réel. Ici la rencontre était brutale et ne permettait aucun moment de répit et de prise de distances permettant d'intégrer progressivement les choses (9). Ceci a été à l'origine d'un véritable traumatisme (52) des parents qu'il a fallu surmonter afin de pouvoir « faire famille ».

Dans le deuil de l'enfant imaginaire il faut également prendre en compte le deuil du parent parfait (62). Ce double deuil peut être à l'origine de l'émergence d'un état dépressif. Cet état qui n'est pas pathologique, a été décrit par le Dr K. Foli en 2004 (63). En effet les pères et mères de 21 familles adoptives américaines présentaient ce « baby blues » après l'arrivée de leur enfant. On l'appellera le « post-adoption blues ». Celui-ci participe au remaniement psychique du devenir parent. Cependant, quand l'illusion parentale se heurte une réalité trop violente, le baby-blues peut évoluer en réel psycho traumatisme.

2) Famille F.

M F. (46ans) et Mme F (36ans) ont décidé d'adopter une fratrie de trois enfants.

La décision d'adopter en fratrie était la première du couple. En effet, le père souhaitait avoir trois enfants, et compte tenu de son âge, il pensait qu'il s'agissait là de la seule solution. La mère quant à elle, ne voyait pas d'inconvénient à adopter des enfants à besoins spécifiques, elle ne trouvait pas de raison qui la pousserait à ne pas accepter chez son futur enfant biologique, ce qu'elle aurait pu accepter venant d'un hypothétique enfant biologique.

Lucie 10ans, Louis 9ans et Adrienne 7ans ont grandi en Roumanie. Ils ont tous trois été placés en famille d'accueil à la suite de maltraitances. Lucie et Louis étaient placés dans une même famille d'accueil. Adrienne quant à elle résidait dans une famille d'accueil différente. Il existe peu de données quant à la vie de la fratrie au cours de ce placement. Les contacts entre Adrienne et ses frère et sœurs étaient peu fréquents et superficiels. Les filles ont appris les tâches ménagères, alors que le garçon était mis dans une position de supériorité, dans la tradition culturelle et sociale du pays.

L'adoption s'est faite en flux inversé. D'ordinaire, ce sont les parents adoptants qui envoient leur dossier via l'AFA ou une OAA aux pays pourvoyeurs d'adoption. Lors d'une procédure en flux inversé, c'est le pays d'origine qui envoie le dossier aux OAA des pays adoptants. Ceci concerne les enfants pour lesquels il est difficile pour le pays d'origine de trouver une famille.

A la suite de l'obtention de l'agrément, l'apparentement et la rencontre ont été très rapides, approximativement cinq mois. La mère a vécu difficilement cette rapidité, jugeant ne pas avoir eu le temps nécessaire pour se préparer de façon optimale tant organisationnellement que psychiquement à l'arrivée de ces trois enfants.

La rencontre s'est déroulée de façon progressive, dans de bonnes conditions. Le père et la mère se sont rendus en Roumanie. L'attitude de l'ainée alors âgée de 10 ans a facilité la création des liens pour la mère. En effet, Lucie a très vite présenté une régression importante lors du temps partagé avec ses parents. Elle, collait physiquement sa mère demandant un maternage important, les séparations étaient marquées par des crises de larmes « comme un bébé » nous rapporte la mère. Cette sensation de maternage, proche de celle qu'elle avait imaginé pouvoir ressentir avec un nourrisson, a favorisé l'éclosion d'un sentiment maternel fort. C'est par le biais de l'accès à parentalité par l'ainé que la mère s'est sentie parent des deux autres enfants.

L'arrivée en France a été l'occasion pour le père de se sentir à son tour parent. En tant que chef de cette nouvelle famille, subvenant aux besoins de tous, étant le seul à travailler, mais très vite les premières difficultés sont apparues. Lucie présentait des relations conflictuelles et douloureuses avec ses pairs à l'école, malgré des résultats très satisfaisants. La scolarité est devenue de plus en plus difficile. Une relation fusionnelle s'est développée avec la mère, la séparation entre elles-deux devenait chaque jour plus difficile. Louis posait de nombreux problèmes de discipline tant à la maison qu'à l'école. Quant à Adrienne, la scolarité ne posait aucun souci, mais la vie au domicile était très difficile, avec des crises clastiques, des passages à l'acte violents sur sa sœur, en lien avec une jalousie systématique et dévorante ressentie vis-à-vis de d'elle. C'est au cours d'une consultation pédiatrique en COCA, un an après l'arrivée des enfants que l'orientation vers la consultation familiale a été décidée.

La première consultation est réalisée en présence des parents et d'Adrienne. Le point central cristallisant leurs inquiétudes est l'attitude de celle-ci envers sa sœur. Adrienne peut être physiquement et verbalement violente allant jusqu'à la menacer de mort. Le sentiment de jalousie apparaît au premier plan et, au cours de la consultation, nous apprenons qu'Adrienne n'avait pas été préparée à être adoptée

en fratrie. Elle s'attendait à avoir des parents « pour elle toute seule ». L'apparition d'une sœur, qui plus est une sœur qu'elle connaît très peu, a ébranlé voire même détruit les fantasmes familiaux qu'elle s'était créés. Le travail de verbalisation d'Adrienne et de ses parents centrés sur la réassurance du sentiment et de l'amour familial a permis l'arrêt rapide de ces comportements violents. Ceci a laissé de la place à l'expression des mal-être des frère et sœur.

Lucie a développé une symptomatologie dépressive avec des idées suicidaires régulières. La séparation physique avec la mère était toujours très angoissante pour la jeune fille, donnant lieu à des crises de larmes et des moments d'auto-agressivité. Il a été mis en place sur son secteur un suivi en hôpital de jour pour adolescents. Elle a été retirée de l'école en raison de ses relations douloureuses avec ses pairs. Les cours sont assurés par sa mère qui a arrêté de travailler après l'adoption. La mère occupe donc plusieurs places qui renforcent l'attachement de sa fille.

Le comportement de Louis à l'école est décrit comme très problématique. Il est bruyant, distractible et perturbe la classe. Il n'a pas de difficulté à se faire des amis, et est très souvent apprécié de ses pairs car il « fait le clown ». A la maison, il transgresse souvent les règles et ment régulièrement à ses parents. Des tests psychométriques sont en cours. Il n'y a pas d'opposition franche ou de violence mais ces transgressions répétées entament l'idéal parental du père, le poussant à questionner fréquemment sa capacité à être un bon père. Son autorité mise à mal le reconvoque sur celle de son propre père dont il dit avoir toujours souhaité se détacher, un autoritarisme auquel il n'a jamais voulu s'identifier. Cependant, les comportements de ses enfants le conduisent parfois à vouloir, devoir, occuper une position qu'on toujours refusée. Du côté maternel, l'identification est tout aussi complexe à sa mère. Dans cette configuration familiale, la place de la mère est omniprésente même si cette dernière s'en plaint eut égard aux sollicitations constantes de ses trois enfants, des demandes d'amour trop envahissantes. Et quand elle cherche appui chez sa mère, celle-ci la renvoie constamment à sa fonction défaillante de mère. Madame F reste la fille de sa mère sans l'autorisation de cette dernière à pouvoir la reconnaître dans son accès à la parentalité.

La problématique des emplois du temps est souvent évoquée lors des séances. La mère a cessé de travailler, mais elle donne des cours à domicile à l'aînée. Les prises en charge des enfants sont multiples. Louis voit un orthophoniste, Lucie a des soins en hôpital de jour deux fois par semaine, et les trois enfants ont des activités extrascolaires. Les parents se sentent dépassés et ont l'impression de ne pas avoir assez de temps à accorder à des moments familiaux communs à tous. Par ailleurs, la place accordée au couple parental est quasi inexistante, même s'ils prennent tous les deux la mesure que ce temps de couple est fondamental dans l'union de la famille. Il est impossible pour les enfants de comprendre que leurs parents ne sont pas tout à eux exclusivement.

La prise en charge par la consultation familiale n'a pas encore permis de régler toutes les problématiques évoquées ici. Cependant, les parents identifient ce lieu comme soutenant, et l'utilisent comme espace de verbalisation de leurs inquiétudes respectives. La prise en charge est toujours en cours.

On peut observer ici plusieurs points évoqués précédemment.

Le temps très court entre l'obtention d'agrément, l'apparement et la rencontre n'a pas laissé à la mère la possibilité de mettre en œuvre les remaniements psychiques nécessaires. La grossesse psychique qu'évoque Golse lors de la procédure d'adoption, n'a pas pu se mettre en place. La mère dit « je n'étais pas prête ». Désirer être mère et s'y préparer sont deux choses différentes qui ne font pas appel aux mêmes ressources psychiques. Lors d'une grossesse physique des remaniements représentationnels se jouent dans la tête des futurs parents. Ceux-ci sont nécessaires à l'accueil du nouveau-né dans des conditions psychoaffectives satisfaisantes. Ce temps, que la majorité des familles adoptantes considère comme trop long, est venu ici à manquer. Dans cette situation familiale, nous constatons également que ce temps de remaniement est aussi important pour pouvoir se déplacer de sa propre place d'enfant, pour accéder à une place de parent, dans la filiation transgénérationnelle. Ici, les figures identifacatoires grand-parentales n'ont pas permis un accès serein à la parentalité.

Nous évoquons également les difficultés d'une adoption en fratrie. Lucie et Louis se connaissent bien, ils ont grandi ensemble. S'il n'existe pas une grande complicité entre eux, un véritable sentiment d'appartenir à une même famille les

habite. Adrienne a grandi de ses quatre à ses sept ans loin de ses frère et sœur dans une famille d'accueil différente. Elle ne connaît que très peu les deux autres enfants. Cette fratrie artificielle, reconstruite, n'a pas pour Adrienne, le rôle protecteur et rassurant qu'elle peut avoir pour Lucie ou Louis. Il s'agit d'adopter autant son frère et sa sœur que ses parents. La construction de racines horizontales est tout aussi ardue que celle de racines verticales (64). Ce travail est d'autant plus difficile, que ce projet adoptif n'a pas été préparé avec la plus jeune fille. En effet, avant la rencontre avec ses parents, elle s'imaginait être adoptée seule. Le décalage entre le fantasme et la réalité a été violent. Elle ne sera pas la seule petite fille chérie par ses parents. La rivalité s'est donc installée entre sa sœur et elle, épargnant son frère. En effet, le statut de l'homme est complètement différent de celui de la femme dans son pays d'origine, de sorte qu'aucune comparaison n'est possible. Cette rivalité est sans doute entretenue par les liens fusionnels qui unissent Lucie à leur mère. Si actuellement la rivalité entre les deux sœurs est plus apaisée, la place à occuper dans le cœur de la mère reste toujours un enjeu majeur.

Adopter en fratrie revêt également d'autres difficultés. Le manque de temps, de disponibilité est cœur du discours des parents. L'aspect cumulatif des besoins spécifiques y contribue également. Les trois enfants ont été adoptés au-delà des cinq ans et sont donc tous trois considérés comme des enfants grands. Par ailleurs, les problèmes scolaires et de dyslexie de Louis, les difficultés d'attachements de Lucie et Adrienne, ont un effet cumulatif avec toutes les problématiques précédemment citées. L'épuisement parental participe aux difficultés, et le sentiment de ne pas être un bon parent est amplifié dans cette situation, entraînant des cognitions dépressives importantes.

3) Famille H.

En 2012, M. H (45 ans) et Mme H (49 ans) ont adopté en Bulgarie leur petite fille Sophie alors âgée de 20 mois. L'orphelinat possédait très peu d'éléments d'anamnèse mais ils ont porté à la connaissance du couple parental que la grossesse, bien que menée à terme, a été marquée par un syndrome d'alcoolisme fœtal, pour lequel Sophie a été secondairement suivie dès son arrivée en France au CH La Timone. A 20 mois, Sophie pesait 6.5 kg et possédait de nombreuses carences notamment ferriques.

Sur le plan des acquisitions, la marche aurait été acquise à 11 mois, dans le temps où elle a été confiée à l'orphelinat, mais elle aurait eu des troubles importants de la parole, constatés sur place par M. et Mme H. Pour autant, selon leurs dires, l'apprentissage du français aurait été extrêmement rapide puisque des échanges verbaux auraient existé entre eux et Sophie dès leur séjour en Bulgarie.

A l'exception d'un trouble du sommeil persistant et d'une recherche d'exclusivité dans les relations, le développement cognitif, social et émotionnel de Sophie semble s'être réalisé dans la norme jusqu'en Janvier 2017, date du départ du père dans le nord de la France pour une formation de 18 mois dans le cadre de sa profession.

En juin 2017, la mère demande le soutien d'une prise en charge mère-fille sur le CMP de son secteur pour des difficultés relationnelles très importantes et des attitudes régressives qui commencent à inquiéter également l'école. Il faudra attendre encore 6 mois avant que M. et Mme H. arrivent à venir sur la consultation d'adoption malgré l'insistance du CMP.

La première consultation est réalisée en présence des deux parents, de Sophie et de sa poupée Alice, que toute la famille fait exister au quotidien comme si elle était la sœur, sur injonction de Sophie. Cette poupée sera amenée uniquement sur deux consultations et fera l'objet d'une médiation pour évoquer sa position de bébé et des séparations douloureuses.

