

Accueillir un enfant à besoins spécifiques

Les enfants sont dits à besoins spécifiques lorsqu'ils sont **difficilement adoptables du fait de leur situation personnelle** (Ex : âge, fratrie, ethnie, situation stigmatisante...), de leur **histoire, de leur handicap ou de leur état de santé**.

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

L'application du principe de subsidiarité prescrit par la Convention de la Haye de 1993 sur la protection de l'enfance et la coopération en matière d'adoption internationale (CLH-93) augmente de façon significative la proportion d'enfants à besoins spécifiques proposés en adoption internationale, puisque les enfants sans problème sont plus facilement adoptés nationalement.

Par ailleurs, certaines particularités peuvent rendre l'enfant inapte à l'adoption, soit qu'il ne le souhaite pas lui-même (enfant grand qui s'est adapté à sa vie en famille d'accueil ou en institution), soit que son histoire ne lui permette plus de nouer des liens d'attachement avec une nouvelle famille (enfant des rues, victimes de sévices...), ou encore que son handicap impose un placement permanent en institution spécialisée (arriération mentale profonde, handicap physique nécessitant des soins spécialisés continus...).

Tous les enfants adoptables, ont souffert de la violence de l'abandon, du placement en institution ou en famille de substitution, puis de la séparation et de l'accueil dans la famille adoptive; le retard staturo-pondéral et psychomoteur et les troubles du comportement et du caractère qui en sont la conséquence, ne sont considérés comme une particularité que s'ils sont d'une gravité telle qu'elle soit susceptible de mettre en jeu l'intégration de l'enfant dans sa nouvelle famille.

Inutile de souligner l'importance du rapport relatif à l'enfant qui devra être d'autant plus complet et actuel que la particularité est importante. Il doit permettre aux professionnels en charge de l'appareillement puis aux candidats à l'adoption, d'apprécier l'adoptabilité juridique et psychologique de l'enfant, son histoire, son dossier médical, ses conditions de vie actuelle, ses besoins et, en fonction de son âge, ses attentes et son avis.

Pour limiter les difficultés ou les échecs, sont nécessaires une évaluation approfondie de l'adoptabilité psychologique ou de fait des enfants et une préparation spécifique des adoptants, tenant compte de leurs capacités d'accueil en fonction de leur projet, du temps dont ils disposent et de leurs conditions de vie, des facilités d'accès aux professionnels ou institutions (Ex : CAMSP, CMP, CMPP, service pédiatrique spécialisé, classe d'intégration, orthophoniste, psychomotricien, psychologue...), du regard et du soutien de leurs familles et voisins.

Les enfants à besoins spécifiques constituent une **proportion croissante de l'adoption internationale** faute de possibilité d'adoption locale qui se développe surtout en faveur d'enfants très jeunes et en bonne santé.

Des adoptants dont le projet porte précisément sur l'adoption d'enfants à besoins spécifiques, mais également d'autres considérés comme non prioritaires par le pays d'origine de l'enfant du fait de leur situation matrimoniale, de leur âge, de leurs revenus, peuvent être concernés.

1) Age

La majorité des candidats à l'adoption a, au départ, un projet d'adoption orienté sur des petits enfants, en bonne santé et, dans la mesure du possible, de même nationalité et proches de leur culture.

Du fait de l'application du principe de **subsidiarité**, ces enfants sont préférentiellement adoptés par leurs compatriotes et ce sont dès lors, des enfants plus âgés qui sont proposés à l'adoption internationale.

Pourtant pour les très jeunes enfants proposés à l'adoption, il y a une incertitude sur les risques de survenue de maladies ou de handicaps là où ne sont pas pratiqués les **dépistages systématiques** (Ex : phénylcétonurie, hypothyroïdie, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose, mucoviscidose...) ou d'affections non dépistables à cet âge.

Lorsque l'histoire de l'enfant est méconnue, les conséquences d'une malnutrition de l'enfant pendant la grossesse ou les premiers mois de la vie ou une **souffrance fœtale ou néo natale** peuvent ne se reconnaître que tardivement. **L'évaluation d'un bon développement statur pondéral, psychomoteur ou psychoaffectif se fait dans le temps.**

Il existe également des **bébés dépressifs** du fait de leur abandon qui seront peu valorisants pour les adoptants dans leur projet de maternage. Leurs troubles du sommeil ou de l'alimentation peuvent être difficiles à supporter.

