

International Social Service
Service Social International
Servicio Social Internacional

General Secretariat • Secrétariat général • Secretariado General

**CENTRE INTERNATIONAL DE REFERENCE
POUR LES DROITS DE L'ENFANT
PRIVE DE FAMILLE (SSI/CIR)**



**MINISTÈRE DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES ET EUROPÉENNES
SERVICE DE L'ADOPTION INTERNATIONALE**

LA PLACE DE LA SANTE DE L'ENFANT DANS LE PROCESSUS DE L'ADOPTION

TABLE DES MATIÈRE

PREAMBULE	3
1. INTRODUCTION	4
2. ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS ADOPTÉS : PANORAMA	5
A. LES RÉSULTATS	5
B. ANALYSE	5
3. L'ACCOMPAGNEMENT PRÉ-ADOPTION	7
A. RÉSULTATS POUR LES SÉANCES D'INFORMATION COLLECTIVES SUR DES SUJETS MÉDICAUX AVANT L'ADOPTION	7
EN UN COUP D'ŒIL	7
SYNTHESE DETAILLEE	7
B. RESULTATS POUR LES CONSULTATIONS INDIVIDUELLES PRE-ADOPTION	8
EN UN COUP D'ŒIL	8
SYNTHESE DETAILLEE	8
C. ANALYSE DES RESULTATS POUR L'ACCOMPAGNEMENT PRE-ADOPTION DANS SON ENSEMBLE	9
4. L'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL DES CANDIDATS A L'ADOPTION ET DE L'ENFANT DANS LE PAYS D'ORIGINE	11
A. LES RESULTATS	11
EN UN COUP D'ŒIL	11
SYNTHESE DETAILLEE	11
B. ANALYSE DES RESULTATS	12
5. L'ACCOMPAGNEMENT POST-ADOPTION	14
A. RESULTATS POUR LES CONSULTATIONS A L'ARRIVEE DE L'ENFANT	14
EN UN COUP D'ŒIL	14
SYNTHESE DETAILLEE	14
B. RESULTATS POUR LES CONSULTATIONS POST-ADOPTION	15
EN UN COUP D'ŒIL :	15
SYNTHESE DETAILLEE	15
C. ANALYSE DES RESULTATS POUR LE SUIVI MEDICAL POST-ADOPTION DANS SON ENSEMBLE	16
6. CONCLUSIONS	17
7. ANNEXES	18
A. LA PLACE DE LA SANTÉ DE L'ENFANT DANS LE PROCESSUS DE L'ADOPTION : UN SCHÉMA TYPE DE BONNE PRATIQUE ENCADRÉ PAR UN OAA	18
B. LISTE DES PERSONNES OU ORGANISMES AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE	19

PREAMBULE

Si la santé des enfants adoptés est une question centrale et légitime dans toute histoire d'adoption, elle reste pourtant peu traitée par la littérature et la recherche spécialisées. Partant de ce constat, le Service de l'Adoption Internationale (SAI) du Ministère français des Affaires Etrangères et Européennes a proposé au SSI/CIR¹ de conduire ensemble une étude sur ce thème.

Il convient d'emblée de préciser que l'étude n'a pas pour but de dresser un bilan des différentes pathologies dont les enfants adoptés peuvent être affectés, ni d'étudier la manière dont les enfants sont suivis médicalement après leur adoption. Il s'agit plutôt ici d'examiner quelle est la place donnée dans le processus adoptif aux questions liées à la santé de l'enfant et quelle est l'organisation de la prise en charge sanitaire. Par exemple : quelles informations reçoivent les candidats adoptants concernant la santé de l'enfant qui leur est proposé ? Comment le bilan de santé de l'enfant est-il réalisé ? De quel accompagnement bénéficient les familles avant l'adoption, dans le pays d'origine, à l'arrivée de l'enfant et après ?

Pour ce faire, et afin de broser un tableau aussi complet que possible des aspects sanitaires de l'adoption, nous avons à la fois collecté des informations tirées de la pratique, et analysé différents systèmes mis en place à travers le monde. Le sujet étant très vaste, l'étude s'est concentrée sur les dispositions prises par les pays d'accueil, leur responsabilité étant particulièrement engagée en la matière. Le point de vue des pays d'origine est toutefois également inclus grâce aux contributions que nous avons reçues de plusieurs d'entre eux.

Concernant la méthodologie, un questionnaire a été envoyé en janvier 2010 à un large éventail de personnes et autorités susceptibles de contribuer à la recherche. Au total, 32 réponses ont été reçues couvrant 22 pays, dont 13 pays d'accueil, 7 pays d'origines et 2 pays « mixtes » (d'accueil et d'origine à la fois). Parmi les réponses, 20 proviennent d'autorités centrales, 4 sont issues d'organismes autorisés pour l'adoption (OAA) et 8 ont été envoyées par des professionnels, essentiellement des médecins. Certaines réponses étant des compilations de réponses de plusieurs intervenants du pays, la diversité est en réalité plus large qu'il n'y paraît.

En vue de faciliter la lecture et l'utilisation des résultats obtenus, nous avons choisi de traiter les informations reçues en suivant le schéma type d'une procédure d'adoption. Une première partie aborde la question de la santé des enfants durant la phase pré-adoption. A ce stade, nous nous sommes essentiellement intéressées à la façon dont les candidats à l'adoption sont informés et préparés au moment de se lancer dans la procédure. La deuxième partie traite de l'accompagnement des candidats au cours de la procédure, lorsqu'ils ont été apparentés à un enfant et qu'ils se trouvent dans le pays d'origine, ainsi que des modalités et de la qualité du bilan de santé de l'enfant. La dernière partie s'intéresse à la prise en charge sanitaire de l'enfant à son arrivée dans le pays d'accueil et au-delà, notamment la phase du suivi post-adoption. Chaque partie est traitée selon le même schéma et propose d'abord une synthèse des résultats, puis les principaux constats et enfin les propositions formulées pour consolider ou améliorer la situation.

Nous remercions très sincèrement l'ensemble des personnes et institutions qui ont répondu à ce questionnaire². La qualité des réponses reçues a permis d'élaborer une étude que nous espérons constructive et utile pour l'ensemble des acteurs impliqués.

Dr Christine Roullière-Le Lidec
Ministère des affaires étrangères et européennes
Service de l'Adoption Internationale

Stéphanie Romanens-Pythoud
Spécialiste en droits de l'enfant
SSI/CIR

¹ Centre international de Référence pour les Droits de l'enfant privé de famille/ Service Social International : www.iss-ssi.org/2009/index.php?id=131

² Pays représentés : Allemagne, Arménie, Australie, Belgique, Brésil, Chypre, Danemark, Equateur, Espagne, France, Irlande, Italie, Lituanie, Monaco, Nouvelle-Zélande, Philippines, Portugal, République Dominicaine, République Tchèque, Suède, Suisse, Turquie. Pour plus de détails, voir la liste des personnes/institutions ayant répondu au questionnaire en annexe 1.