En février 2018, Sophie a 7 ans et présente des troubles neuro-développementaux : avec essentiellement une dysrégulation émotionnelle et un déficit des fonctions exécutives (déficit d'attention et d'inhibition, faible mémoire de travail et de capacité de planification), les fonctions cognitives restant à ce jour encore préservées malgré tout.

En effet, à l'école, il n'y a pas de retard des acquisitions et les apprentissages scolaires sont normaux à priori. En revanche, les comportements sont inquiétants (régression orale par rapport aux objets, hypersensibilité auditive, certaines stéréotypies en cour de récréation)

Mme H. est en arrêt maladie pour dépression depuis plusieurs mois et se décrit comme étant totalement tyrannisée par sa fille. Mme H. n'aime pas jouer en général et se dit rapidement exaspérée. Sophie sollicite beaucoup sa mère n'ayant pas acquis la capacité de jouer seule. M. H. a une relation très fusionnelle à sa fille, un mode de relation qui a toujours existé mais qui s'est accentué depuis son départ en formation par la culpabilité qu'il ressent. A chaque retour de M. H, Mme H. quitte très souvent le domicile familial, elle « passe le relais ». Malgré les reproches de son mari, elle ne peut pas s'empêcher de fuir. Il est presque impossible de réunir les trois membres de cette famille ensemble. Dans ce contexte, la question du désir d'enfant est amenée spontanément par le couple dès le premier entretien. Mme H. insiste à plusieurs reprises pour pointer que bien qu'aimant sa fille, le désir d'enfant était exclusivement du côté du père, un désir qu'elle a suivi, « *c'est moi qui était enceinte* » argumente le père pour parler de son désir d'enfant. De fait, elle perçoit le départ en formation de son mari comme un abandon. Ce vécu abandonnique est renforcé par le fait que l'entourage familial ou amical de Mme H. ne fait pas souvent tiers dans la relation mère-fille, Mme H. reconnaît qu'elle ne s'en saisit pas souvent. Sophie quant à elle verbalise l'éloignement de son père par une angoisse de mort. Cependant, on ne retrouve pas d'angoisse de séparation d'avec la mère, notamment pour aller à l'école ; et les troubles du sommeil qui la faisaient dormir dans le lit parental depuis sa venue en France se sont progressivement estompés par le travail thérapeutique entrepris au CMP.

L'inquiétude parentale et surtout paternelle se focalise sur l'histoire infantile de Sophie avant leur rencontre comme causalité des troubles. Pourtant, il est difficile d'obtenir de leur part des éléments médicaux post-adoption. Si le SAF est avéré, il n'en relève pas moins que les modalités relationnelles mises en place depuis plus d'un an viennent fragiliser les liens filiatifs et possiblement aggraver les comportements de Sophie. C'est d'ailleurs bien sa place et celle de ses parents que Sophie vient questionner. Dans les entretiens ultérieurs et en l'absence du père, une consultation à géométrie variable est proposée : l'enfant et la mère sont

reçues dans des espaces séparés puis un temps commun permet une reprise narrative. Seule, Sophie va manifester des comportements extrêmement régressifs tant agis que parlés. Elle est envahie par une angoisse massive dans laquelle elle s'identifie à un « *bébé cadum* ». Elle reproduit comme à l'école des léchages de sol qui nécessitent l'intervention active d'une des thérapeutes.

Les entretiens avec Mme H. révèlent sa grande difficulté à occuper une place maternante dès les relations précoces, mêmes les soins corporels semblent avoir été pris comme des tâches pesantes à réaliser. Actuellement, les soins intimes sont toujours complexes « *je ne peux pas toucher Sophie, je ne peux pas l'aider* ». La dépression actuelle vient nécessairement colorer son récit, les affects sont certes abrasés mais son positionnement maternel dans le holding et le handling semble avoir toujours été ambivalent : « *J'ai jamais aimé les bébés, les tout petits, le bain, le change, tout ça..* » peut alterner dans son discours avec « *c'était ma poupée* ». Mme H. est issue d'une fratrie nombreuse dont elle ne dit presque rien.

Une consultation où il leur avait été demandé de ramener des photos de leur rencontre à l'orphelinat va être déterminante dans la relation mère-fille. Mme H. accepte pour la première fois de prendre sa fille sur ses genoux et s'autorise à des gestes de tendresse pendant qu'elle reprend le récit narratif des premières années à partir des mimiques régressives de Sophie. Le système d'attachement paraît remobilisé.

Les consultations ultérieures en présence de M. H. vont révéler une altération progressive du couple en parallèle de l'amélioration du lien mère-fille, attestant encore de la difficulté à construire un système familial avec tous les membres. Le suivi est toujours en cours. On note une amélioration des troubles du comportement à domicile. Il semblerait que durant les grandes vacances les relations de Sophie avec les pairs n'ont pas été perçues comme pathologiques.

V/CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en lumière les processus de parentalité mis en œuvre lors de l'adoption d'enfants à besoins spécifiques.

La qualité de vie des parents adoptifs est essentiellement impactée dans les domaines psychiques lorsqu'elle est comparée avec celle de la population générale. Elle n'a cependant, pas pu être comparée à celles de la population ayant adopté des enfants sans besoin spécifique, ou l'ayant fait dans le cadre national. Sur ces évaluations de la qualité de vie, les domaines physiques sont conservés. Il semble que le type de besoin spécifique n'influence pas les modifications de la qualité de vie des parents.

La construction de la parentalité adoptive se fait à travers l'exercice, l'expérience et la pratique de celle-ci. Ce sentiment parental se développe essentiellement de deux façons, lors d'un moment précis, le plus souvent celui de la rencontre, ou bien lors de changements progressifs dans la vie et la psyché des parents.

En dépit du fait que la notion de besoin spécifique prenne une place importante, que se soit en terme de temps ou en terme administratif, lors de la procédure d'adoption, avant l'arrivée de l'enfant. Elle ne semble pas occuper la même importance dans le discours des parents interrogés après avoir accueilli leur enfant. Il n'a pas été révélé dans cette étude, une spécificité liée aux particularités des enfants, lors de la construction de la parentalité adoptive. Les points en lien direct avec une adoption d'enfant EBS s'écartant de ceux d'une adoption d'un enfant sans particularité trouvent leur point d'ancrage avant l'arrivée de l'enfant. C'est à dire lors de la procédure d'adoption. Il est demandé aux parents de faire un deuil concomitant du désir d'enfantement et du fantasme de l'enfant parfait, avant même la rencontre de l'imaginaire et du réel.

Qu'il présente des spécificités ou non l'arrivée de l'enfant comble le « besoin de famille » de l'enfant et le « désir d'enfant » des parents.

La notion de besoin spécifique reflète davantage une réalité administrative que clinique. Dans le discours des adoptants la seule véritable particularité de ces enfants est d'avoir été adoptés.

Si nous n'avons pas mis en lumière de véritable spécificité à l'adoption des enfants à particularité, nous avons tout de même mis en exergue quelques difficultés

rencontrées par les parents adoptants. Afin qu'ils puissent être les tuteurs de la capacité de résilience de leur enfant, il faut que les parents soient eux mêmes soutenus. La première étape serait une consultation en binôme dans les COCA de la région afin de mieux orienter, dépister ou désamorcer les difficultés psychologiques des candidats à l'adoption. Dans un second temps, des groupes de paroles d'échanges entre familles, autres que ceux proposés par le milieu associatif et accompagnés par un professionnel formé aux problématiques adoptives aideraient les familles. En outre, dans la région, il apparaît nécessaire de faciliter l'accès à une consultation spécialisée plus large.

Comme nous le rappelle la Convention de La Haye, le bien être supérieur de l'enfant est primordial et l'adoption ne doit pas valider une filiation adulte, mais être au service de l'enfant pour lui donner une famille. Offrir un soutien adapté aux parents adoptants c'est optimiser les chances que cette famille fonctionne, car rappelons que l'échec d'une adoption est avant tout dommageable pour l'enfant.

Bibliographie

1. Guyotat J. Mort, Naissance et filiations. Etudes de psychopathologie sur le lien de filiation. Masson; 1980.
2. Lévy-Soussan P. Travail de filiation et adoption. Rev Fr Psychanal. 2002;66(1):41.
3. l'adoption agence française de, ministère de l'europe et des affaires étrangères. Rapport adoption internationale 2009.
4. mission de l'adoption internationale, ministère de l'europe et des affaires étrangères. Rapport statistique de l'adoption internationale en 2017.
5. Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (*). Unif Law Rev. janv 1993;os-21(1):236-66.
6. Paucher M. Filiation adoptive : se dégager de la fascination pour la réalité externe. Enfances Psy. 2005;29(4):119.
7. Body Lawson F, Dacqui L, Courrier C, Schilling M, Imbault-Floury M, Borsa-Dorion A, et al. L'aide au tissage des liens, une mission pour la COCA de Nancy. Enfances Psy. 2013;59(2):113.
8. Chicoine J-F, Germain P, Lemieux J. Adoption internationale, familles et enfants dits « à besoins spéciaux ». Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2012;n° 49(2):155.
9. Cascales T, Lacroix M-B. Les premiers liens dans l'adoption internationale: les besoins particuliers de l'enfant et de ses parents. Toulouse: Erès; 2015.
10. Ozoux-Teffaine O. Enjeux de l'adoption tardive. Paris: Diffusion] Cairn.info; 2010.
11. Houzel D, Golse B. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France; 2000.
12. e Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale: A validity and reliability study in a Turkish sample. Turk J Med Sci [Internet]. 30 avr 2018 [cité 19 août 2018];48(2). Disponible sur: <http://online.journals.tubitak.gov.tr/openDoiPdf.htm?mKodu=sag-1711-111>
13. Golse B. L'enfant excitable: Système pare-excitation, système pare-incitation. Enfances Psy. 2001;14(2):49.
14. Bachollet M-S, Marcelli D. Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. Enfances Psy. 2010;49(4):14.
15. Stern DN. Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale. Paris: Presses univ. de France; 2011.

16. Green A. Le travail du négatif [Internet]. Paris: Editions de Minuit; 2011 [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782707337818>
17. Bowlby J. Attachement et perte. Paris: Presses universitaires de France; 2008.
18. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol.* 1992;28(5):759-75.
19. Miljkovitch R, Pierrehumbert B, Bretherton I, Halfon O. Associations between parental and child attachment representations. *Attach Hum Dev.* sept 2004;6(3):305-25.
20. Fraiberg SH, Nataf A. Fantômes dans la chambre d'enfants: évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson. Paris: Presses universitaires de France; 2012.
21. Cramer B, Palacio-Espasa F. La Pratique des psychothérapies mères-bébés: études cliniques et techniques. Paris: Presses Universitaires de France; 1993.
22. Guyotat J. Transmission. Filiation. *Rech En Psychanal.* 2005;3(1):115.
23. Neyrand G. La parentalité comme dispositif. mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation. *Rech Fam.* 2007;4(1):71.
24. Goody EN. Parenthood and social reproduction: fostering and occupational roles in west Africa. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
25. Fine A. Qu'est-ce qu'un parent?: Pluriparentalités, genre et système de filiation dans les sociétés occidentales. *Spirale.* 2002;21(1):19.
26. Godelier M. Systèmes de parenté et formes de famille. *Rech Sci Relig.* 2014;102(3):357.
27. Benedek T. Parenthood As A Developmental Phase: A Contribution to the Libido Theory. *J Am Psychoanal Assoc.* juill 1959;7(3):389-417.
28. Racamier PC. De psychanalyse en psychiatrie: études psychopathologiques: travaux réunis. Paris: Payot & Rivages; 1998. 313 p. (Bibliothèque scientifique Payot).
29. Lebovici S, Stoleru S. Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste: les interactions précoces. Paris: Bayard; 2003.
30. Lamour M, Barraco M. Souffrances autour du berceau: des émotions au soin. Paris: Gaëtan Morin; 1998.
31. Dayan J. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

32. Solís Pontón L, Lartigue Becerra T, Maldonado Durán M. Cultura de la parentalidad: antídoto contra la violencia y la barbarie. México, D.F.: Manual Moderno; 2006.
33. Évolution des structures familiales : les familles monoparentales. Programme de recherches de 1985 de la Cnaf;
34. Lefaucheur N. Les familles monoparentales : des chiffres et des mots pour le dire. Formes nouvelles ou mots nouveaux ? AidelF-Assoc Int Démographes Lang Fr. 1986;(Les familles d'aujourd'hui):173-81.
35. Irène Théry, Devillé A. Le démariage. Justice et vie privée. Droit Société. 1994;Le sang : les veines du social(n°28):p.744-747.
36. Théry I, Leroyer A-M. Filiation, origines, parentalité: le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle: rapport remis à la ministre déléguée chargée de la famille, ministère des affaires sociales et de la santé. Paris: Odile Jacob; 2014. 382 p.
37. Claude Martin. La parentalité en question. Perspectives sociologiques : Rapport au Haut conseil de la population et de la famille. 2003. <halshs-00201825>.
38. Bruel A, Faget J. De la parenté à la parentalité [Internet]. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2003 [cité 6 août 2018]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/de-la-parente-a-la-parentalite--9782865869503.htm>
39. Mucchielli L. Le contrôle parental du risque de délinquance juvénile. Rech Prévisions. 2001;63(1):3-18.
40. Houzel D. IV – Les enjeux de la parentalité. In: La parentalité [Internet]. Presses Universitaires de France; 1999 [cité 17 août 2018]. p. 61. Disponible sur: <http://www.cairn.info/la-parentalite--9782130530534-page-61.htm>
41. Sar BK. Preparation for Adoptive Parenthood with a Special-Needs Child: Role of Agency Preparation Tasks. Adopt Q. juin 2000;3(4):63-80.
42. Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris: Editions Estem; 2001.
43. Chan Chee C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), éditeurs. La dépression en France: enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES; 2009. 203 p. (Études santé).
44. Sapinho D. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils. :16.
45. Halifax J, Villeneuve-Gokalp C. L'adoption en France: qui sont les adoptés, qui sont les adoptants. Popul Soc. 2005;417:1-4.