Un enfant peut, de façon paradoxale, être plus facilement adoptable à 3 ou 4 ans lorsque l'évolution est mieux connue et le pronostic plus probable.

Au plan du développement **psychoaffectif**, c'est entre 8 mois et 3 ans que les enfants comprennent le moins bien ce qui leur arrive. Entre abandon et accueil, leur préparation à cet âge est bien difficile.

Pourtant ces enfants ne sont généralement pas considérés comme à besoins spécifiques car leur âge correspond aux projets d'adoption des candidats.

La confrontation à la réalité de l'adoption internationale se fait souvent après l'agrément et peut entraîner une demande de modification de la notice pour accueillir un enfant plus grand. Or si cette modification « s'impose » en dehors d'une évolution personnelle des adoptants, il y a un risque de difficultés liées à l'insuffisance du désir et à un manque de préparation des parents ou d'un des deux parents à cette nouvelle situation.

L'acquisition d'une nouvelle langue est toujours plus difficile pour les enfants plus grands et cela peut alourdir le handicap scolaire de départ, plus important en fonction de l'âge. De même **l'intégration des règles sociales** est plus difficile à acquérir car nécessitant d'oublier ou de nier celles du pays d'origine (relations à l'autre, pudeur, mode de vie, alimentation, sommeil, jeux, scolarité...).

A 6, 7 ou 8 ans un enfant comprend ce qui lui arrive et, se demandant pourquoi il a été abandonné, il peut se constituer une mauvaise image de lui-même, entraînant manque de confiance dans l'avenir, difficulté à s'attacher à nouveau, peur d'un nouvel abandon et d'une nouvelle souffrance.

Cependant à cet âge, il peut aussi manifester un très fort **désir d'intégration** sociale et culturelle, et mieux arriver à se faire comprendre qu'à 2 ou 3 ans, désespéré et

éventuellement agressif du fait de son impossibilité à communiquer avec ces étrangers qui sont ses nouveaux parents.

Le prénom et le nom sont bien sûr des facteurs structurants de l'identité de l'enfant, mais sont également partie du désir des parents et facteur positif ou négatif d'intégration sociale (facilité de prononciation en français, exotisme, stigmatisation religieuse ou ethnique etc...). Mais le changement de prénom et/ou de nom peut également être vécu par l'enfant comme une trahison de sa famille ou de son milieu d'origine dont il garde le souvenir. A moduler donc.

Cependant, c'est le plus souvent **l'histoire** de l'enfant qui fait la particularité de l'enfant grand et diminue ses chances d'être adopté.

Selon l'âge et les circonstances de l'abandon, le nombre et la qualité des placements et des **attachements** successifs, les difficultés rencontrées après l'adoption diffèrent. Il y a plus de risques pour un enfant grand d'avoir été maltraité, délaissé, trimbalé d'une institution et d'une famille à l'autre.

Mais un enfant grand, orphelin ayant vécu choyé dans sa famille d'origine, sera pourtant plus facile à intégrer qu'un plus petit maltraité et ayant vécu des abandons successifs depuis sa naissance sans avoir jamais eu la possibilité de s'attacher...

C'est la rencontre de l'histoire de l'enfant et de celle des adoptants qui nécessite une plus grande préparation de l'un comme des autres, d'autant plus que le projet de chacun des adoptants peut différer notamment en ce qui concerne l'âge, les nourrissons étant souvent plus désirés par les mères.

La longueur de leur histoire nous fait considérer que tous les enfants de 6 ans et plus ont des besoins spécifiques.

A cet âge l'enfant réalise ce qu'est la spécificité de l'adoption par rapport à la famille biologique. Il doit donc non seulement, quel que soit son âge, être informé de son adoption mais aussi en fonction de ses capacités être consulté et donner son avis (et son consentement en France à partir de 12 ans) pour être adopté. Il doit et peut être préparé à son adoption puisqu'il a conscience de ce qui lui arrive.

Cependant l'âge affectif, psychologique ou même des apprentissages de l'enfant adopté ne correspond pas toujours à son âge réel comparé aux enfants français. L'insertion sociale et scolaire peut alors demander plus de temps pour que l'insertion dans la famille soit stabilisée.

A son arrivée, le relais scolaire, même si **une classe d'intégration** est nécessaire du fait de la langue ou du niveau, aide à l'organisation familiale et participe à l'intégration.

La « rupture définitive des liens de filiation antérieure » est le plus souvent illusoire compte tenu des souvenirs de l'enfant. Par contre il devient plus facilement le petit enfant de ses nouveaux grands parents et s'intègre mieux dans la famille élargie où il peut trouver d'autres repères.