1. INTRODUCTION

Dans la mesure où cette étude approche la question de la santé dans l'adoption à un niveau mondial, il convient tout d'abord de rappeler que les « systèmes d'adoption » varient considérablement d'un pays d'origine à un autre, et que les spécificités sanitaires des enfants adoptables peuvent être liées à ces organisations.

Ainsi, les pays d'origine qui ont mis en place des programmes complets de mesures alternatives pour les enfants privés de famille proposent en majorité des enfants à besoins spéciaux à l'adoption internationale. D'un point de vue purement médical, ces besoins spéciaux couvrent un large éventail de pathologies physiques et/ou psychiques, plus ou moins réversibles, nécessitant des soins sur le long terme ou des traitements spécifiques encore peu accessibles dans de nombreux pays. Ce premier groupe d'enfants se distingue des autres dans la mesure où, par définition, les enfants présentent un bilan sanitaire très spécifique. Ce groupe comporte également les enfants grands et/ou en fratrie.

A l'inverse, pour les adoptions internationales « sans particularités », les enfants peuvent souffrir des différentes pathologies (carences, infections, etc.) liées à leur milieu d'origine et à leur parcours de vie. Pour simplifier, les problèmes qu'ils peuvent présenter sont généralement traitables facilement et ne sont pas sensés causer de soucis particulier à moyen et long terme, à condition évidemment que les examens médicaux aient été réalisés de manière complète et approfondie.

Cette distinction est importante pour cette étude. En effet, un projet d'adoption d'un enfant à particularité, s'il est identifié comme tel, ne se prépare pas, et ne se gère pas, de la même manière qu'une adoption « normale » : la démarche des candidats et leur préparation sont différentes, les intervenants, qu'ils soient institutionnels ou privés (faisant partie d'un OAA) sont spécialisés, les informations médicales relatives à l'enfant font l'objet d'examen et d'explications plus poussés, etc.

Au vu de l'évolution contemporaine de l'adoption internationale qui voit augmenter la proportion d'adoption d'enfants à besoins spéciaux, il est évident que la partie sanitaire du processus adoptif va prendre de plus en plus de place. Or, force est de constater que si les cas clairement identifiés comme « besoins spéciaux » bénéficient bel et bien d'un accompagnement adéquat dans les pays d'origine et dans les pays d'accueil, la place des questions sanitaires n'est pas encore suffisante pour la grande majorité des adoptions internationales. Dans ce contexte, il serait utile de s'inspirer des efforts consentis en matière de placement d'enfants à besoins spéciaux pour mieux gérer l'ensemble des adoptions internationales. Une telle avancée est d'autant plus importante que des enfants officiellement déclarés « sains » ou atteints d'affections curables peuvent développer ultérieurement toute sorte de pathologies physiques et/ou psychologiques, non identifiées au moment de l'apparement, mais risquant de créer de gros problèmes pour leur famille adoptive. En d'autres termes, une adoption « normale » peut tout à fait se transformer en « adoption d'enfant à besoins spéciaux », pouvant créer de graves complications.

2. ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS ADOPTÉS : PANORAMA

A. Les résultats

S'il est difficile d'établir un panorama précis de l'état de santé des enfants adoptés (les données chiffrées étant extrêmement rares à ce sujet) les réponses reçues montrent toutefois que les enfants adoptés présentent des problèmes de santé souvent complexes, parmi lesquels les plus fréquemment recensés sont les parasitoses digestives et cutanées, les pathologies infectieuses (hépatites B et C, tuberculoses, etc.), les problèmes liés à la malnutrition, les retards de croissance, les troubles de l'attachement, etc. Des pathologies plus atypiques sont également fréquemment évoquées telles que l'asthme ou des allergies diverses.

Par ailleurs, lorsque des pays d'origine mettent en place des programmes spécifiques en faveur des enfants à besoins spéciaux, les pathologies présentes sont évidemment différentes. C'est le cas par exemple de la Lituanie dont 80% des enfants proposés en adoption entrent dans cette catégorie.

B. Analyse

Constat 1 : D'une manière générale, on constate que les principaux problèmes de santé des enfants adoptés peuvent être pris en charge efficacement dans le pays d'accueil sous réserve des cas où les pathologies pourraient se manifester ultérieurement. En effet, les problèmes de santé rencontrés par les professionnels (voir ci-dessus) constituent dans l'ensemble des affections dont les traitements restent relativement aisés dans un système sanitaire occidental.

Il faut toutefois mettre ce premier constat en perspective : à l'heure actuelle, les enfants présentant des pathologies plus lourdes restent le plus souvent en institution dans les pays d'origine, soit parce que leur famille biologique n'est pas en mesure d'en assumer les soins, soit parce qu'ils ne trouvent pas de solution familiale alternative, précisément en raison de leur handicap. On constate également que pour des raisons culturelles, ces mêmes enfants ne sont que très rarement proposés à l'adoption internationale, les pays d'origine ne les déclarant pas adoptables.

Les missions du SSI/CIR dans plusieurs pays d'origine³ ont clairement montré que la « non adoptabilité » de ces enfants dépendait plus de facteurs structurels que des raisons purement liées à leurs caractéristiques individuelles. Plusieurs cas de figure ont ainsi été identifiés :

- Si l'organisation administrative d'un pays prévoit qu'un enfant présentant un léger handicap (perte d'un œil, retard de développement par exemple) est orienté vers une structure médicale plutôt que vers une institution de type orphelinat, le fait que les autorités qui le prendront en charge (un ministère de la santé par exemple) ne soient pas compétentes en matière d'adoption empêchera que cette mesure soit envisagée, même si elle pourrait tout à fait répondre à ses besoins.
- Si la décision relative à l'adoptabilité psycho-sociale de l'enfant (par opposition à l'adoptabilité légale) incombe au personnel des crèches, on constate que l'appréciation de l'adoptabilité est souvent faussée par des préjugés culturels, conduisant à ne proposer aux candidats étrangers que des enfants a priori en bonne santé.
- Enfin, certains cadres législatifs excluent explicitement de l'adoption les enfants présentant certains types de pathologie, empêchant ainsi toute évaluation individuelle de la pertinence d'une adoption.

Proposition 1 : Les systèmes de santé doivent encore être développés et renforcés dans de nombreux pays d'origine, en y incluant l'ensemble des mesures de prise en charge alternatives afin d'éviter que des enfants restent institutionnalisés pour la seule raison qu'ils sont malades et

³ Par exemple : En 2007 : Kazakhstan, Kirghizstan, Azerbaïdjan ; en 2009 : Vietnam ; en 2010 : Côte d'Ivoire, Guatemala.

que leur famille n'a pas les moyens de les prendre en charge. Si les Etats d'origine n'ont pas les ressources nécessaires pour assumer seuls ces développements, des échanges d'expériences et de bonnes pratiques entre pays d'origine devraient être favorisés⁴ et, si nécessaire, l'intervention de spécialistes externes devrait également être soutenue.