46. Bègue F. Deuil et adoption. Attentes inconscientes de parents adoptifs sans problème de fertilité. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mars 2013;61(2):106-17.
47. Peyron A, Krouch T, Lecamus S, Poinso F. Quand une famille adoptante a déjà un enfant biologique : un accès à la parentalité adoptive différent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mai 2016;64(3):168-74.
48. Bessin M, Levilain H. La parentalité tardive: logique biographiques et pratiques éducatives. METZ; 2005.
49. Bessin M, Levilain H. Parents après 40 ans. Paris: Autrement; 2012.
50. Golse B. À propos de l'adoption internationale : la double étrangeté de l'enfant venu d'ailleurs. *Arch Pédiatrie.* juin 2011;18(6):723-6.
51. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Masson. 2008.
52. Krouch T. Adoption internationale et traumatisme des parents. [Aix-Marseille]: faculté de médecine; 2010.
53. Hrdy SB. Les instincts maternels. Paris: Payot; 2002.
54. Dortier J-F. Y a-t-il un instinct maternel? *Sci Hum.* 2003;La littérature une science humaine ?114.
55. Soulé M. Le fantasme de la recherche de ses géniteurs par l'enfant adopté ou le roman familial. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1995;(43):465-9.
56. Vinay A. La construction du lien social chez l'enfant adopté. *Enfances Psy.* 2006;32(3):134.
57. Golse B. 9. La « grossesse » des parents adoptants (réflexions sur la procédure d'agrément). In: La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité [Internet]. Presses Universitaires de France; 2004 [cité 20 août 2018]. p. 193. Disponible sur: <http://www.cairn.info/grossesse-l-enfant-virtuel-et-la-parentalite--9782130545316-page-193.htm>
58. Brazelton TB. Touchpoints: your child's emotional and behavioral development. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1992. 479 p.
59. Colloque. *Carnet PSY.* 2001;63(3):22.
60. Tremblay D-G, Dagenais LF, Association d'économie politique. Ruptures, segmentations et mutations du marché du travail [Internet]. Sainte-Foy [Que.]: Presses de l'Université du Québec; 2002 [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/422781>
61. HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société - Partage des activités parentales : les inégalités perdurent [Internet]. [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00490521/>

62. Guivarch J, Krouch T, Lecamus S, Védie C. La filiation adoptive à l'épreuve du traumatisme. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2017;175(8):705-9.
63. Foli KJ, Thompson JR. The post-adoption blues: overcoming the unforeseen challenges of adoption. Emmaus, Penna.] : [New York? Rodale ; Distributed to the book trade by St. Martin's Press; 2004. 242 p.
64. Camdessus B. Adoption et fratrie. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2004;32(1):135.

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14.

<https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Bègue, F. (2013). Deuil et adoption. Attentes inconscientes de parents adoptifs sans problème de fertilité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(2), 106-117.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.04.008>

Benedek, T. (1959). Parenthood As A Developmental Phase: A Contribution to the Libido Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3), 389-417. <https://doi.org/10.1177/000306515900700301>

Bessin, M., & Levilain, H. (2005). *La parentalité tardive: logique biographiques et pratiques éducatives*. (INED). METZ.

Bessin, M., & Levilain, H. (2012). *Parents après 40 ans*. Paris: Autrement.

Body Lawson, F., Dacqui, L., Courrier, C., Schilling, M., Imbault-Floury, M., Borsadorion, A., & Sibertin-Blanc, D. (2013). L'aide au tissage des liens, une mission pour la COCA de Nancy. *Enfances & Psy*, 59(2), 113.

<https://doi.org/10.3917/ep.059.0113>

Bowlby, J. (2008). *Attachement et perte*. Paris: Presses universitaires de France.

Brazelton, T. B. (1992). *Touchpoints: your child's emotional and behavioral development*. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.

<https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>

Bruel, A., & Faget, J. (2003). *De la parenté à la parentalité*. Ramonville Saint-Agne: Érès. Consulté à l'adresse <http://www.cairn.info/de-la-parente-a-la-parentalite--9782865869503.htm>

Cascales, T., & Lacroix, M.-B. (2015). *Les premiers liens dans l'adoption internationale: les besoins particuliers de l'enfant et de ses parents*. Toulouse: Érès.

Chan Chee, C., & Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France) (Éd.). (2009). *La dépression en France: enquête Anadep 2005*. Saint-Denis: INPES.

- Chicoine, J.-F., Germain, P., & Lemieux, J. (2012). Adoption internationale, familles et enfants dits « à besoins spéciaux ». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 49(2), 155.
<https://doi.org/10.3917/ctf.049.0155>
- Claude Martin. (s. d.). La parentalité en question. Perspectives sociologiques : Rapport au Haut conseil de la population et de la famille. 2003. <halshs-00201825>.
- Colloque. (2001). *Le Carnet PSY*, 63(3), 22. <https://doi.org/10.3917/lcp.063.0022>
- Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (*). (1993). *Uniform Law Review*, os-21(1), 236-266.
<https://doi.org/10.1093/ulr/os-21.1.236>
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *La Pratique des psychothérapies mères-bébés: études cliniques et techniques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dayan, J. (2015). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Dortier, J.-F. (2003). Y a-t-il un instinct maternel? *Sciences Humaines, La littérature une science humaine ?*, 114.
- e Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale: A validity and reliability study in a Turkish sample. (2018). *TURKISH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES*, 48(2). <https://doi.org/10.3906/sag-1711-111>
- Fine, A. (2002). Qu'est-ce qu'un parent ? : Pluriparentalités, genre et système de filiation dans les sociétés occidentales. *Spirale*, 21(1), 19.
<https://doi.org/10.3917/spi.021.0019>
- Foli, K. J., & Thompson, J. R. (2004). *The post-adoption blues: overcoming the unforeseen challenges of adoption*. Emmaus, Penna.] : [New York? Rodale ; Distributed to the book trade by St. Martin's Press.
- Fraiberg, S. H., & Nataf, A. (2012). *Fantômes dans la chambre d'enfants: évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson*. Paris: Presses universitaires de France.
- Godelier, M. (2014). Systèmes de parenté et formes de famille. *Recherches de Science Religieuse*, 102(3), 357. <https://doi.org/10.3917/rsr.143.0357>
- Golse, B. (2011). À propos de l'adoption internationale : la double étrangeté de l'enfant venu d'ailleurs. *Archives de Pédiatrie*, 18(6), 723-726.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.02.004>
- Golse, Bernard. (2001). L'enfant excitable: Système pare-excitation, système pare-encitation. *Enfances & Psy*, 14(2), 49. <https://doi.org/10.3917/ep.014.0049>
- Golse, Bernard. (2004). 9. La « grossesse » des parents adoptants (réflexions sur la procédure d'agrément). In S. Missonnier, B. Golse, & M. Soulé, *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 193). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.misso.2004.01.0193>
- Goody, E. N. (2007). *Parenthood and social reproduction: fostering and occupational roles in west Africa*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Green, A. (2011). *Le travail du négatif*. Paris: Editions de Minuit. Consulté à l'adresse <http://banq.prenumerique.ca/accueil/isbn/9782707337818>
- Guivarch, J., Krouch, T., Lecamus, S., & Védie, C. (2017). La filiation adoptive à l'épreuve du traumatisme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 705-709. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.02.013>
- Guyotat, J. (1980). *Mort, Naissance et filiations. Etudes de psychopathologie sur le lien de filiation*. Masson.

- Guyotat, J. (2005). Transmission. Filiation. *Recherches en psychanalyse*, 3(1), 115. <https://doi.org/10.3917/rep.003.0115>
- Halifax, J., & Villeneuve-Gokalp, C. (2005). L'adoption en France: qui sont les adoptés, qui sont les adoptants. *Popul Soc*, 417, 1-4.
- HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société - Partage des activités parentales : les inégalités perdurent. (s. d.). Consulté 24 août 2018, à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00490521/>
- Houzel, D. (1999). IV – Les enjeux de la parentalité. In L. Solis-Ponton, *La parentalité* (p. 61). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.soli.2002.01.0061>
- Houzel, D., & Golse, B. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Hrды, S. B. (2002). *Les instincts maternels*. Paris: Payot.
- Irène Théry, & Devillé, A. (1994). Le démariage. Justice et vie privée. *Droit et société, Le sang : les veines du social*(n°28), p.744-747.
- Krouch, T. (2010). *Adoption internationale et traumatisme des parents*. faculté de médecine, Aix-Marseille.
- l'adoption, agence française de, & ministère de l'europe et des affaires étrangères. (s. d.). *Rapport adoption internationale 2009*.
- Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrances autour du berceau: des émotions au soin*. Paris: Gaëtan Morin.
- Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. (2001). Paris: Editions Estem.
- Lebovici, S., & Stoleru, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste: les interactions précoces*. Paris: Bayard.
- Lefaucheur, N. (1986). Les familles monoparentales : des chiffres et des mots pour le dire. Formes nouvelles ou mots nouveaux ? *Aidelf-Association internationale des démographes de langue française*, (Les familles d'aujourd'hui), 173-181.
- Lévy-Soussan, P. (2002). Travail de filiation et adoption. *Revue française de psychanalyse*, 66(1), 41. <https://doi.org/10.3917/rfp.661.0041>
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie* (Masson).
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Bretherton, I., & Halfon, O. (2004). Associations between parental and child attachment representations. *Attachment & Human Development*, 6(3), 305-325. <https://doi.org/10.1080/14616730412331281557>
- mission de l'adoption internationale, & ministère de l'europe et des affaires étrangères. (s. d.). *Rapport statistique de l'adoption internationale en 2017*.
- Mucchielli, L. (2001). Le contrôle parental du risque de délinquance juvénile. *Recherches et Prévisions*, 63(1), 3-18. <https://doi.org/10.3406/caf.2001.933>
- Neyrand, G. (2007). La parentalité comme dispositif. mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation. *Recherches familiales*, 4(1), 71. <https://doi.org/10.3917/rf.004.0071>
- Ozoux-Teffaine, O. (2010). *Enjeux de l'adoption tardive*. Paris: Diffusion] Cairn.info.
- Paucher, M. (2005). Filiation adoptive : se dégager de la fascination pour la réalité externe. *Enfances & Psy*, 29(4), 119. <https://doi.org/10.3917/ep.029.0119>
- Peyron, A., Krouch, T., Lecamus, S., & Poinso, F. (2016). Quand une famille adoptante a déjà un enfant biologique : un accès à la parentalité adoptive

- différent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(3), 168-174. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.09.002>
- Programme de recherches de 1985 de la Cnaf. (s. d.). *Évolution des structures familiales : les familles monoparentales*.
- Racamier, P. C. (1998). *De psychanalyse en psychiatrie: études psychopathologiques: travaux réunis*. Paris: Payot & Rivages.
- Sapinho, D. (s. d.). Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils, 16.
- Sar, B. K. (2000). Preparation for Adoptive Parenthood with a Special-Needs Child: Role of Agency Preparation Tasks. *Adoption Quarterly*, 3(4), 63-80. https://doi.org/10.1300/J145v03n04_05
- Solís Pontón, L., Lartigue Becerra, T., & Maldonado Durán, M. (2006). *Cultura de la parentalidad: antídoto contra la violencia y la barbarie*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Soulé, M. (1995). Le fantasme de la recherche de ses géniteurs par l'enfant adopté ou le roman familial. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc*, (43), 465-469.
- Stern, D. N. (2011). *Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: Presses univ. de France.
- Théry, I., & Leroyer, A.-M. (2014). *Filiation, origines, parentalité: le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité générationnelle: rapport remis à la ministre déléguée chargée de la famille, ministère des affaires sociales et de la santé*. Paris: Odile Jacob.
- Tremblay, D.-G., Dagenais, L. F., & Association d'économie politique. (2002). *Ruptures, segmentations et mutations du marché du travail*. Sainte-Foy [Que.: Presses de l'Université du Québec. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/422781>
- Vinay, A. (2006). La construction du lien social chez l'enfant adopté. *Enfances & Psy*, 32(3), 134. <https://doi.org/10.3917/ep.032.0134>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire EBS de l'agence Française de l'adoption :



Questionnaire pour les parents ayant un projet d'adoption d'enfant(s) à besoins spécifiques

NOM :

Prénom(s) :

Date :

Merci de remplir le questionnaire ci-dessous destiné à préparer l'entretien prévu avec l'équipe de l'Agence française de l'adoption.