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

Dans tous les cas, **une préparation spécifique de l'enfant et des adoptants** est nécessaire, mais lorsque l'enfant souhaite être adopté, manifeste un très fort désir

d'intégration sociale, accepte les adoptants proposés et que les candidats, pour leur part, ont dans leur projet pris en compte les besoins spécifiques de l'enfant tant affectifs qu'éducationnels, il y a de grandes chances de réussite de l'adoption du grand enfant.

2) Fratrie

La bonne pratique, reprise par les recommandations de la Commission spéciale 2005 de la Convention de la Haye, est, dans toute la mesure du possible, de **ne pas séparer les fratries et surtout les jumeaux**. L'adoption d'un enfant conjointement à ses frères et sœurs lui permet de **faire le lien entre sa vie d'avant l'adoption et l'intégration dans sa nouvelle famille**.

Cette règle peut, après évaluation au cas par cas, subir des exceptions, notamment lorsque les frères et sœurs ne se connaissent pas ou n'ont jamais vécu ensemble, ou que leur influence réciproque est néfaste ou encore que leurs projets de vie diffèrent, l'un voulant être adopté et pas l'autre.

L'ainé peut avoir été élevé dans sa famille et ne pas connaître ses cadets nés après son abandon. L'enfant abandonné à la naissance ne connaît ni ses aînés, ni ses cadets. Pour d'autres, le rang dans la famille, aîné, cadet ou benjamin est important et doit être respecté dans la nouvelle famille. La nouvelle famille elle-même peut avoir déjà des enfants et la nouvelle fratrie devra s'y intégrer au mieux.

Chaque enfant a une histoire unique vécue de façon originale même si elle ressemble à celle de ses frères. Un enfant peut avoir une histoire familiale alors que sa fratrie n'a vécu que des placements dans des familles d'accueil ou des institutions, et vice versa...

Avoir été élevé ensemble dans une famille recomposée ou avec un camarade dans la même institution peut être plus important pour un enfant que sa fraternité biologique. A contrario le fait d'avoir adopté un enfant ne donne pas à la famille adoptante un droit pour adopter sa fratrie biologique déjà née ou à naître.

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

L'accueil de plusieurs enfants simultanément diminue le temps consacré à chacun par les adoptants. Selon les besoins ou l'âge de l'enfant ou le désir de ses parents, le temps passé ou la qualité de ce temps peut être différent d'un enfant à l'autre et ressenti alors comme une injustice ou une marque de désintérêt.

La différence d'âge dans une fratrie peut être importante rendant encore plus difficile l'adoption ou l'intégration dans la nouvelle famille.

La rapidité et la qualité d'acquisition du langage peut être différente d'un frère à l'autre en fonction de son âge et de sa volonté d'intégration. La persistance d'utilisation de la langue d'origine par la fratrie peut retarder l'acquisition de la nouvelle langue, renforcer la nostalgie de la famille ou du pays de naissance ou même être utilisée pour faire « bloc » contre la nouvelle famille.

Le rôle de mère jouée par une aînée sur ses cadets ou l'obéissance de ceux-ci au frère aîné peut également entraîner des difficultés dans la famille d'accueil que celle-ci comporte ou non d'autres enfants.

Enfin l'accueil de plusieurs enfants est toujours plus coûteuse et les conditions matérielles rendues plus difficiles.

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

3) Origine et histoire stigmatisante

Les enfants proposés à l'adoption internationale sont, par application du principe de subsidiarité, ceux qui n'ont pas été adoptés par leurs compatriotes. Cela peut être lié à leur origine.

L'appartenance de l'enfant à une ethnie minoritaire peut être considérée comme une particularité dans le pays d'origine mais non à l'étranger.

(Ex : les tziganes des pays de l'Est, les russes des pays baltes, les tribus minoritaires des Philippines sont des enfants plus facilement proposés à l'adoption internationale.)

La question de l'ethnie ou de la couleur de peau ne se pose pas seulement aux adoptants pour nouer des liens affectifs avec l'enfant. Elle concerne aussi la famille élargie, l'entourage, l'école et l'enfant peut souffrir de sa situation dans une société alors qu'il n'en sera rien dans une autre.

Ce peut aussi être la conception des enfants issus de relations sexuelles prohibée socialement qui rend son adoption difficile dans sa société. Les concepts de viol, d'inceste, de naissance hors mariage peuvent avoir une importance ou des significations culturelles différentes.