⁴ De tels échanges ont eu lieu en Amérique latine par exemple entre le Guatemala et le Pérou, le Chili et la Colombie.

3. L'ACCOMPAGNEMENT PRÉ-ADOPTION

En phase pré-adoptive, l'information et/ou la préparation des candidats à l'adoption concernant les questions de santé liées à l'adoption peuvent être livrées sous deux formes : dans le cadre de séances d'information collectives et/ou dans le cadre de consultations individuelles.

A. Résultats pour les séances d'information *collectives* sur des sujets médicaux avant l'adoption

En un coup d'œil

Nombre de réponses	Existence de séances d'information	SI OUI		
		Modalité de la séance d'information (caractère obligatoire ou non, prix, durée, fréquence, cadre)	Intervenants (qui, formation...)	Contenu de la séance
32 réponses pour 22 pays	Oui : 18 Non : 10 Variable en fonction de la région et/ou de l'organisme en charge : 3	- obligatoire dans 15 cas - gratuit dans 13 cas, - - payant dans 5 cas, - prix variable dans 2 cas - fréquence variable - durée variable mais minimum 1 heure - cadre public ou privé	Toutes les séances sont toujours assurées par des professionnels spécialisés dans l'adoption	Variable mais l'information fournie est ordinairement d'ordre général

Synthèse détaillée

Comme le montre le tableau ci-dessus, une majorité de pays d'accueil propose aux candidats adoptants des séances d'informations sous une forme ou sous une autre, le plus souvent de manière obligatoire (15 sur 22, soit 68%). La forme, les modalités (durée, fréquence, etc.) et le contenu de ces séances varient toutefois beaucoup d'un pays à un autre. Ainsi, dans certains cas, ces séances s'assimilent à de véritables cycles d'enseignement ou de préparation pré-adoption. Dans d'autres cas, la structure est plus légère. Certains pays comme le Portugal, la Suède ou la Belgique francophone proposent un contenu très structuré, avec un nombre d'heures et un programme précis. Dans d'autres Etats, comme en Australie ou en Suisse, le contenu des séances est plus variable et modulable en fonction de la région et/ou de l'organisme en charge de la séance d'information⁵.

Les séances d'information collectives interviennent souvent en tout début de processus d'adoption, voire avant même que les candidats initient véritablement une procédure d'adoption. Elles ne sont généralement pas centrées sur les problématiques médicales, mais abordent ces questions dans le cadre d'une information plus globale. A ce stade, ces sessions proposent ordinairement une forme d'introduction à l'adoption et visent à exposer aux participants la situation actuelle de l'adoption, le profil des enfants adoptables, ce qu'une telle démarche implique, etc. Parfois, une information plus spécifique par pays est déjà proposée à ce stade, comme en Australie par exemple, qui les propose aux candidats ayant choisi le pays d'origine de leur futur enfant. Mais dans tous les cas, les questions médicales sont abordées en termes généraux, notamment lors

⁵ A ce sujet, les Etats fédéraux ont souvent une organisation qui varie en fonction de la juridiction.

des discussions à propos des enfants à besoins spéciaux, ou des problèmes médicaux les plus courants rencontrés chez les enfants adoptés.

B. Résultats pour les consultations *individuelles* pré-adoption

En un coup d'œil

SI OUI				
Nombre de réponses	Existence de consultations individuelles pré-adoption	Modalités (organisation, durée, fréquence, prix, financement, caractère obligatoire...)	Intervenant (qui, formation...)	Contenu
32 réponses pour 20 pays	Oui : 24 Non : 5 Variable en fonction de la juridiction et/ou de l'organisme en charge: 3	- obligatoire dans 9 cas - payant dans 7 pays mais cette information est à interpréter en fonction du type de financement du système de santé en vigueur dans le pays (voir ci-dessous) - fréquence variable - dure 1 à 2 heures	Généralement des pédiatres, parfois accompagnés d'une infirmière et/ou avec le concours d'un psychologue ou d'un psychiatre.	Contenu très hétérogène

Synthèse détaillée

Des consultations individuelles pré-adoptions sont proposées dans la plupart des pays. Celles-ci ne sont obligatoires que dans 9 pays qui ont répondu à notre questionnaire, mais elles sont vivement recommandées dans quasiment tous les autres.

Ces consultations s'organisent, selon deux modèles:

- des consultations assimilables à une consultation médicale et qui entrent dans le circuit classique du système de santé ;
- des séances d'information sur le modèle de séances collectives, mais individualisées. Dans ce cas, les séances sont souvent financées par l'Etat ou une structure publique.

Parfois les deux modèles coexistent, comme en France, où les consultations médicales d'adoption sont très spécifiques et peuvent intervenir à divers stades de la procédure.

La prise en charge financière de ces consultations dépend de la structure de financement du système de santé en vigueur dans le pays. A ce titre, on distingue les pays dit « béveridgiens » avec un financement fiscalisé (par exemple la Grande-Bretagne et l'Espagne) et les pays « bismarckiens » avec une structure assurantielle (par exemple la France et l'Allemagne)⁶. Dans la mesure où il s'agit d'une consultation médicale individuelle, son coût est soumis aux mêmes règles que les autres consultations délivrées par un praticien. En revanche, s'il s'agit de consultations

⁶ « Les systèmes de protection sociale en Europe ont deux origines différentes. Dans les systèmes dits beveridgiens (du nom de Lord Beveridge, père du modèle britannique), les droits (à une protection sociale de base) sont accordés à tout citoyen, et sont financés par l'impôt. Dans les systèmes bismarckiens (sur le modèle du système allemand institué par le chancelier Bismarck), il s'agit d'un système assurantiel financé par les cotisations salariales, avec une extension aux ayants droits. Cette couverture d'assurance maladie est étendue vers d'autres personnes indépendamment de leur statut professionnel.

collectives, le coût de cette prestation est assumé soit par les candidats, soit par une structure de type public ou privé.

Le contenu des consultations ou séances individuelles est en revanche très hétérogène et couvre un, plusieurs ou l'ensemble des sujets suivants:

- Informations générales sur le pays d'adoption choisi par les candidats et son environnement sanitaire. Souvent cette information reprend l'information diffusée au cours des séances collectives pré-adoption tout en l'individualisant.
- Préparation et accompagnement psychologique des parents pour l'accueil de l'enfant, y compris sa prise en charge médicale. A ce sujet, la pratique de l'organisme agréé d'adoption suisse Terre des Hommes est intéressante : les intervenants abordent le profil de l'enfant à l'aide de fiches présentant des situations réelles d'enfants avec photo (qui n'est pas celle de l'enfant décrit), description des problèmes de santé et de développement, traitement nécessaire, perspectives, etc. Les candidats sont ainsi confrontés à la réalité des enfants adoptables et peuvent aborder avec l'intervenant la question de leur ouverture par rapport à un problème de santé.
- Informations de type conseils aux voyageurs (vaccination, conseils d'hygiène, etc.)
- Aide au décryptage du dossier médical de l'enfant après l'apparement

Ces informations sont généralement dispensées par un pédiatre, parfois accompagné d'une infirmière et/ou avec le concours d'un psychologue et ou psychiatre. Dans trois cas, ces consultations sont assurées par des intervenants de formation psychosociale à titre principal, avec la possibilité pour les candidats d'être orientés vers un service de santé spécialisé pour la compréhension médicale du dossier de l'enfant s'il y a lieu.