Pour remplir ce questionnaire, il vous est vivement recommandé de solliciter l'appui du service adoption de votre Conseil général pour la partie dédiée aux aspects psychologiques et de votre médecin traitant pour la partie médicale.

La case « R » signifie « En réflexion » et sous-entend que vous souhaitez attendre l'entrevue avec le médecin et le psychologue de l'AFA pour orienter votre décision.

FRATRIE ET AGE

	Oui	R	Non
Fratreries de plus de deux enfants			
Enfants de 6 ans et plus			

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

I- CONTEXTE FAMILIAL D'ORIGINE

	Oui	R	Non
Dysfonctionnement familial grave			
Minorité ethnique stigmatisée			
Famille d'origine mise à l'écart (maladie, handicap)			
Enfant issu d'un viol ou d'un inceste			
Mère séropositive, toxicomane ou prostituée			

II- VECU DE L'ENFANT

	Oui	R	Non
Précarité			
Enfants livrés à eux-mêmes (enfants des rues)			
Enfants témoins de la prostitution			
Maltraitance physique			
Maltraitance psychologique			
Abus sexuel			
Séparations (fratrie)			

III- RETENTISSEMENT POSSIBLE DE L'HISTOIRE DE L'ENFANT SUR SA VIE

1) Retard de développement

	Oui	R	Non
Retard psychomoteur			
Retard intellectuel			
Retard du langage			
Retard global			

2) Troubles du comportement

	Oui	R	Non
Hyperactivité			
Agressivité			
Colère			
Opposition			
Intolérance à la frustration			

3) Troubles des apprentissages

	Oui	R	Non
Troubles de l'attention			
Lecture			
Expression écrite			
Calculs			

4) Troubles du langage

	Oui	R	Non
Difficultés d'élocution			
Bégaiement			
Articulation difficile			

IV- PRISE EN CHARGE SPECIALISEE

	Oui	R	Non
Orthophonie			
Psychomotricité			
Psychothérapie (familiale, EMDR-Traitement du <i>syndrome de stress post-traumatique, ergothérapie, etc.</i>)			

PROBLEMATIQUES MEDICALES

I- HANDICAPS

1) Moteurs

	Oui	R	Non
Déficit moteur global « paralysie cérébrale » ou « infirmité motrice cérébrale (IMC) » souvent associée à d'autres troubles pouvant gêner les acquisitions scolaires			
Déficit moteur partiel touchant les membres supérieurs et/ou inférieurs			
Déficit moteur variable et/ou modéré			
Maladies neuromusculaires d'origine génétique telles que les myopathies			

2) Sensoriels

	Totale	Partielle	R	Non
Déficience auditive				
Déficience visuelle				

3) Intellectuels ou mentaux

	Sévère	Légère	R	Non
Déficience intellectuelles ou mentales Par exemple liées à des anomalies chromosomiques				

4) Handicap « esthétique » :

	Sévères (défigurantes)	Légères	R	Non
Séquelles esthétiques d'un accident ou d'une affection ayant des conséquences sur la vie sociale				

II- MALADIES CHRONIQUES TRANSMISSIBLES

	Oui	R	Non
Hépatite B			
Hépatite C			
Syphilis congénitale			
Primo-infection tuberculeuse ou tuberculose évolutive			
Porteurs de VIH ou malades du SIDA			

III- MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

	Oui	R	Non
Affections héréditaires ou congénitales (drépanocytose homozygote, thalassémie majeure, phénylcétonurie, etc.)			
Petite Taille ou Insuffisance Staturale / Nanisme			
Déficiences viscérales, neurologiques ou générales (conséquences d'une insuffisance cardiaque ou respiratoire par ex. Mucoviscidose ou d'une hydrocéphalie traitée par valve de dérivation ou d'un cancer)			
Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)			

IV- AFFECTIONS CURABLES MEDICALEMENT OU CHIRURGICALEMENT AVEC OU SANS SEQUELLES**1) Malformations congénitales**

	Oui	R	Non
Cardiopathies			
Malformations du rachis			
Malformations de membre, main ou pied			
Pied bot			
Fentes labiopalatines			
Malformations viscérales (rénales, génito-urinaires ou digestives)			

2) Pathologies médicales

	Oui	R	Non
Diabète insulino-dépendant			
Epilepsie			

Hypo ou hyperthyroïdie (hors hypothyroïdie congénitale)			
Autres affections pouvant nécessiter un traitement d'entretien à long terme ou lourd ou très spécialisé			

V- HISTOIRE AYANT POTENTIELLEMENT DES REPERCUSSIONS NEGATIVES

	Oui	R	Non
Malnutrition intra-utérine ou durant la 1 ^{ère} année de vie			
Retard de croissance intra-utérin (RCIU)			
Grande prématurité			

Retentissement possible sur le développement staturo-pondéral et psychomoteur

FLUX INVERSE

	Oui	R	Non
Seriez-vous candidat pour participer au programme « Flux inversé » ?			

Informations complémentaires :

Annexe 2 : Convention de La Haye : Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale



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 – AUTORITES CENTRALES ET ORGANISMES AGREES

Article 6

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

Article 7

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

2. Elles prennent directement toutes mesures appropriées pour :

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

Article 8

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

Article 9

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

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

Article 10

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

Article 11

Un organisme agréé doit :

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

Article 12

Un organisme agréé dans un Etat contractant ne pourra agir dans un autre Etat contractant que si les autorités compétentes des deux Etats l'ont autorisé.

Article 13

La désignation des Autorités centrales et, le cas échéant, l'étendue de leurs fonctions, ainsi que le nom et l'adresse des organismes agréés, sont communiqués par chaque Etat contractant au Bureau Permanent de la Conférence de La Haye de droit international privé.

CHAPITRE IV – CONDITIONS PROCEDURALES DE L'ADOPTION INTERNATIONALE

Article 14

Les personnes résidant habituellement dans un Etat contractant, qui désirent adopter un enfant dont la résidence habituelle est située dans un autre Etat contractant, doivent s'adresser à l'Autorité centrale de l'Etat de leur résidence habituelle.

Article 15

1. Si l'Autorité centrale de l'Etat d'accueil considère que les requérants sont qualifiés et aptes à adopter, elle établit un rapport contenant des renseignements sur leur identité, leur capacité légale et leur aptitude à adopter, leur situation personnelle, familiale et médicale, leur milieu social, les motifs qui les animent, leur aptitude à assumer une adoption internationale, ainsi que sur les enfants qu'ils seraient aptes à prendre en charge.
2. Elle transmet le rapport à l'Autorité centrale de l'Etat d'origine.

Article 16

1. Si l'Autorité centrale de l'Etat d'origine considère que l'enfant est adoptable,
 - a) elle établit un rapport contenant des renseignements sur l'identité de l'enfant, son adoptabilité, son milieu social, son évolution personnelle et familiale, son passé médical et celui de sa famille, ainsi que sur ses besoins particuliers ;
 - b) elle tient dûment compte des conditions d'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse et culturelle ;
 - c) elle s'assure que les consentements visés à l'article 4 ont été obtenus ; et
 - d) elle constate, en se fondant notamment sur les rapports concernant l'enfant et les futurs parents adoptifs, que le placement envisagé est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
2. Elle transmet à l'Autorité centrale de l'Etat d'accueil son rapport sur l'enfant, la preuve des consentements requis et les motifs de son constat sur le placement, en veillant à ne pas révéler l'identité de la mère et du père, si, dans l'Etat d'origine, cette identité ne peut pas être divulguée.

Article 17

- Toute décision de confier un enfant à des futurs parents adoptifs ne peut être prise dans l'Etat d'origine que
- a) si l'Autorité centrale de cet Etat s'est assurée de l'accord des futurs parents adoptifs ;
 - b) si l'Autorité centrale de l'Etat d'accueil a approuvé cette décision, lorsque la loi de cet Etat ou l'Autorité centrale de l'Etat d'origine le requiert ;
 - c) si les Autorités centrales des deux Etats ont accepté que la procédure en vue de l'adoption se poursuive ; et
 - d) s'il a été constaté conformément à l'article 5 que les futurs parents adoptifs sont qualifiés et aptes à adopter et que l'enfant est ou sera autorisé à entrer et à séjourner de façon permanente dans l'Etat d'accueil.

Article 18

Les Autorités centrales des deux Etats prennent toutes mesures utiles pour que l'enfant reçoive l'autorisation de sortie de l'Etat d'origine, ainsi que celle d'entrée et de séjour permanent dans l'Etat d'accueil.

Article 19

1. Le déplacement de l'enfant vers l'Etat d'accueil ne peut avoir lieu que si les conditions de l'article 17 ont été remplies.
2. Les Autorités centrales des deux Etats veillent à ce que ce déplacement s'effectue en toute sécurité, dans des conditions appropriées et, si possible, en compagnie des parents adoptifs ou des futurs parents adoptifs.
3. Si ce déplacement n'a pas lieu, les rapports visés aux articles 15 et 16 sont renvoyés aux autorités expéditrices.

Article 20

Les Autorités centrales se tiennent informées sur la procédure d'adoption et les mesures prises pour la mener à terme, ainsi que sur le déroulement de la période probatoire, lorsque celle-ci est requise.

Article 21

1. Lorsque l'adoption doit avoir lieu après le déplacement de l'enfant dans l'Etat d'accueil et que l'Autorité centrale de cet Etat considère que le maintien de l'enfant dans la famille d'accueil n'est plus de son intérêt supérieur, cette Autorité prend les mesures utiles à la protection de l'enfant, en vue notamment :
 - a) de retirer l'enfant aux personnes qui désiraient l'adopter et d'en prendre soin provisoirement ;
 - b) en consultation avec l'Autorité centrale de l'Etat d'origine, d'assurer sans délai un nouveau placement de l'enfant en vue de son adoption ou, à défaut, une prise en charge alternative durable ; une adoption ne peut avoir lieu que si l'Autorité centrale de l'Etat d'origine a été dûment informée sur les nouveaux parents adoptifs ;
 - c) en dernier ressort, d'assurer le retour de l'enfant, si son intérêt l'exige.
2. Eu égard notamment à l'âge et à la maturité de l'enfant, celui-ci sera consulté et, le cas échéant, son consentement obtenu sur les mesures à prendre conformément au présent article.

Article 22

1. Les fonctions conférées à l'Autorité centrale par le présent chapitre peuvent être exercées par des autorités publiques ou par des organismes agréés conformément au chapitre III, dans la mesure prévue par la loi de son Etat.
2. Un Etat contractant peut déclarer auprès du dépositaire de la Convention que les fonctions conférées à l'Autorité centrale par les articles 15 à 21 peuvent aussi être exercées dans cet Etat, dans la mesure prévue par la loi et sous le contrôle des autorités compétentes de cet Etat, par des organismes ou personnes qui :
 - a) remplissent les conditions de moralité, de compétence professionnelle, d'expérience et de responsabilité requises par cet Etat ; et
 - b) sont qualifiées par leur intégrité morale et leur formation ou expérience pour agir dans le domaine de l'adoption internationale.
3. L'Etat contractant qui fait la déclaration visée au paragraphe 2 informe régulièrement le Bureau Permanent de la Conférence de La Haye de droit international privé des noms et adresses de ces organismes et personnes.
4. Un Etat contractant peut déclarer auprès du dépositaire de la Convention que les adoptions d'enfants dont la résidence habituelle est située sur son territoire ne peuvent avoir lieu que si les fonctions conférées aux Autorités centrales sont exercées conformément au paragraphe premier.

5. Nonobstant toute déclaration effectuée conformément au paragraphe 2, les rapports prévus aux articles 15 et 16 sont, dans tous les cas, établis sous la responsabilité de l'Autorité centrale ou d'autres autorités ou organismes, conformément au paragraphe premier.

CHAPITRE V – RECONNAISSANCE ET EFFETS DE L'ADOPTION

Article 23

1. Une adoption certifiée conforme à la Convention par l'autorité compétente de l'Etat contractant où elle a eu lieu est reconnue de plein droit dans les autres Etats contractants. Le certificat indique quand et par qui les acceptations visées à l'article 17, lettre c), ont été données.

2. Tout Etat contractant, au moment de la signature, de la ratification, de l'acceptation, de l'approbation ou de l'adhésion, notifiera au dépositaire de la Convention l'identité et les fonctions de l'autorité ou des autorités qui, dans cet Etat, sont compétentes pour délivrer le certificat. Il lui notifiera aussi toute modification dans la désignation de ces autorités.

Article 24

La reconnaissance d'une adoption ne peut être refusée dans un Etat contractant que si l'adoption est manifestement contraire à son ordre public, compte tenu de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Article 25

Tout Etat contractant peut déclarer au dépositaire de la Convention qu'il ne sera pas tenu de reconnaître en vertu de celle-ci les adoptions faites conformément à un accord conclu en application de l'article 39, paragraphe 2.

Article 26

1. La reconnaissance de l'adoption comporte celle

- a) du lien de filiation entre l'enfant et ses parents adoptifs ;
- b) de la responsabilité parentale des parents adoptifs à l'égard de l'enfant ;
- c) de la rupture du lien préexistant de filiation entre l'enfant et sa mère et son père, si l'adoption produit cet effet dans l'Etat contractant où elle a eu lieu.