Dans certains pays l'abandon motivé par le décès en couches de la mère ou par son incapacité à s'occuper de l'enfant du fait d'une maladie mentale ou autre, empêche l'enfant d'être accueilli dans sa famille élargie ou d'être adopté dans son pays alors que dans une autre culture cela ne constitue pas une particularité.

Certaines particularités physiques, même si elles n'entraînent pas de maladie ou de handicap, peuvent également constituer une particularité dans la société d'origine (Ex : doigt surnuméraire, couleur de peau ou de cheveux particulière...).

C'est parfois sa religion qui est un obstacle à l'adoption d'un enfant ; certaines sociétés privilégient l'adoption d'enfants de la même religion ou prohibent celle des autres.

Des enfants à besoins spécifiques dans leur pays où ils ne sont pas adoptés peuvent être proposés à l'adoption internationale. A l'inverse des enfants considérés comme sans besoins spécifiques dans leur pays d'origine peuvent être considérés comme tels dans le pays d'accueil.

4) Histoire lourde

Les particularités des enfants peuvent être liées à leur histoire, qu'il s'agisse de manque d'affection ou d'affection dévoyée, de maltraitance, de sévices, d'abandons successifs, de délaissement, d'institutionnalisation, de vie dans la rue ou dans des conditions anormales de socialisation, de nourriture, de sommeil, d'habitat ou également d'histoire personnelle dramatique (Ex : violence de guerre, criminelle ou de mœurs, catastrophe naturelle, guerre, agression sur l'enfant ou ses proches...).

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

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

L'absence de liens affectifs dans la petite enfance ou un délaissement prolongé peuvent laisser des séquelles psychologiques susceptibles de contre-indiquer l'adoption, mais ce pronostic est difficile à apprécier par une seule évaluation ou même au cours de la période de convivialité qui constitue souvent une « lune de miel », un « état de grâce » qui a une fin. Ce n'est généralement pas un seul évènement ou épisode de la vie de l'enfant qui marque son histoire mais plus souvent un enchaînement de faits ou une multiplication de facteurs défavorables.

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

(Ex : Un viol incestueux ; un déni de grossesse ; une malnutrition et un alcoolisme de la mère, une infection fœtale et néonatale entraînant une surdité moyenne ; un abandon à la naissance avec des infections multiples et une suspicion d'hypothyroïdie nécessitant une évaluation et un bilan avant une éventuelle adoptabilité ; une hospitalisation prolongée suivie de placements itératifs à l'hôpital, en institution, en familles d'accueil ; un retard staturo-pondéral ; un retard psychomoteur ; un retard de langage et des troubles caractériels liés à la surdité avant qu'elle ne soit appareillée ; une adoptabilité et une proposition à l'adoption à 7 ans...

Un enfant non désiré, maltraité par sa famille pendant ses 2 premières années de vie puis placé en institution un an avant d'être proposé à l'adoption...

Un enfant choyé par sa mère mais subissant des sévices sexuels de son beau père pendant 3 ans dans un climat d'alcoolisme et de malnutrition, puis placé chez différents membres de la famille élargie avant d'être remis à une institution...

Un enfant né dans une famille qui l'élève 4 ans, puis se désagrège et le jette à la rue où il doit survivre trois ans...).

Ces exemples d'histoires mal documentées au moment de l'adoption qui se révèlent peu à peu montrent autant l'intérêt pour l'enfant d'être adopté pour pouvoir s'épanouir que l'importance d'une préparation et d'une ouverture d'esprit des adoptants.

L'histoire peut souvent expliquer le comportement de l'enfant mais n'en est pas la cause. Les risques sur la réussite de l'adoption sont indéniables mais difficiles à prévoir, une meilleure information des adoptants, une attention particulière lors de l'appareillement et une préparation spécifique de l'enfant et des candidats sont également ici indispensables pour favoriser la résilience.

5) Handicap et état de santé

Les particularités les **plus « visibles » sont liées aux handicaps ou à l'état de santé de l'enfant** même si ceux-ci peuvent être appréciés différemment selon les cultures et que leurs répercussions en termes de déficience, d'incapacité, ou de désavantage sont différemment appréciées.

(Ex : Un petit retardé mental d'heureux caractère présente moins de difficultés d'adoption qu'un enfant plus intelligent mais avec d'importants troubles du caractère; un enfant avec une malformation cardiaque opérable peut poser moins de difficultés qu'un enfant avec un diabète insulino-dépendant...)