En tous les cas, ces consultations sont généralement considérées comme un complément aux premières séances d'information collectives. Les deux phases forment une démarche progressive et cohérente.

C. Analyse des résultats pour l'accompagnement pré-adoption dans son ensemble

Constat 1: Les séances d'information générales existent dans de nombreux pays, mais leur forme est assez hétérogène. L'information sanitaire/médicale est généralement abordée dans un contexte global. Il n'y a pas de séance collective spécifiquement dédiée à ce seul sujet.

Proposition 1: Cette première étape devrait être obligatoire pour toute personne souhaitant poursuivre un projet d'adoption. Les séances devraient rester assez générales et aborder, pour la partie médicale, des questions telles que les problèmes de santé les plus fréquents chez les enfants adoptés, les enfants à besoins spéciaux, la réalité sanitaire des pays d'origine, etc. A ce stade, il s'agit de présenter aux candidats les réalités de l'adoption, et de rompre avec les mythes, les rêves, les stéréotypes voire les fantasmes existants, afin que le projet d'adoption devienne réalisable et réaliste.

Constat 2: Les séances individuelles existent également dans de très nombreux pays. Elles s'organisent soit en séances d'information individuelles, soit sous forme de consultations médicales. Parfois les deux modèles coexistent, comme en France. En tous les cas, cette étape individualisée constitue un prolongement de la première phase informative générale, proposant une information plus ciblée et personnalisée.

Proposition 2: Quelle que soit la forme choisie, cette étape devrait également être obligatoire car elle permet un accompagnement et une préparation plus approfondie des candidats adoptants. Elle permet en outre de leur accorder une attention personnalisée, de leur donner l'occasion d'exprimer leurs éventuelles peurs et inquiétudes par rapport à certains types de problèmes médicaux et de leur apporter des réponses à ce sujet, notamment concernant les possibilités de traitement, le type de prise en charge, les perspectives, etc. Ces séances ou consultations

permettent en outre de travailler avec les candidats adoptants afin de préciser ou, au besoin, adapter leur projet d'adoption.

Constat 3 : Un décryptage du dossier médical de l'enfant est souvent proposé au moment de la proposition d'apparement.

Proposition 3 : Une éthique stricte doit être respectée pour éviter que cet exercice ne soit perçu comme une aide à la sélection du « meilleur enfant possible ». Ce point est d'autant plus important qu'en principe, si la procédure a été correctement menée, le profil de l'enfant que les candidats sont prêts à adopter a été évoqué en amont, y compris leur « ouverture » concernant les problèmes de santé qu'il peut présenter. La proposition d'enfant devrait donc correspondre à leurs attentes, permettant ainsi de réduire les taux de refus⁷. Dans ces conditions, le décryptage du dossier médical devrait uniquement permettre de vérifier si l'enfant correspond bien à ce à quoi les candidats ont été préparés. Le dossier devrait permettre d'exposer aux futurs parents, en termes clairs, l'historique médical de l'enfant qui leur est proposé, ses perspectives et les éventuels traitements à prévoir.

Il s'agit-là d'un moment crucial dans le processus adoptif qui doit impérativement être géré et accompagné par des professionnels pour permettre aux parents de prendre la mesure de la situation, et d'évaluer s'ils seront capables d'assumer cet enfant avec toutes les contraintes thérapeutiques (notamment) qui s'imposeront alors. La proposition d'enfant constitue un moment très fort émotionnellement, en particulier si l'attente a été très longue. Les candidats se trouvent dans une situation où peuvent surgir des sentiments contradictoires : à la fois l'envie d'accueillir l'enfant devient très forte pouvant aller jusqu'à occulter des difficultés futures, et en même temps, le stress peut conduire à une certaine panique, pour les mêmes raisons. Il est donc essentiel que les candidats puissent bénéficier d'un encadrement approprié et que la coopération entre pays d'origine et pays d'accueil fonctionne. Le temps pris pour prendre conscience de la complexité de la situation, et anticiper les aspects pratiques logistiques, est du temps gagné pour l'intégration de l'enfant. Cet investissement permet également de limiter les risques d'échec à l'adoption. On imagine ainsi aisément qu'à l'inverse, dans le cas d'une adoption individuelle dans un pays hors La Haye, l'absence d'un tel soutien puisse créer des problèmes conséquents par la suite.

Constat 4 : Les évaluations de ces séances pré-adoption sont extrêmement rares, voire inexistantes.

Proposition 4 : Une évaluation de cet accompagnement pré-adoption devrait être mise en place par un organe indépendant afin de s'assurer que ces séances répondent aux besoins.

⁷ Cette question reste toutefois extrêmement sensible et très peu de chiffres sont avancés. Parmi les réponses que nous avons reçues, seul un OAA allemand annonce un taux de refus d'environ 20%.

4. L'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL DES CANDIDATS A L'ADOPTION ET DE L'ENFANT DANS LE PAYS D'ORIGINE

A. Les résultats

En un coup d'œil

		SI OUI		
Nombre de réponses	Les candidats bénéficient-ils d'un accompagnement médical dans le pays d'origine ?	Modalité du bilan médical de l'enfant	Intervenants	Contenu du dossier médical
24 réponses pour 16 pays	Oui : 4 Non : 9 Variable: 11	Extrêmement variable	Médecin de l'orphelinat : 4 Médecin de l'OAA : 4 Médecin local : 1 Assistance à distance : 3 Autre (autorité centrale, ambassade, etc.): 3 Parfois plusieurs de ces solutions sont proposées en fonction de l'OAA, de la région, etc.	Suffisant : 5 Insuffisant : 4 Variable : 7

Synthèse détaillée

L'accompagnement médical des candidats à l'adoption et de l'enfant dans le pays d'origine comporte deux éléments principaux : l'élaboration du dossier médical de l'enfant, puis l'accompagnement et le conseil des candidats adoptants concernant la santé de l'enfant lorsqu'ils sont dans le pays d'origine, dans les cas où le dossier médical est incomplet ou qu'il requiert des éclaircissements ou un conseil médical approfondi.