2. Si l'adoption a pour effet de rompre le lien préexistant de filiation, l'enfant jouit, dans l'Etat d'accueil et dans tout autre Etat contractant où l'adoption est reconnue, des droits équivalents à ceux résultant d'une adoption produisant cet effet dans chacun de ces Etats.

3. Les paragraphes précédents ne portent pas atteinte à l'application de toute disposition plus favorable à l'enfant, en vigueur dans l'Etat contractant qui reconnaît l'adoption.

Article 27

1. Lorsqu'une adoption faite dans l'Etat d'origine n'a pas pour effet de rompre le lien préexistant de filiation, elle peut, dans l'Etat d'accueil qui reconnaît l'adoption conformément à la Convention, être convertie en une adoption produisant cet effet,

- a) si le droit de l'Etat d'accueil le permet ; et
- b) si les consentements visés à l'article 4, lettres c) et d), ont été ou sont donnés en vue d'une telle adoption.

2. L'article 23 s'applique à la décision de conversion.

CHAPITRE VI – DISPOSITIONS GENERALES

Article 28

La Convention ne déroge pas aux lois de l'Etat d'origine qui requièrent que l'adoption d'un enfant résidant habituellement dans cet Etat 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 depositaire de la Convention.

Article 40

Aucune réserve à la Convention n'est admise.

Article 41

La Convention s'applique chaque fois qu'une demande visée à l'article 14 a été reçue après l'entrée en vigueur de la Convention dans l'Etat d'accueil et l'Etat d'origine.

Article 42

Le Secrétaire général de la Conférence de La Haye de droit international privé convoque périodiquement une Commission spéciale afin d'examiner le fonctionnement pratique de la Convention.

CHAPITRE VII – CLAUSES FINALES

Article 43

1. La Convention est ouverte à la signature des Etats qui étaient Membres de la Conférence de La Haye de droit international privé lors de sa Dix-septième session et des autres Etats qui ont participé à cette Session.
2. Elle sera ratifiée, acceptée ou approuvée et les instruments de ratification, d'acceptation ou d'approbation seront déposés auprès du Ministère des Affaires Etrangères du Royaume des Pays-Bas, dépositaire de la Convention.

Article 44

1. Tout autre Etat pourra adhérer à la Convention après son entrée en vigueur en vertu de l'article 46, paragraphe 1.
2. L'instrument d'adhésion sera déposé auprès du dépositaire.
3. L'adhésion n'aura d'effet que dans les rapports entre l'Etat adhérent et les Etats contractants qui n'auront pas élevé d'objection à son encontre dans les six mois après la réception de la notification prévue à l'article 48, lettre *b*). Une telle objection pourra également être élevée par tout Etat au moment d'une ratification, acceptation ou approbation de la Convention, ultérieure à l'adhésion. Ces objections seront notifiées au dépositaire.

Article 45

1. Un Etat qui comprend deux ou plusieurs unités territoriales dans lesquelles des systèmes de droit différents s'appliquent aux matières régies par cette Convention pourra, au moment de la signature, de la ratification, de l'acceptation, de l'approbation ou de l'adhésion, déclarer que la présente Convention s'appliquera à toutes ses unités territoriales ou seulement à l'une ou à plusieurs d'entre elles, et pourra à tout moment modifier cette déclaration en faisant une nouvelle déclaration.
2. Ces déclarations seront notifiées au dépositaire et indiqueront expressément les unités territoriales auxquelles la Convention s'applique.
3. Si un Etat ne fait pas de déclaration en vertu du présent article, la Convention s'appliquera à l'ensemble du territoire de cet Etat.

Article 46

1. La Convention entrera en vigueur le premier jour du mois suivant l'expiration d'une période de trois mois après le dépôt du troisième instrument de ratification, d'acceptation ou d'approbation prévu par l'article 43.
2. Par la suite, la Convention entrera en vigueur :
 - a) pour chaque Etat ratifiant, acceptant ou approuvant postérieurement, ou adhérent, le premier jour du mois suivant l'expiration d'une période de trois mois après le dépôt de son instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation ou d'adhésion ;
 - b) pour les unités territoriales auxquelles la Convention a été étendue conformément à l'article 45, le premier jour du mois suivant l'expiration d'une période de trois mois après la notification visée dans cet article.

Article 47

1. Tout Etat Partie à la Convention pourra dénoncer celle-ci par une notification adressée par écrit au dépositaire.
2. La dénonciation prendra effet le premier jour du mois suivant l'expiration d'une période de douze mois après la date de réception de la notification par le dépositaire. Lorsqu'une période plus longue

pour la prise d'effet de la dénonciation est spécifiée dans la notification, la dénonciation prendra effet à l'expiration de la période en question après la date de réception de la notification.

Article 48

Le dépositaire notifiera aux Etats membres de la Conférence de La Haye de droit international privé, aux autres Etats qui ont participé à la Dix-septième session, ainsi qu'aux Etats qui auront adhéré conformément aux dispositions de l'article 44 :

- a) les signatures, ratifications, acceptations et approbations visées à l'article 43 ;
- b) les adhésions et les objections aux adhésions visées à l'article 44 ;
- c) la date à laquelle la Convention entrera en vigueur conformément aux dispositions de l'article 46 ;
- d) les déclarations et les désignations mentionnées aux articles 22, 23, 25 et 45 ;
- e) les accords mentionnés à l'article 39 ;
- f) les dénonciations visées à l'article 47.

En foi de quoi, les soussignés, dûment autorisés, ont signé la présente Convention.

Fait à La Haye, le 29 mai 1993, en français et en anglais, les deux textes faisant également foi, en un seul exemplaire, qui sera déposé dans les archives du Gouvernement du Royaume des Pays-Bas et dont une copie certifiée conforme sera remise, par la voie diplomatique, à chacun des Etats membres de la Conférence de La Haye de droit international privé lors de la Dix-septième session, ainsi qu'à chacun des autres Etats ayant participé à cette Session.

Etude pour une thèse en Psychiatrie.

Madame Monsieur, bonjour.

Je me permets de vous solliciter dans le cadre d'une étude pour ma thèse en Psychiatrie. Elle a pour sujet d'étudier la construction de la parentalité chez les personnes adoptant des enfants à besoins spécifiques.

En effet, ce travail me paraît particulièrement intéressant car cette notion relativement récente n'a pas fait l'objet de nombreuses études en France. Alors même que cette modalité d'adoption est en plein essor. Cette étude permettra de mieux comprendre les parents y ayant recours et donc de dégager d'éventuelles pistes afin d'améliorer leur accompagnement lors de cette démarche.

Vous trouvez ci-joint 3 questionnaires.

1 questionnaire semi dirigé concernant la parentalité dans le cadre de l'adoption d'enfants à besoins spécifiques.

1 questionnaire sur la qualité de vie

1 échelle de dépression

Leur remplissage se fait en 10 à 15 minutes. Ils sont anonymes, et n'ont aucune visée diagnostique. Il s'agit de faire un état des lieux afin de mieux comprendre comment aider les parents adoptants.

Conformément à la loi, toutes ces données sont recueillies de façon anonyme et ne seront communiquées à aucun organisme extérieur. Les informations personnelles permettent de faire des statistiques par catégories.

Participer à cette étude ne changera en rien le suivi établi dans la structure. Il n'est d'ailleurs pas obligatoire de participer et aucune justification ne vous sera demandée.

Plus j'aurais récolté de questionnaires et plus mon étude aura une « valeur scientifique » importante, y répondre m'aidera beaucoup dans l'avancée de ma thèse, et je vous en suis très reconnaissante

Merci beaucoup du temps que vous prendrez pour remplir ces formulaires.

Je soussigné(e)

accepte de participer à l'étude

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents que je remplis, qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Questionnaire semi dirigé :

*Quelle est la personne remplissant le questionnaire :
Mère ou Père ?*

Concernant l' adoption :

Combien d'enfants avez-vous adopté ? Quelles étaient les années d'adoption ? Avez-vous pendant cette période adopté des enfants dits à besoins spécifiques ?

Adoptez-vous en couple ou seul ? Quel est votre âge ?

Adoptez-vous en flux inversé ou normal ?

Etes-vous en cours d'adoption ou le processus législatif a-t-il abouti ?

Concernant votre enfant :

Présentez nous votre/vos enfant(s) en quelques lignes :

Quel type de besoin spécifique présente ou présentait votre enfant ?

A-t-il bénéficié de soins spécifiques ? Si oui, de quel type et quels en ont été la durée approximative ?

Au niveau scolaire est-il scolarisé en milieu ordinaire ? Si non dans quel type de milieu ?

Présente t il un handicap ? si oui, quel est son degré ? Quelle compensation MDPH a été proposée ?

Concernant le milieu familial :
Combien d'enfants avez vous ? (filles, garçons)

Avez vous des enfants biologiques ? Si oui, les avez vous eu avant ou après l'adoption ?

Si vous avez adopté en couple, êtes vous à l'heure actuelle séparés ? Si oui, au bout de combien de temps la séparation est elle intervenue ?

Quel âge avez vous ? Quelle est votre profession ?

L'un de vous a-t-il cessé de travailler ? Cette décision était elle en lien avec l'adoption ?

Concernant la notion de besoin spécifique :
La décision d'adoption d'un enfant à besoins spécifiques (EBS) était-elle votre première décision ?

Quelles sont vos motivations à ce type d'adoption ?

La notion de besoin spécifique vous paraît-elle claire ? Que représente-t-elle pour vous ? Cette vision a-t-elle évolué depuis l'arrivée de votre enfant ?

Dans le cadre de la procédure vous êtes-vous sentis assez soutenus et informés par les autorités compétentes ? Quelles améliorations proposeriez-vous ?

Quels sont les obstacles et les difficultés que vous avez pu rencontrer lors de cette démarche d'adoption?

Lors de la procédure et après l'arrivée de votre enfant vous est-il arrivé de ressentir de la colère, un choc, une éventuelle dépression ?
En avez-vous parlé à un professionnel ? Si oui, de quel type ?

A quel moment vous êtes-vous senti parent ?

S'il y a d'autres points qu'il vous parait important d'aborder
merci de ne pas hésiter à profiter de cet espace pour le faire.

Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

A

1. 0 Je ne me sens pas triste
2. 1 Je me sens cafardeux ou triste
3. 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
4. 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

1. 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
2. 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
3. 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
4. 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

1. 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
2. 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
3. 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
4. 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

1. 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
2. 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
3. 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
4. 3 Je suis mécontent de tout

E

1. 0 Je ne me sens pas coupable
2. 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
3. 2 Je me sens coupable
4. 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

1. 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
2. 1 Je suis déçu par moi-même
3. 2 Je me dégoûte moi-même
4. 3 Je me hais

G

1. 0 Je ne pense pas à me faire du mal
2. 1 Je pense que la mort me libérerait
3. 2 J'ai des plans précis pour me suicider
4. 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

1. 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
2. 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
3. 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
4. 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

1. 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
2. 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
3. 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
4. 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

1. 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
2. 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
3. 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
4. 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

1. 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
2. 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
3. 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
4. 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

1. 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
2. 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
3. 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
4. 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

1. 0 Mon appétit est toujours aussi bon
2. 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
3. 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
4. 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an ___ Un peu meilleure qu'il y a un an ___

A peu près comme il y a un an ___ Un peu moins bonne qu'il y a un an ___

Pire qu'il y a un an ___

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

Oui Non

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

Oui Non

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espérez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis,

les voisins ou d'autres groupes ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- *Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?*

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
_ Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. *vous sentiez-vous très enthousiaste ?*

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. *étiez-vous très nerveux ?*

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. *étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?*

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. *vous sentiez-vous au calme, en paix ?*

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. *aviez-vous beaucoup d'énergie ?*

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. *étiez-vous triste et maussade ?*

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

d. mon état de santé est excellent.