Les enfants handicapés se posent souvent moins de questions sur les motifs de leur abandon qu'ils expliquent spontanément par leur handicap et présentent donc plus souvent des facteurs psychologiques positifs pour demander et vouloir leur adoption qui leur apparaît véritablement comme une nouvelle chance.

Les particularités les plus fréquemment rencontrées car liées à la pauvreté, au délaissement, à la malnutrition, correspondent à des retards de développement staturo-pondéral et à des retards du développement psychomoteur. Ceux-ci doivent être appréciés dans le temps, ce qui n'est pas possible lorsque les enfants sont adoptés très jeunes, et en référence aux enfants du même âge, de même ethnie et culture ; ils ne préjugent pas à eux seuls de l'évolution ultérieure car ils ne prennent pas en compte le changement radical de la situation de l'enfant adopté. L'amour fait des miracles mais tous les enfants ne sont pas miraculés ! Une malnutrition fœtale et néo natale aura toujours des répercussions intellectuelles avec plus ou moins de conséquences selon l'environnement et le projet pour l'enfant ; une absence d'attachement et un délaissement auront toujours des répercussions affectives en termes de souffrance... même si l'enfant est résilient et bien adapté à sa nouvelle situation.

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

(Ex : maladies métaboliques telles que phénylcétonurie, hyperalaninémie hypothyroïdie, hémophilie, thalassémie mineure à majeure, favisme, mucoviscidose, drépanocytose homo ou hétérozygote, syndrome d'alcoolisation fœtale, syphilis...).

L'importance et la nature du handicap sont des facteurs importants pour l'adoptabilité et les besoins spéciaux qu'ils entraînent nécessitent une sélection et une préparation spécifiques des adoptants.

Certains handicaps physiques, sensoriels, moteurs, intellectuels, mentaux sont parfaitement acceptables pour certains adoptants mais inacceptables pour d'autres.

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

6) Maladie chronique transmissible, non transmissible

Certains enfants sont également considérés comme à besoins spécifiques pour des causes médicales sans aucunes répercussions en elles mêmes sur l'état de santé de l'enfant (Ex : séropositivité HIV à la naissance qui s'avère négative à quelques mois, maladie mentale des géniteurs...).

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

Les maladies chroniques non transmissibles peuvent être **héréditaires ou congénitales** (Ex : thalassémie, drépanocytose, hyperthyroïdie, phénylcétonurie, hyper-alaninémie, mucoviscidose, hyperplasie congénitale des surrénales, favisme, hémophilie, syndrome

d'alcoolisation fœtale...) ou **acquises** comme le diabète insulinodépendant, une psychose infantile (autisme, hospitalisme...), un asthme grave ...

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

7) Maladie aigue médicalement ou chirurgicalement curable

Ici aussi la particularité est essentiellement liée au retentissement sur la vie quotidienne et l'avenir scolaire ou social, des enfants porteurs d'un bec de lièvre, d'un pied bot, d'une malformation cardiaque, d'une hépatite active...

Une malformation cardiaque peut avoir peu de retentissement sur l'activité, ou à l'inverse être handicapante, nécessiter une intervention ou de nombreuses interventions avec des séquelles importantes et un traitement lourd à vie ... Un bec de lièvre avec fente palatine peut être un simple handicap physique ou nécessiter de nombreuses interventions traumatisantes puis une rééducation longue ...

Il s'agit de définir le plus précisément possible les limites des candidats à l'adoption et leur capacité à accepter l'incertitude du pronostic tout en essayant de disposer d'un rapport relatif à l'enfant le plus complet et explicatif possible.

Ces limites, éminemment subjectives chez chacun, sont souvent en relation avec la connaissance que peuvent avoir les adoptants de la maladie et le contact éventuel avec celle-ci au cours de leur propre histoire.

8) Enfants à besoins spéciaux

Les besoins spéciaux des enfants adoptés peuvent être d'ordre affectif, éducationnel ou médical.

Tous les enfants ont besoin d'affection, mais plus encore ceux qui ont été abandonnés (quel que soit le nom que l'on donne au consentement à l'adoption) et tous les enfants adoptés ont été abandonnés.