Le tableau ci-dessus montre à quel point le suivi médical reste aléatoire et lacunaire. D'une part, plusieurs réponses indiquent que le dossier médical de l'enfant est, d'une manière générale, insuffisant pour permettre aux candidats à l'adoption de se prononcer en toute connaissance de cause. De nombreuses autorités soulignent en outre que la qualité du dossier varie beaucoup en fonction, notamment, du pays d'origine de l'enfant ou des circonstances dans lesquelles celui-ci est entré dans le système de prise en charge alternative. Par exemple, s'il est né de parents inconnus et abandonné, son histoire médicale est évidemment beaucoup plus difficile à définir que s'il a été confié à l'adoption par sa mère d'origine. Certains interlocuteurs, essentiellement des OAA, estiment toutefois que les dossiers médicaux qu'ils reçoivent sont suffisamment étayés pour permettre aux candidats de faire un choix éclairé.

D'autre part, concernant l'accompagnement et le conseil des candidats adoptants lorsqu'ils sont dans le pays d'origine, une forme de suivi par un médecin présent dans le pays d'origine est régulièrement proposée dans 4 pays sur 16. Plus du tiers ne propose aucun suivi de ce type, et dans près de la moitié des cas, ce soutien est variable en fonction, notamment, du pays d'origine et de l'organisme qui suit les candidats.

Par ailleurs, lorsqu'il est organisé, cet accompagnement connaît des modalités très variables et est généralement à la charge des futurs parents. Dans certains cas, l'enfant est amené chez un pédiatre privé local. Dans d'autres cas, les candidats sont suivis par un médecin de l'OAA, comme le propose par exemple *Eltern für Africa*, en Allemagne, qui dispose d'un correspondant médical

dans le pays d'origine. Un tel suivi n'est toutefois pas proposé par tous les OAA. Parfois, les candidats et l'enfant peuvent être dirigés vers un correspondant des autorités locales.

B. Analyse des résultats

Constat 1: Cette étape est le point faible dans de nombreux pays, même lorsque l'adoption est réalisée à travers un OAA. Dans les pays d'origine, les candidats à l'adoption sont souvent livrés à eux-mêmes concernant les aspects médicaux, alors qu'il n'est pas rare que le dossier médical de l'enfant soit lacunaire ou confus et que des examens supplémentaires doivent être menés.

Proposition 1 : En vue d'améliorer cet accompagnement des candidats et des enfants au cours de la procédure, il serait opportun d'éviter dans toute la mesure du possible les adoptions individuelles qui sont mal (ou pas du tout) encadrées. Si malgré tout les adoptions individuelles restent autorisées, les candidats devraient avoir accès à une liste de médecins vers lesquels se tourner en cas de nécessité. Cette liste pourrait être disponible auprès de l'Autorité centrale ou des ambassades. De leur côté, les OAA devraient systématiquement identifier un ou des partenaires médicaux locaux de confiance. Le soutien médical à distance devrait être évité autant que possible pour privilégier un soutien direct sur place.

Là encore, l'accompagnement et le conseil des candidats ainsi que les éventuels examens supplémentaires de l'enfant ne doivent pas s'opérer dans le but d'aider les candidats à sélectionner un enfant. L'acceptation, ou non, de la proposition d'enfant intervient en amont, avant la rencontre. En revanche, ce suivi doit répondre aux inquiétudes des futurs parents qui pourraient surgir lorsqu'ils sont sur place, réellement confrontés à la réalité de l'adoption. Enfin, il doit permettre d'assurer la meilleure prise en charge possible à l'enfant, de ne pas passer à côté d'un problème grave et d'anticiper l'organisation de soins plus lourds si nécessaire.

Constat 2 : La question des frais médicaux et leur prise en charge reste floue et peu transparente. Que recouvrent réellement ces frais médicaux ? Que reflètent réellement les frais inhérents à la constitution du dossier médical de l'enfant ? Comment ces coûts sont-ils présentés/détaillés dans la facture globale présentée aux candidats adoptants ? Si cette étude n'a pas abordé ces questions, les expériences acquises lors de missions du SSI/CIR dans les pays d'origine montrent néanmoins une incroyable diversité entre pays d'origine et intermédiaires dans la manière de facturer et de justifier différents frais, plus ou moins liés aux aspects sanitaires de l'adoption. Qu'il s'agisse d'analyses médicales, de traitements divers, de rétributions de personnel médical ou de nounous, voire de rubriques plus vagues telles que les massages prodigués à l'enfant, l'imagination de certains intervenants est sans limite lorsqu'il s'agit de gonfler la facture finale. Dans tous les cas, ces frais sont à la charge des parents adoptifs soit via le forfait demandé par l'OAA, soit en réglant directement les frais de professionnels de santé locaux. Si aucun tarif officiel n'est établi, les approximations financières entretiennent un marché non régulé, source d'abus.

Proposition 2 : Il est essentiel qu'un encadrement de qualité puisse aider les candidats (et les pays d'accueil) à déterminer ce qui est justifié et ce qui ne l'est pas. Dans l'idéal, le pays d'origine devrait établir une liste des coûts acceptables et en fixer les tarifs officiels. Les frais médicaux et ce qu'ils comprennent devraient par ailleurs être détaillés dans la facture présentée aux candidats adoptants. Il serait également opportun que la communauté internationale se mette d'accord sur ce que couvrent les frais demandés aux candidats adoptants. Le projet de Guide de bonnes pratiques No 2 sur l'agrément et les organismes agréés en matière d'adoption de la Conférence de La Haye pourrait par exemple intégrer dans la ventilation des coûts demandés aux candidats adoptants, une rubrique sur les frais médicaux. Une surveillance sanitaire devrait également permettre de s'assurer de la qualité de ces différents services.

Constat 3 : Le contenu des rapports médicaux est hétérogène et dépend de la « culture médicale » du pays et des pratiques des soignants. En effet même si la classification internationale des maladies de l'OMS permet une homogénéisation de la terminologie médicale, l'interprétation qui en est faite diffère d'un pays à l'autre. Cette situation est délicate car l'évaluation médicale du

dossier de l'enfant, puis la communication qui en est faite auprès des parents adoptifs, s'effectue à partir de ce premier dossier. Des incompréhensions et des ambiguïtés peuvent survenir, compromettant le processus même de l'adoption. Par ailleurs, il s'agit d'être particulièrement attentif à la véracité des dossiers médicaux, en particulier lorsqu'un système limite l'adoption internationale aux enfants à besoins spéciaux. Les missions du SSI/CIR ont montré que dans plusieurs pays d'origine, certains enfants étaient déclarés malades ou handicapés de manière abusive, afin de faciliter leur adoption à l'étranger.

Proposition 3 : Afin de limiter ces risques et pour rendre harmonieux le travail des praticiens au sujet de ces dossiers médicaux, l'accès à des informations sanitaires fiables et compréhensibles par tous est nécessaire. Des échanges de bonnes pratiques entre les professionnels de santé du pays d'origine et du pays d'accueil pourraient être développés en prenant pour base le rapport médical préconisé par le guide de la CLH. La réalisation de lignes directrices encadrant la prise en charge médicale de l'enfant adoptés via des OAA depuis l'apparement jusqu'à l'arrivée dans le pays d'accueil pourraient être élaborées.