_____↓_____↓_____↓_____↓_____↓_____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Annexe 4 : Rapport statistique de l'adoption internationale en France en 2017



STATISTIQUES DE L'ADOPTION INTERNATIONALE EN FRANCE EN 2017

Répartition géographique des adoptions.....	pages 1-2
Âge des enfants adoptés.....	pages 3-4
Répartition selon les types de procédures.....	page 5
Répartition entre AFA, OAA et procédures individuelles.....	pages 6-7
Répartition des adoptions par des OAA.....	page 8
Répartition des adoptions selon les pays d'origine.....	page 9
Cartographie des adoptions par départements.....	page 10
Enfants adoptés présentant des besoins spécifiques (EBS).....	page 11
Proportions d'EBS dans les 10 premiers pays d'origine.....	page 12
Adoptions intrafamiliales.....	page 13
Âge des parents ayant adopté en 2017.....	page 14



Mission de l'adoption internationale
 Direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire
 Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
 57, boulevard des Invalides
 75700 Paris 07 SP
<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-etranger/>

ADOPTIONS INTERNATIONALES REALISEES EN FRANCE EN 2017

	Pays	2017
AFRIQUE	AFRIQUE DU SUD	1
	BENIN	3
	BURKINA FASO	7
	BURUNDI	2
	CAMEROUN	12
	CONGO (RDC)	11
	CONGO-BRAZZA	22
	COTE D'IVOIRE	40
	ETHIOPIE	19
	GHANA	1
	MADAGASCAR	24
	NIGER	4
	REP. CENTRAFRICAINE	6
	TCHAD	1
	TOGO	12
	TUNISIE	14
	179	
AMERIQUES	BRESIL	17
	CHILI	11
	COLOMBIE	86
	DOMINIQUE	2
	HAITI	70
	HONDURAS	1
	PEROU	5
		192

ASIE	CHINE	34
	COREE DU SUD	6
	INDE	27
	LAOS	1
	LIBAN	1
	PHILIPPINES	15
	SRI LANKA	2
	THAILANDE	43
	VIETNAM	95
		224
EUROPE	ALBANIE	1
	ARMENIE	3
	BULGARIE	24
	HONGRIE	6
	KAZAKHSTAN	6
	KOSOVO	2
	LETTONIE	10
	POLOGNE	3
	PORTUGAL	3
	ROUMANIE	3
RUSSIE	24	
UKRAINE	4	
	89	
OCEANIE	VANUATU	1
	1	
	685	

Continents	2017	2016 hors RDC	Evolution relative
Afrique	179	202	-6,6%
Amériques	192	190	6,5%
Asie	224	208	13,5%
Europe	89	110	-14,7%
Océanie	1	12	-91,2%
Total général	685	722	-5,1%

Avant-propos :

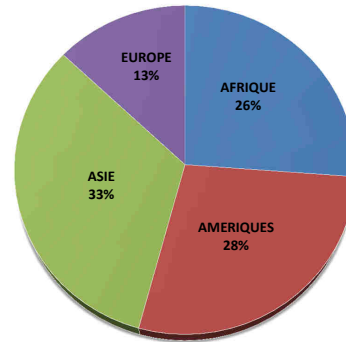
Les chiffres 2016 repris dans ce document ne tiennent pas compte des 231 enfants congolais adoptés l'an passé suite à la levée de la suspension des adoptions en République Démocratique du Congo.

Bien qu'ayant ratifié la Convention de La Haye, la Côte d'Ivoire et l'Arménie restent considérés comme pays hors CLH, car les procédures ayant abouti cette année ont été entamées avant ratification de la CLH.

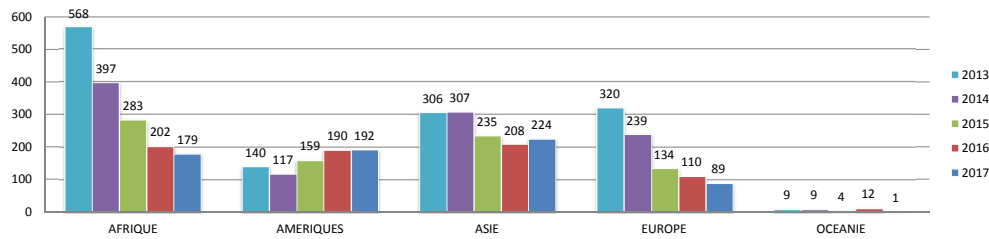
Les adoptions finalisées en 2017 dans des pays où l'adoption internationale est suspendue ou interdite ont été engagées avant les décisions de suspension ou d'interdiction.

20 premiers pays d'origine				
Pays	2017	Part	2016 (hors RDC)	évolution 2016-2017
VIETNAM	95	13,9%	10,2%	35,3%
COLOMBIE	86	12,6%	8,6%	46,2%
HAITI	70	10,2%	11,5%	-11,1%
THAÏLANDE	43	6,3%	6,4%	-1,5%
COTE D'IVOIRE	40	5,8%	6,0%	-2,0%
CHINE	34	5,0%	3,9%	28,0%
INDE	27	3,9%	4,3%	-8,2%
RUSSIE	24	3,5%	4,2%	-15,7%
MADAGASCAR	24	3,5%	5,1%	-31,6%
BULGARIE	24	3,5%	5,3%	-33,4%
CONGO-BRAZZA	22	3,2%	2,9%	10,4%
ETHIOPIE	19	2,8%	1,4%	100,3%
BRESIL	17	2,5%	1,2%	99,1%
PHILIPPINES	15	2,2%	2,4%	-7,0%
TUNISIE	14	2,0%	2,6%	-22,3%
TOGO	12	1,8%	0,7%	153,0%
CAMEROUN	12	1,8%	2,6%	-33,4%
CHILI	11	1,6%	2,5%	-35,6%
CONGO (RDC)	11	1,6%		
LETTONIE	10	1,5%	1,1%	31,8%
Sous-total	610	89,1%		
Autre pays	75	10,9%		
Somme totale	685		722	

Origine géographique des enfants adoptés en 2017



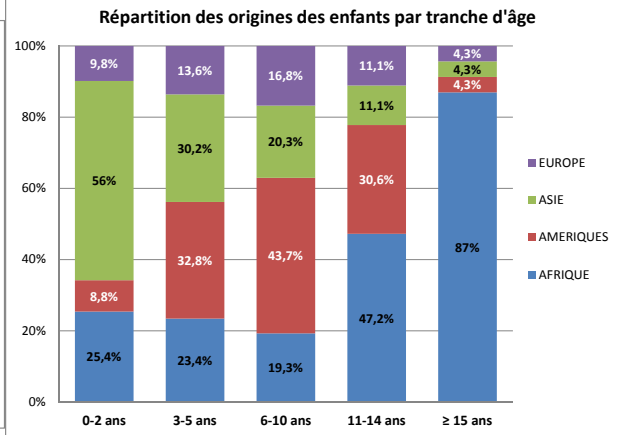
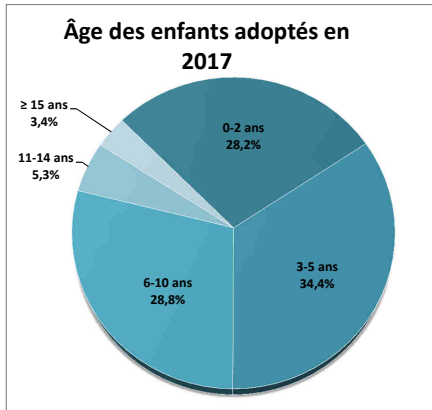
Evolution des adoptions internationales depuis 2013



ÂGE DES ENFANTS ADOPTES EN 2017

Pays	<3 ans	3>6 ans	6>11 ans	11>15 ans	≥ 15 ans	Totaux
AFRIQUE						
AFRIQUE DU SUD			1			1
BENIN		2			1	3
BURKINA FASO	2	5				7
BURUNDI		2				2
CAMEROUN			5	1		6
CONGO (RDC)		3	6		2	11
CONGO-BRAZZA	5	11	2	2		22
COTE D'IVOIRE	12	11	6	7	4	40
ETHIOPIE	5	7	4	2	1	19
GHANA	1					1
MADAGASCAR	9	5	7	3		24
NIGER	2	2				4
REP. CENTRAFRICAINE		2	1	1	2	6
TCHAD			1			1
TOGO		5	5	1	1	12
TUNISIE	13				1	14
Totaux AFRIQUE	49	55	38	17	20	179
AMERIQUES						
BRESIL	1	4	8	4		17
CHILI		2		9		11
COLOMBIE	12	23	44	7		86
DOMINIQUE	1	1				2
HAITI	2	45	22		1	70
HONDURAS	1					1
PEROU		2	3			5
Totaux AMERIQUES	17	77	86	11	1	192
ASIE						
CHINE	13	19	2			34
COREE DU SUD	5	1				6
INDE	6	6	14	1		27
LAOS		1				1
LIBAN	1					1
PHILIPPINES	1	9	4	1		15
SRI LANKA		1	1			2
THAÏLANDE	4	21	17		1	43
VIETNAM	78	13	2	2		95
Totaux ASIE	108	71	40	4	1	224

EUROPE	ALBANIE	1					1
	ARMENIE	3					3
	BULGARIE	8	6	8	2		24
	HONGRIE	1	2	3			6
	KAZAKHSTAN		3	3			6
	KOSOVO		1			1	2
	LETTONIE		4	6			10
	POLOGNE			3			3
	PORTUGAL		2	1			3
	ROUMANIE		3				3
	RUSSIE	3	10	9	2		24
UKRAINE	3	1				4	
		19	32	33	4	1	89
OCEANIE	VANUATU	1					1
		1					1
		194	235	197	36	23	685

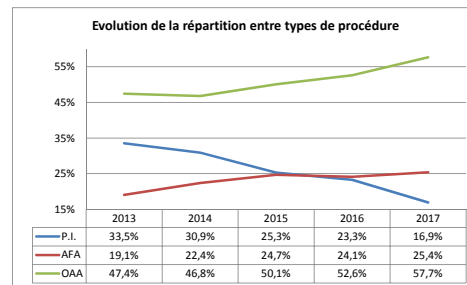
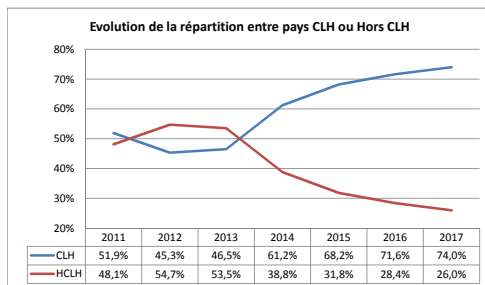


REPARTITION DES ADOPTIONS INTERNATIONALES EN 2017 SELON LES TYPES DE PROCEDURES

Pays CLH	Procédures individuelles	AFA	OAA	Totaux
AFRIQUE DU SUD			1	1
ALBANIE			1	1
BRESIL		17	17	34
BULGARIE	13	11	24	48
BURKINA FASO	3	4	7	14
BURUNDI		2	2	4
CHILI	4	7	11	22
CHINE	11	23	34	68
COLOMBIE	58	28	86	174
HAITI	3	67	70	140
HONGRIE	6		6	12
INDE		27	27	54
KAZAKHSTAN		6	6	12
LETTONIE	10		10	20
MADAGASCAR	5	19	24	48
PEROU	5		5	10
PHILIPPINES	14	1	15	30
POLOGNE		3	3	6
PORTUGAL	3		3	6
ROUMANIE	3		3	6
SRI LANKA		2	2	4
THAILANDE	9	34	43	86
TOGO	9	3	12	24
VIETNAM	7	88	95	192
Sous-totaux CLH	0	163	344	507
	0,0%	32,1%	67,9%	74,0%

Pays hors CLH	Procédures individuelles	AFA	OAA	Totaux
ARMENIE*	3			3
BENIN*	3			3
CAMEROUN*	12			12
CONGO (RDC)*	4		7	11
CONGO-BRAZZA	20		2	22
COREE DU SUD			6	6
COTE D'IVOIRE*	35		5	40
DOMINIQUE*	2		2	4
ETHIOPIE*	3		16	19
GHANA*	1			1
HONDURAS	1			1
KOSOVO	2			2
LAOS*	1			1
LIBAN	1			1
NIGER	1		3	4
REP. CENTRAFRICAINE*	6			6
RUSSIE	1	11	12	24
TCHAD	1			1
TUNISIE	14			14
UKRAINE	4			4
VANUATU	1			1
Sous-totaux HCLH	116	11	51	178
	65,2%	6,2%	28,7%	26,0%
Tous pays confondus	116	174	395	685
	16,9%	25,4%	57,7%	

* : procédures engagées avant les décisions de suspension ou d'interdiction



AFA, OAA et INDIVIDUELLES : REPARTITION PAR OPERATEURS ET PAR PAYS

AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION			174
CLH	BULGARIE	13	
	BURKINA FASO	3	
	CHILI	4	
	CHINE	11	
	COLOMBIE	58	
	HAITI	3	
	HONGRIE	6	
	LETTONIE	10	
	MADAGASCAR	5	
	PEROU	5	
	PHILIPPINES	14	
	PORTUGAL	3	
	ROUMANIE	3	
	THAÏLANDE	9	
	TOGO	9	
	VIETNAM	7	
HCLH	RUSSIE	11	
ACCUEIL AUX ENFANTS DU MONDE			5
CLH	BURKINA FASO	2	
	MADAGASCAR	3	
ACCUEIL ET PARTAGE			8
CLH	HAITI	8	
AGIR POUR L'ENFANT			7
CLH	HAITI	7	
LES AMIS DES ENFANTS DU MONDE			8
CLH	HAITI	4	
	PHILIPPINES	1	
HCLH	ETHIOPIE	3	
ARC EN CIEL			7
CLH	BRESIL	1	
	COLOMBIE	6	
AYUDA			7
CLH	BULGARIE	7	
LA CAUSE			2
CLH	MADAGASCAR	2	