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

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

La classification internationale type de l'éducation (CITE, 1997) indique :

« Le concept d'enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux couvre non seulement les enfants qui peuvent être classés dans les diverses catégories de personnes handicapées, mais aussi ceux qui échouent à l'école pour toutes sortes d'autres raisons qui, on le sait, sont de nature à empêcher un enfant de progresser au mieux. La question de savoir si ce groupe plus largement défini d'enfants a besoin d'un soutien complémentaire dépend de la mesure dans laquelle les écoles doivent adapter leur programme, leur enseignement et

leur organisation et/ou fournir des ressources humaines ou matérielles supplémentaires pour stimuler l'apprentissage de ces élèves et en assurer l'efficacité ».

Une nouvelle famille, un nouveau pays, une nouvelle langue entraînent toujours des besoins spéciaux en termes d'apprentissage du français et des comportements sociaux de base (alimentation, sommeil, relation à l'autre...).

Les enfants adoptés ont généralement à rattraper un retard de développement staturo-pondéral (avec des risques comme la puberté précoce), un retard de développement psychomoteur par insuffisance de stimulation affective, sensorielle et motrice en orphelinat, un retard scolaire par insuffisance de stimulation cognitive quand ils en ont l'âge.

Il faudra donc prévoir selon le cas un mode de garde adapté, un soutien psychologique ou scolaire (classe de transition), l'intervention de professionnels (médecin, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, éducateur...).

Enfin les besoins spéciaux liés à la maladie ou au handicap peuvent être majorés par les problèmes affectifs ou d'intégration familiale et leur prise en compte nécessite de la disponibilité et une bonne préparation des adoptants, ainsi que l'accessibilité aux professionnels et institutions utiles. De telles prises en charge peuvent demander plusieurs séances par semaine sur plusieurs années demandant aux parents du temps mais également des moyens financiers.

Les enfants à besoins spéciaux sont donc généralement des enfants à particularités mais tous les enfants à particularités ne sont pas à besoins spéciaux.

Les deux catégories sont étroitement dépendantes mais ne se recoupent pas systématiquement et des enfants qui ont été facilement adoptés peuvent avoir des besoins spéciaux du fait de leur histoire ou de leur évolution alors que d'autres qui trouvent difficilement une famille n'ont en réalité pas ou peu de besoins spéciaux.

Conclusion

L'abandon est un tel traumatisme quel que soit l'âge, que tout enfant adopté peut être considéré comme à besoins spéciaux mais cela ne préjuge pas de sa capacité à être adopté, davantage liée aux projets des adoptants qui souhaitent en priorité un enfant en bonne santé, le plus jeune et le plus ressemblant possible.

Dans certains pays, les candidats à l'adoption nationale peuvent ne pas accepter d'accueillir certains enfants du fait de particularités qui ne sont pas considérées comme telles par des adoptants d'autres pays.

La situation peut également évoluer au sein d'un même pays du fait de l'expérience apportée par l'adoption internationale (Ex : en France les pupilles plus âgés sont, à la lumière de l'expérience de l'adoption internationale, plus facilement proposés à l'adoption qu'auparavant...) ou parce que la différence numérique entre les adoptants et les enfants adoptables devient trop importante (la baisse du nombre d'enfants adoptables porte relativement plus sur les petits enfants en bonne santé que sur les enfants à besoins spécifiques).

Les particularités sont différentes selon la société et des enfants peuvent être difficilement adoptables nationalement mais l'être beaucoup plus facilement à l'internationale.

Les adoptants qui, du fait de leur âge, de leur situation matrimoniale, de leurs conditions de vie, trouvent le plus difficilement des enfants à adopter, peuvent dans certains cas et dans certaines limites, face à la réalité de l'adoption, faire évoluer leur projet pour accueillir des enfants à besoins spécifiques qu'ils ont plus de chances de se voir proposer.

C'est ainsi que les enfants à besoins spécifiques sont plus souvent adoptés par des adoptants considérés comme non prioritaires par les équipes responsables des apparentements, ce qui peut être considéré comme une chance dont il ne faut cependant pas méconnaître les risques et les difficultés.

Au total les clefs de la réussite de l'adoption des enfants à besoins spécifiques sont :

sélection, préparation, demande et volonté des adoptants qui doivent rester maîtres de leur projet mais aussi des adoptés qui doivent au minimum être informés mais aussi consultés dès qu'ils sont en âge de comprendre ce qui leur arrive
disponibilité en affection, en temps et en énergie des adoptants pour permettre aux enfants de s'attacher et de s'intégrer à leur rythme
projet de vie adapté aux capacités des enfants et pas seulement aux rêves des parents.