5. L'ACCOMPAGNEMENT POST-ADOPTION

A. Résultats pour les consultations à l'arrivée de l'enfant

En un coup d'œil

Nombre de réponses	Existe-t-il des consultations médicales à l'arrivée de l'enfant ?	SI OUI		
		Modalités (caractère obligatoire, financement, prix, durée, fréquence)	Intervenants (qui, formation, lien avec le médecin traitant...)	Evaluation
27 réponses pour 15 pays	Oui : 20 Non : 7	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire uniquement pour certaines juridictions belges et australiennes - Prix et financement selon le système de santé en vigueur dans le pays - Dure généralement une heure - Fréquence variable 	<ul style="list-style-type: none"> Pédiatre : 4 Pédiatre en lien avec un psychologue : 6 Personnel médical variable : 3 	Pas d'évaluation, sauf en Belgique

Synthèse détaillée

Une large majorité de pays d'accueil propose des consultations médicales dans les semaines qui suivent l'arrivée de l'enfant, mais sans que cela ne soit ni systématique ni obligatoire. Seules certaines juridictions d'Australie et de Belgique l'imposent.

Par ailleurs, peu de pays semblent proposer des consultations médicales spécialisées en matière d'adoption. D'après les informations que nous avons reçues, seules certaines autorités françaises, australiennes et belges ainsi que la République Tchèque en ont mis en place, même si les réponses reçues sont parfois trop vagues pour confirmer ce dernier point. En tous les cas, cette spécialisation, si elle existe, est développée par la pratique et de façon empirique. A notre connaissance, il n'existe pas de formation académique reconnue en matière d'adoption. Des initiatives intéressantes sont toutefois tentées pour améliorer la formation du personnel médical. Ainsi en Australie, un système permet aux spécialistes de transmettre des informations pertinentes en matière d'adoption aux médecins et pédiatres généralistes. En Espagne, un guide a été publié à l'attention des pédiatres et des professionnels de santé pour les aider dans leur pratique quotidienne lorsqu'ils doivent prendre en charge des enfants adoptés.

Sur un plan pratique, ces consultations interviennent généralement dans les premières semaines, voire les premiers mois qui suivent l'arrivée de l'enfant dans le pays d'accueil. Elles durent en moyenne une heure, sont organisées à fréquence variable, ont lieu en milieu hospitalier ou en cabinet privé, et sont assumées par du personnel médical, généralement un pédiatre. Celui-ci travaille souvent en lien avec un psychologue. C'est le cas par exemple des Consultations d'Orientation et de Conseil en Adoption (COCA) qui ont été créées dans plusieurs régions françaises et qui proposent des consultations de pédiatrie, de pédopsychiatrie ou de parasitologie spécialisées en adoption. A l'instar des autres pays, ces consultations sont financées comme toute autre consultation médicale, selon le système de protection sociale en vigueur dans le pays, et ne bénéficient pas globalement de ressources particulières.

Malheureusement, les évaluations de ces consultations sont extrêmement rares. Il est donc difficile d'en donner une appréciation qualitative. Seuls quelques réponses mentionnent une forme d'évaluation : la Belgique francophone pour les consultations cofinancées par l'autorité centrale, la Belgique flamande pour les consultations organisées par certains OAA et l'Agence Française

d'Adoption à travers une étude coordonnée des Consultation d'orientation et de conseil en adoption (COCA) pour la période 2007-2008.

B. Résultats pour les consultations post-adoption

En un coup d'œil :

Nombre de réponses	Existe-t-il des consultations médicales en post-adoption ?	SI OUI		
		Modalités (caractère obligatoire, financement, prix, durée, fréquence...)	Intervenants (qui, formation, liens avec le médecin traitant...)	Evaluation
28 pour 16 pays	Oui : 21 Non : 7	- Obligatoire: 1 - Prix et financement selon le système de santé en vigueur dans le pays - Dure généralement environ 1 heure - Fréquence variable	Pédiatre : 8 Pédiatre en lien avec un psychologue : 10 Personnel médical variable : 3	Pas d'évaluation sauf en Belgique

Synthèse détaillée

Le suivi médical post-adoption constituant un prolongement ou un approfondissement sur la durée des consultations mises en place à l'arrivée de l'enfant, les réponses obtenues pour les deux étapes sont, logiquement, très similaires. Une forme de suivi post-adoption est organisée dans 21 pays sur 28. Cet accompagnement n'est cependant quasiment jamais obligatoire, même s'il est fortement recommandé dans tous les cas.

Les intervenants étant généralement les mêmes qu'à l'arrivée de l'enfant, à savoir un pédiatre travaillant en lien avec un psychologue, les consultations sont, là encore, rarement spécialisées en matière d'adoption.

Le suivi se déroule généralement sous la forme de consultations d'une durée comprise entre trente minutes et une heure et demie et sont aussi fréquentes que nécessaires. Elles ont lieu soit à l'hôpital soit en cabinet privé et leur contenu porte sur les aspects tant cliniques que psychologiques.

Parfois, comme en Suisse⁸, une forme de suivi de l'évolution médicale et/ou de la santé de l'enfant est assurée lors des visites à domicile de suivi post-adoption que l'autorité centrale doit faire à la famille durant une période donnée. Ainsi, par exemple, l'assistant(e) social(e) de l'autorité centrale

⁸ Loi fédérale relative à la Convention de La Haye sur l'adoption et aux mesures de protection de l'enfant en cas d'adoption internationale :

Art. 17 Curatelle en cas d'adoption avant le déplacement

¹ Lorsque l'enfant a été adopté avant son déplacement vers la Suisse et s'il est à prévoir que l'adoption pourra y être reconnue, l'autorité tutélaire nomme sans délai un curateur.

² Le curateur assiste les parents adoptifs de ses conseils et de son appui dans le soin de l'enfant. Lorsque l'adoption dans l'Etat d'origine n'a pas eu pour effet de rompre le lien préexistant de filiation avec les parents biologiques, il aide les parents adoptifs qui le souhaitent à requérir une adoption selon le droit suisse.

³ Le curateur établit à l'intention de l'autorité tutélaire un rapport sur le développement du lien d'adoption, au plus tard une année après sa nomination.

⁴ La curatelle prend fin de plein droit au plus tard 18 mois après la communication de l'arrivée de l'enfant, ou, à défaut de communication, après son institution.

Art. 18 Tutelle en cas d'adoption après le déplacement

Lorsque l'enfant n'est adopté qu'après son déplacement vers la Suisse ou que l'adoption prononcée à l'étranger ne peut pas être reconnue en Suisse, l'autorité tutélaire lui nomme un tuteur pour la durée du placement.

du Canton du Jura indique opérer au minimum trois visites durant la première année, au cours desquelles elle pose des questions sur la santé de l'enfant adopté (santé générale, développement physique, moteur et psychoaffectif, sommeil, etc.) et, en cas de difficultés, propose des stratégies de résolution possible.

Là encore, aucun financement spécifique n'est prévu pour ces consultations post-adoption. Leur évaluation est elle aussi quasi inexistante.