FAMILLE ADOPTIVE FRANÇAISE			3
CLH	CHINE	1	
	COLOMBIE	2	
KASIH BUNDA FRANCE			5
CLH	BULGARIE	3	
	SRI LANKA	2	
LA PROVIDENCE			5
CLH	VIETNAM	5	
LUMIERE DES ENFANTS			18
CLH	BURKINA FASO	2	
	COTE D'IVOIRE	4	
	HAITI	3	
	MADAGASCAR	4	
	TOGO	3	
HCLH	CONGO-BRAZZA	2	
MEDECINS DU MONDE			40
CLH	ALBANIE	1	
	BRESIL	4	
	BULGARIE	1	
	CHINE	14	
	COTE D'IVOIRE	1	
	HAITI	6	
CLH	MADAGASCAR	2	
	VIETNAM	11	
ORCHIDEE ADOPTION			34
CLH	THAÏLANDE	34	
PAIDIA			4
HCLH	ETHIOPIE	1	
	NIGER	3	
DE PAULINE A ANAELLE			6
HCLH	RUSSIE	6	
RAYON DE SOLEIL DE L'ENFANT ETRANGER			16
CLH	CHINE	1	
	HAITI	8	
	INDE	1	
HCLH	COREE DU SUD	6	

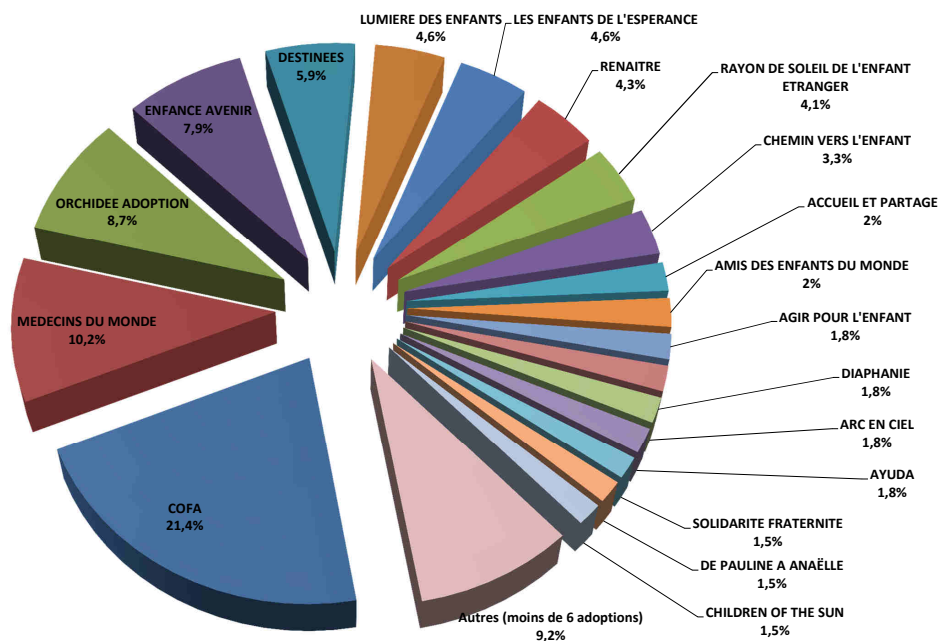
CHEMIN VERS L'ENFANT			13
CLH	AFRIQUE DU SUD	1	
	BURUNDI	2	
	HAITI	3	
HCLH	CONGO (RDC)	7	
CHILDREN OF THE SUN			6
HCLH	ETHIOPIE	6	
COFA			84
CLH	BRESIL	12	
	CHINE	6	
	COLOMBIE	3	
	HAITI	16	
	INDE	8	
	MADAGASCAR	6	
	POLOGNE	3	
	VIETNAM	30	
DESTINEES			23
CLH	VIETNAM	23	
DIAPHANIE			7
CLH	COLOMBIE	7	
ENFANCE Avenir			31
CLH	KAZAKHSTAN	6	
	MADAGASCAR	2	
	VIETNAM	17	
	RUSSIE	6	
LES ENFANTS AVANT TOUT			1
HCLH	ETHIOPIE	1	
LES ENFANTS DE L'ESPERANCE			18
CLH	INDE	18	
LES ENFANTS DE REINE DE MISERICORDE			5
HCLH	ETHIOPIE	5	
ENFANTS DU MONDE-FRANCE			4
CLH	HAITI	4	

RENAITRE			17
CLH	CHILI	7	
	COLOMBIE	10	
SOLIDARITE FRATERNITE			6
CLH	HAITI	6	
TI MALICE			2
CLH	HAITI	2	
Procédures de ressortissants étrangers expatriés en France			3
CLH	CHINE	1	
	VIETNAM	2	
Procédure individuelle			116
HCLH	ARMENIE	3	
	BENIN	3	
	CAMEROUN	12	
	CONGO (RDC)	4	
	CONGO-BRAZZA	20	
	COTE D'IVOIRE	35	
	DOMINIQUE	2	
	ETHIOPIE	3	
	GHANA	1	
	HONDURAS	1	
	KOSOVO	2	
	LAOS	1	
	LIBAN	1	
	NIGER	1	
	REP. CENTRAFRICAINE	6	
	RUSSIE	1	
	TCHAD	1	
	TUNISIE	14	
	UKRAINE	4	
VANUATU	1		
Total général			685

Répartition détaillée des 84 adoptions réalisées par les comités COFA

	Bésil	Chine	Colombie	Haiti	Inde	Madagascar	Pologne	Vietnam
Bordeaux			2					
Brive						6		
Cognac	12							16
Lille				1				
Lyon			1	15				
Marseille		6			8			14
Montauban							3	
Part COFA dans le pays	71%	18%	3%	23%	30%	25%	100%	32%

Répartition des adoptions réalisées via des organismes agréés (hors AFA) - 392 adoptions

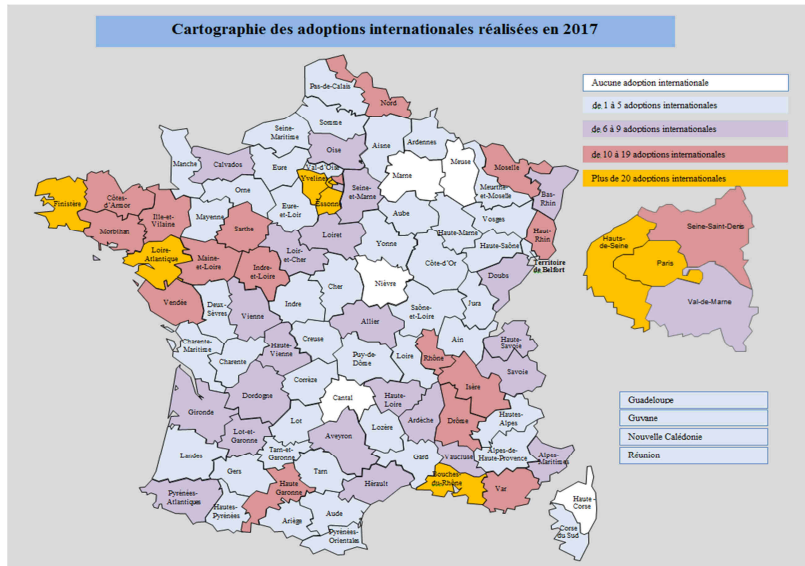


REPARTITION DES ADOPTIONS PAR PAYS, PAR TYPE DE PROCEDURES ET PAR OPERATEUR

AFRIQUE DU SUD	1	COTE D'IVOIRE*	40	MADAGASCAR	suite
CHEMIN VERS L'ENFANT	1	LUMIERE DES ENFANTS	4	ENFANCE Avenir	2
ALBANIE	1	MEDECINS DU MONDE	1	LUMIERE DES ENFANTS	4
MEDECINS DU MONDE	1	Procédure individuelle	35	MEDECINS DU MONDE	2
ARMENIE	3	DOMINIQUE*	2	NIGER	4
Procédure individuelle	3	Procédure individuelle	2	PAIDIA	1
BENIN*	3	ETHIOPIE	19	Procédure individuelle	1
Procédure individuelle	3	LES AMIS DES ENFANTS DU MONDE	2	PEROU	5
BRESIL	17	CHILDREN OF THE SUN	6	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	5
ARC EN CIEL	1	LES ENFANTS AVANT TOUT	1	PHILIPPINES	15
COFA (Comité de COGNAC)	12	LES ENFANTS DE REINE DE MISERICORDE	5	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	14
MEDECINS DU MONDE	4	PAIDIA	1	LES AMIS DES ENFANTS DU MONDE	1
BULGARIE	24	Procédure individuelle	3	POLOGNE	3
AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	13	GHANA*	1	COFA (Comité de MONTAUBAN)	3
AYUDA	7	Procédure individuelle	1	PORTUGAL	3
KASHI BUNDA FRANCE	3	HAITI	70	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	3
MEDECINS DU MONDE	1	ACCUEIL ET PARTAGE	8	REP. CENTRAFRICAINE*	6
BURKINA FASO	7	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	3	Procédure individuelle	6
ACCUEIL AUX ENFANTS DU MONDE	2	AGIR POUR L'ENFANT	7	ROUMANIE	3
AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	3	LES AMIS DES ENFANTS DU MONDE	4	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	3
LUMIERE DES ENFANTS	2	CHEMIN VERS L'ENFANT	3	RUSSIE	24
BURUNDI	2	COFA (Comité de LILLE)	1	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	11
CHEMIN VERS L'ENFANT	2	COFA (Comité de LYON)	15	ENFANCE Avenir	6
CAMEROUN*	12	ENFANTS DU MONDE-FRANCE	4	DE PAULINE A ANAËLLE	6
Procédure individuelle	12	LUMIERE DES ENFANTS	3	Procédure individuelle	1
CHILI	11	MEDECINS DU MONDE	6	SRI LANKA	2
AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	4	RAYON DE SOLEIL DE L'ENFANT ETRANGER	8	KASHI BUNDA FRANCE	2
RENAITRE	7	SOLIDARITE FRATERNITE	6	TCHAD	1
CHINE	34	TI MALICE	2	Procédure individuelle	1
AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	11	HONDURAS	1	THAILANDE	43
COFA (Comité de MARSEILLE)	6	Procédure individuelle	1	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	9
FAMILLE ADOPTIVE FRANCAISE	1	HONGRIE	6	ORCHIDEE ADOPTION	34
MEDECINS DU MONDE	14	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	6	TOGO	12
RAYON DE SOLEIL DE L'ENFANT ETRANGER	1	INDE	27	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	9
Procédure pour ressortissants expatriés	1	COFA (Comité de MARSEILLE)	8	LUMIERE DES ENFANTS	3
COLOMBIE	88	LES ENFANTS DE L'ESPERANCE	18	TUNISIE	14
AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	58	RAYON DE SOLEIL DE L'ENFANT ETRANGER	1	Procédure individuelle	14
ARC EN CIEL	6	KAZAKHSTAN	6	UKRAINE	4
COFA (Comité de BORDEAUX)	2	ENFANCE Avenir	6	Procédure individuelle	4
COFA (Comité de LYON)	1	KOSOVO	2	VANUATU	1
DIAPHANIE	7	Procédure individuelle	2	Procédure individuelle	1
FAMILLE ADOPTIVE FRANCAISE	2	LAOS*	1	VIETNAM	95
RENAITRE	10	Procédure individuelle	1	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	7
CONGO-BRAZZA	22	LETTONIE	10	COFA (Comité de COGNAC)	16
LUMIERE DES ENFANTS	2	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	10	COFA (Comité de MARSEILLE)	14
Procédure individuelle	20	LIBAN	1	DESTINEES	23
CONGO (RD-C)	11	Procédure individuelle	1	ENFANCE Avenir	17
CHEMIN VERS L'ENFANT	7	MADAGASCAR	24	LA PROVIDENCE	5
Procédure individuelle	4	ACCUEIL AUX ENFANTS DU MONDE	3	MEDECINS DU MONDE	11
COREE DU SUD	6	AGENCE FRANÇAISE DE L'ADOPTION	5	Procédure pour ressortissants expatriés	2
RAYON DE SOLEIL DE L'ENFANT ETRANGER	6	LA CAUSE	2	Total général	685
		COFA (Comité de BRIVE)	6		

* : les adoptions finalisées en 2017 dans des pays où l'adoption internationale est suspendue ou interdite ont été engagées avant ces décisions de suspension ou d'interdiction

ILE-DE-FRANCE 138	
Essonne	22
Hauts-de-Seine	28
Paris	28
Seine-et-Marne	8
Seine-Saint-Denis	13
Val d'Oise	3
Val-de-Marne	6
Yvelines	28
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES 84	
Ain	3
Allier	6
Ardeche	6
Cantal	6
Drome	12
Haute-Loire	6
Haute-Savoie	6
Isère	11
Loire	4
Puy de Dôme	3
Rhône	13
Savoie	9
BRETAGNE 63	
Côtes d'Armor	11
Finistère	23
Ille-et-Vilaine	15
Morbihan	14
OCCITANE 62	
Ariège	3
Aude	5
Aveyron	7
Gard	4
Gers	2
Haute-Garonne	18
Hautes-Pyrénées	2
Hérault	6
Lot	2
Lozère	1
Pyrénées-Orientales	2
Tarn	4
Tarn-et-Garonne	4
NOUVELLE-AQUITAINE 61	
Charente	3
Charente-Maritime	4
Corrèze	2
Creuse	1
Deux-Sèvres	3
Dordogne	7
Gironde	13
Haute-Vienne	7
Landes	3
Lot-et-Garonne	8
Pyrénées-Atlantiques	8
Vienne	8
PAYS DE LA LOIRE 60	
Chère-Atlantique	20
Maine-et-Loire	10
Mayenne	4
Sarthe	14
Vendée	12
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR 58	
Alpes-de-Haute-Provence	1
Alpes-Maritimes	7
Bouches-du-Rhône	25
Hautes-Alpes	3
Var	15
Vaucluse	7



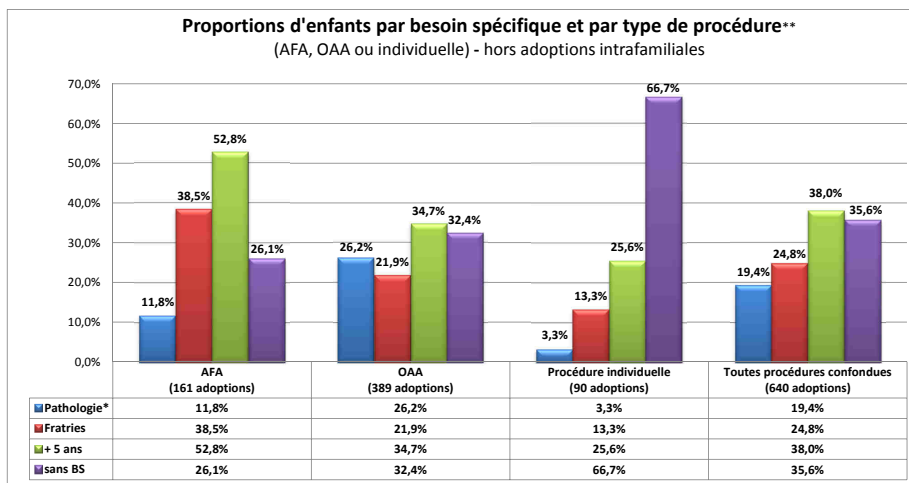
GRAND-EST 41	
Ardennes	3
Aube	3
Bas-Rhin	6
Haute-Marne	3
Haut-Rhin	10
Meuse	0
Meurthe-et-Moselle	4
Moselle	0
Yonne	2
HAUTS-DE-FRANCE 37	
Aisne	4
Nord	19
Oise	6
Pas-de-Calais	5
Somme	3

CENTRE-VAL-DE-LOIRE 35	
Cher	2
Eure-et-Loir	3
Indre	3
Indre-et-Loire	10
Loiret	9
Loir-et-Cher	7
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE 23	
Côte d'Or	2
Doubs	9
Haute-Saône	1
Jura	3
Nièvre	0
Saône-et-Loire	3
Territoire de Belfort	1
Yonne	4

NORMANDIE 14	
Calvados	5
Eure	3
Manche	1
Orne	2
Seine-Maritime	3
CORSE 1	
Corse-du-Sud	1
Haute-Corse	0
OUTRE-MER 7	
Guadeloupe	2
Guyane	1
La Réunion	3
Nouvelle Calédonie	1

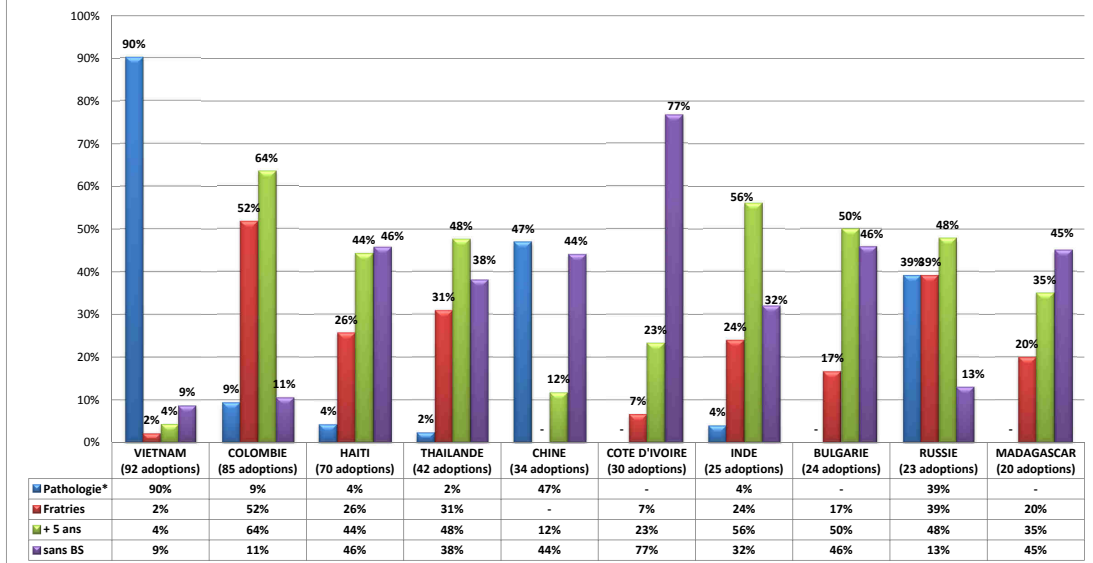
ENFANTS ADOPTÉS EN 2017 PRÉSENTANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES (hors adoptions intrafamiliales)

Type de procédure	total adoptions	Enfants de		Enfants adoptés en fratries				Enfants présentant :			
		+ 5 ans	%	de 2	de 3	de 4	%	une pathologie*	au moins un besoin spécifique**		
AFA	161	85	52,8%	50	12	0	38,5%	19	11,8%	119	73,9%
OAA	389	135	34,7%	66	15	4	21,9%	102	26,2%	263	79,5%
Individuelle	90	23	25,6%	12	0	0	13,3%	3	3,3%	30	29%
Total	640	243	38,0%	128	27	4	24,8%	124	19,4%	412	64,4%



* : pathologie déclarée avant adoption
 ** : un même enfant peut apparaître dans plusieurs catégories de besoins spécifiques (en fratrie et avoir plus de 5 ans, par exemple)

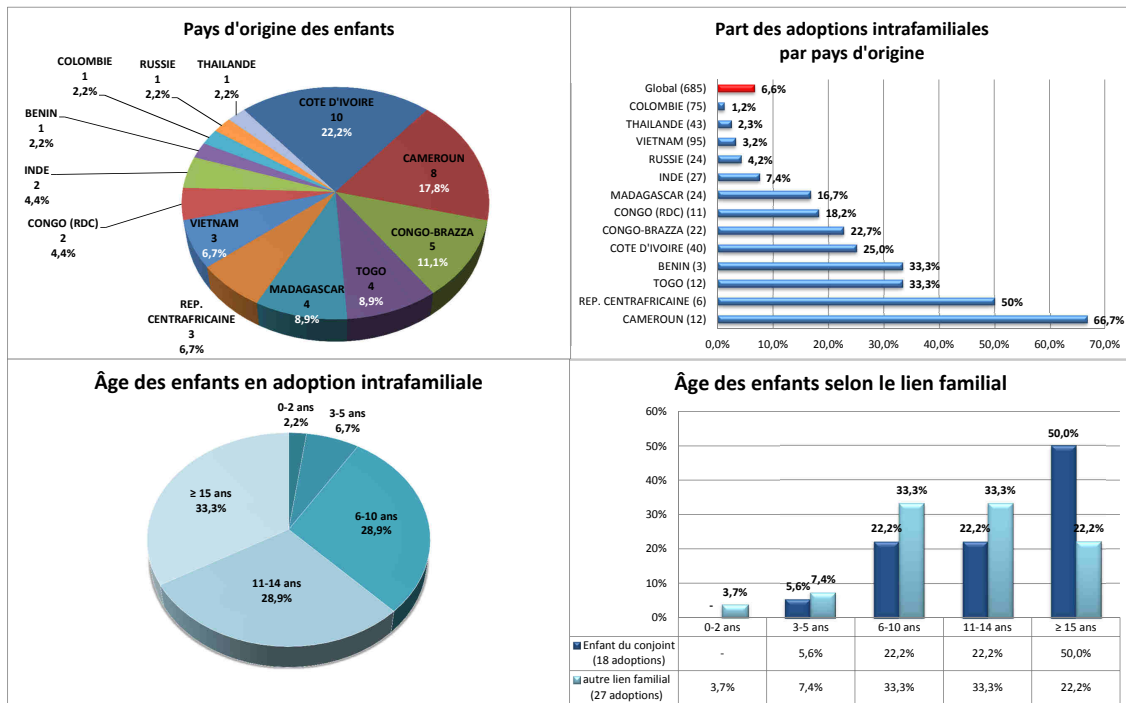
Proportions d'enfants par besoin spécifique dans les 10 premiers pays d'origine**
(403 adoptions -hors adoptions intrafamiliales-, soit 59% des adoptions réalisées en 2017)



* : pathologie déclarée avant adoption

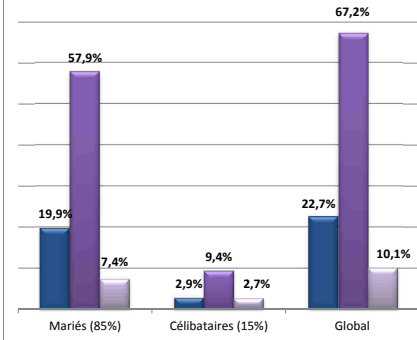
** : un même enfant peut apparaître dans plusieurs catégories de besoins spécifiques (en fratrie et avoir plus de 5 ans, par exemple)

ADOPTIONS INTRAFAMILIALES EN 2017 (45 enfants)

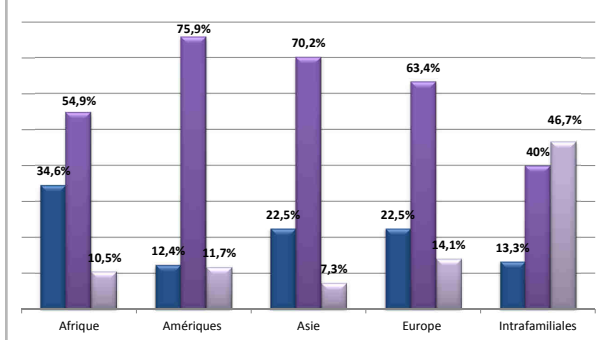


ÂGE DES PARENTS SUR L'ENSEMBLE DES ADOPTIONS (hors intrafamiliales)...

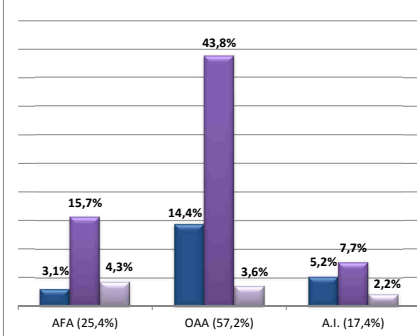
...selon le statut matrimonial



... selon l'origine des enfants et procédures intrafamiliales



...selon la procédure (AFA, OAA ou individuelle)



LEGENDE

- - 40 ans
- 40/50 ans
- + 50 ans

Âge moyen des parents selon statut matrimonial et origine des enfants

	Célibataires	Mariés
Afrique	46 ans	42 ans 1/4
Amériques	47 ans	44 ans 1/2
Asie	44 ans	43 ans
Europe	44 ans 1/4	43 ans
Océanie	44 ans 1/2	44 ans 1/2
	45 ans 1/2	43 ans 1/2

Âge moyen des parents adoptant en procédures intrafamiliales

	enfant du conjoint	autre lien par célibataires	autre lien par couples
1er adoptant	48 ans 1/2	55 ans 3/4	52 ans 3/4
co-adoptant			44 ans 1/4

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



RESUME ET MOTS CLES

La construction de la parentalité chez les personnes adoptant des enfants à besoins spécifiques à l'international

Objectif : Expliciter les différents processus de parentalité lors d'une adoption d'enfant à besoin spécifique. Identifier l'impact d'une telle parentalité sur la vie des parents.

Matériel et méthode : Critères d'inclusion : personne ayant adopté un enfant à besoin spécifique à l'international dans les bouches du Rhône. Evaluation de la qualité par le questionnaire SF-36 avec analyse statistique de comparaison de médianes par test non paramétrique des rangs signés de Wilcoxon. Evaluation des cognitions dépressives par le BDI. Questionnaire semi-dirigé rédigé par l'examinatrice, apportant des réponses qualitatives quant à l'expérience, la pratique et l'exercice de la parentalité.

Résultats : La population interrogée présente une altération significative de trois des quatre domaines psychiques de la SF-36. La vitalité, la santé psychique globale et le fonctionnement social sont significativement plus altérés chez nos répondants que dans la population générale. On ne note pas de différence de qualité de vie en fonction du type de besoin spécifique de l'enfant. 57,14% présenteraient des cognitions dépressives toutes intensités confondues. La notion de besoin spécifique apparaît peu claire, elle ne constitue pas le premier choix des adoptants. Les difficultés rencontrées étaient essentiellement la complexité des démarches, le temps trop long nécessaire à celles-ci, et le manque de soutien. Le sentiment de parentalité se développe de deux manières, soit lors de la rencontre soit progressivement lors des changements organisationnels.

Conclusion: Les spécificités de la parentalité adoptive d'enfants à particularités résident dans la procédure administrative. Une fois l'enfant accueilli dans la famille, on ne retrouve pas différence majeure avec la parentalité adoptive classique.

Mots clés : « adoption » « parentalité » « besoins spécifiques » « convention de La Haye »