C. Analyse des résultats pour le suivi médical post-adoption dans son ensemble

Constat 1: Une forme de suivi post-adoption existe dans la majorité des pays, mais sa forme est très hétérogène et très rarement obligatoire.

Proposition 1 : Un bilan médical devrait être réalisé rapidement, et de façon systématique, après l'arrivée de l'enfant afin de débloquent les éventuelles incompréhensions, répondre aux problèmes urgents et adapter la prise en charge si nécessaire. Cette première visite médicale devrait être suivie d'autres consultations, à fréquence variable en fonction des besoins, afin de suivre l'évolution et le développement de l'enfant et accompagner la famille.

Constat 2: Après son arrivée dans sa famille adoptive, l'enfant est rapidement intégré à son nouvel environnement. Très peu de consultations spécialisées sont proposées. Or l'enfant adopté est un enfant qui présente des spécificités, ainsi que sa famille. Une attention particulière doit donc lui/leur être proposée.

Proposition 2: Pour répondre aux spécificités de l'enfant adopté, il est important que des spécialistes soient impliqués dans sa prise en charge et que celle-ci soit multidisciplinaire afin d'offrir à l'enfant et à sa famille une prise en charge globale. Une telle offre pouvant s'avérer coûteuse, difficile et longue à mettre en place, il semble plus efficace de s'appuyer sur les ressources existantes pour organiser de véritables réseaux multidisciplinaires de professionnels spécialisés dans l'adoption (psychologues, pédopsychiatres, assistants sociaux, pédiatres, et autres médecins). Ces derniers pourraient ainsi servir de référents vers lesquels tout intervenant traitant un enfant adopté – y compris les médecins généralistes et les pédiatres non spécialisés en adoption – puisse se tourner en cas de besoin.

Ce système rationaliserait les ressources tout en offrant une prise en charge professionnelle, spécialisée, multidisciplinaire, flexible et de proximité. Engageant essentiellement le médecin traitant, avec un soutien ponctuel et ciblé de spécialistes, il permettrait en outre de suivre l'enfant sur le long terme. La mise en place de tels réseaux pourrait par ailleurs être un moyen de renforcer la formation du personnel médical aux questions de l'adoption par le biais de notes d'information, de conférences, de séminaires ou même de modules plus complets de formation qui seraient donnés ponctuellement ou régulièrement par les spécialistes du réseau. Ces cycles de formations pourraient par ailleurs être renforcés par l'élaboration d'un guide sur la prise en charge sanitaire des enfants adoptés visant à soutenir les pédiatres et autres professionnels de santé à l'instar de ce qui existe déjà en Espagne.

6. CONCLUSIONS

Les résultats de l'étude montrent que la préparation et l'accompagnement pré adoption des parents est assez bien répandue dans les pays d'accueil. Même si leur organisation diffère d'un pays à l'autre, des séances et/ou des consultations collectives et/ou individuelles abordant les questions liées à la santé des enfants adoptés sont proposées dans la majorité des pays et sont obligatoires dans de nombreux cas. L'accompagnement médical des enfants et des candidats adoptants après l'apparement dans le pays d'origine, est en revanche plus aléatoire. A ce stade, les familles sont souvent livrées à elles-mêmes concernant les aspects médicaux de l'adoption, même si elles sont accompagnées par un OAA. Le suivi médical post-adoption, y compris à l'arrivée de l'enfant, est lui aussi assez faible. Même si une forme de suivi médical existe dans la plupart des pays, celui-ci n'est quasiment jamais obligatoire et encore trop peu spécialisé en matière d'adoption.

Il est vrai que la prise en charge des enfants et l'accompagnement des candidats à l'adoption ont été largement améliorés ces dernières années dans la plupart des pays. Toutefois, dans un contexte où l'adoption internationale concerne de plus en plus d'enfants présentant des problèmes médicaux et où les pathologies sont de plus en plus lourdes, des efforts supplémentaires devront être déployés pour mieux intégrer la question de la santé des enfants à chaque niveau, que ce soit avant, pendant et après l'adoption. Chaque pays devrait s'y engager sur son propre territoire en prévoyant, par exemple, des consultations pré et post adoption dans la loi⁹.

La coopération interétatique au sens compris par la CLH-1993, à savoir la collaboration entre les divers intervenants de l'adoption pour mettre en œuvre la Convention, devrait en outre être améliorée pour les questions liées à la santé des adoptés. Malheureusement cette étude montre qu'à l'heure actuelle, l'application de ce principe est souvent à l'état d'ébauche, voire confuse. Les processus d'échanges d'informations à propos de la santé de l'enfant ainsi que d'accompagnement des familles concernant ces questions devraient notamment être améliorés. Dans cette optique, la République Dominicaine consent par exemple des efforts particuliers en offrant aux candidats adoptants la possibilité d'avoir une conversation téléphonique avec l'Autorité centrale s'ils souhaitent obtenir des précisions sur le dossier de l'enfant qui leur a été proposé. Lors de la proposition d'enfant, des échanges téléphoniques ont par ailleurs régulièrement lieu avec le médecin des candidats adoptants pour discuter du diagnostic.

Les professionnels de l'adoption à travers le monde pourraient également réfléchir à l'opportunité de développer une collaboration entre l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les Etats sur des programmes spécifiques « santé de l'enfant », afin d'améliorer la veille sanitaire dans les pays concernés. Dans la mesure où l'adoption permet d'avoir accès à des informations pertinentes quant à la santé des enfants dans les pays d'origine, cela pourrait contribuer à l'adaptation de programmes d'assistance humanitaire dans les pays d'origine concernés. Ces programmes devraient bien entendu être menés par des professionnels spécialisés dans les questions de coopération et être totalement séparés de l'adoption.

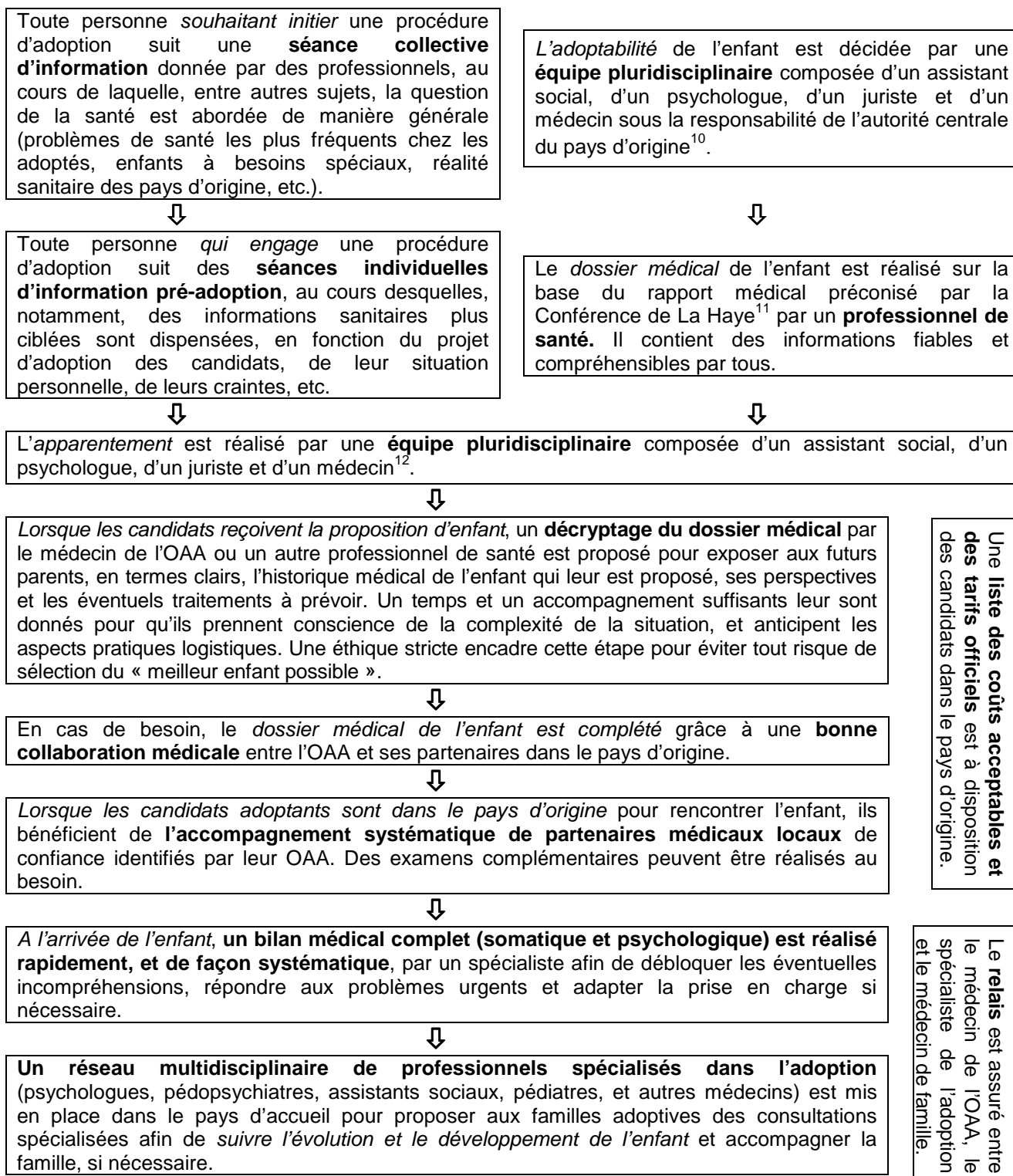
Enfin, cette étude fait clairement ressortir la nécessité de structurer davantage le parcours santé-adoption, en insistant sur la phase comprise entre l'apparement et la délivrance du visa, qui est la moins encadrée sur le plan médical actuellement. Or, c'est bien à ce moment-là que la disponibilité d'une information médicale complète est cruciale. C'est pourquoi un schéma type de bonne pratique est proposé en annexe, pour soutenir les différents acteurs impliqués dans ces démarches.

Depuis la Convention de La Haye, l'adoption internationale a connu des progrès fulgurants dans la manière dont elle est gérée et encadrée. Mais ce texte international, pour fondamental qu'il soit, est un texte juridique. Il appartient désormais au monde médical et social d'entreprendre les efforts nécessaires pour assurer de nouveaux progrès, en phase avec les réalités contemporaines de ce mode de filiation si particulier.

⁹ Les réponses que nous avons reçues indiquent que les séances/consultations sont presque toujours organisées uniquement en pratique. Seule l'Australie signale qu'elles sont prévues par la loi dans certaines juridictions.

7. Annexes

A. La place de la santé de l'enfant dans le processus de l'adoption : un schéma type de bonne pratique encadré par un OAA



¹⁰ Art. 4 de la CLH-1993 et § 324 du Guide de bonnes pratiques N°1 sur la mise en œuvre et le fonctionnement de la CLH-1993

¹¹ Annexe 7-6 du Guide de bonnes pratiques N°1 sur la mise en œuvre et le fonctionnement de la CLH-1993

¹² § 357 du Guide de bonnes pratiques N°1 sur la mise en œuvre et le fonctionnement de la CLH-1993

B. Liste des personnes ou organismes ayant répondu au questionnaire

Allemagne	Bundesamt für Justiz - Bundeszentralstelle für Auslandsadoptionen (AC) Zentrum für adoptionen (OAA) Eltern für Afrika (OAA) familie international frankfurt
Arménie	Ministry of Labor and Social Affaires (AC)
Australie	Intercountry Adoption Branch (AC – Compilation de réponses)
Belgique	Ministère de la Communauté française de Belgique - Autorité centrale communautaire (AC Belgique francophone) - Kind en Gezin (AC Flandres)
Brésil	CDJA – Comissão Estadual Judiciária de Adoção do Estado do Distrito Federal (AC du District Fédéral)
Chypre	Ministry of Labour and Social Insurance – Social Welfare Services (AC)
Danemark	Department of family affairs (AC)
Equateur	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (AC)
Espagne	Ministerio de Sanidad y Política Social, Dirección General de Política Social, de las Familias y la Infancia, Subdirección General de Infancia (AC)
France	Agence Française de l'Adoption Consultation d'orientation et de conseil en adoption (COCA) -COCA de Pau Dr Jean-Jacques Choulot – -COCA de Marseille -COCA de Paris (Hôpital Saint Vincent de Paul)Dr Frédéric Sorge Dr Fanny Cohen Herlem (psychiatre conseil attachée au SSI/CIR – Compilation de réponses)
Irlande	Child Care Directorate (Correspondant SSI)
Italie	Commissione per le adozioni internazionali (AC) Istituto pediatrico de l'Hôpital Salesi Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato d'Ancona et Novara
Lituanie	Ministry of Social Security and Labour, Adoption Service (AC)
Monaco	Direction de l'Action Sanitaire et sociale (AC)
Nouvelle-Zélande	Ministry of Social Development, Department of Child, Youth and Family Services (AC et Bureau affilié du SSI)
Philippines	Inter-country Adoption Board (AC)

Portugal	Departamento de Desenvolvimento Social, Unidade de Infância e Juventude, Sector da Adopção (AC)
République Dominicaine	Autorité centrale pour les adoptions internationales
République Tchèque	Office for International Legal Protection of Children (AC)
Slovaquie	Centre for the International Legal Protection of Children and Youth (AC)
Suède	Autorité pour l'adoption internationale (MIA – AC)
Suisse	Autorité centrale d'adoption du canton de Bâle Autorité centrale d'adoption du canton du Jura Autorité centrale du canton de Lucerne Espace Adoption Fondation Terre des hommes – aide à l'enfance (OAA) Isabelle Lammerant, Docteur en Droit comparé, spécialiste en adoption
Turquie	General Directorate of Social Services, Child Protection Agency (AC)