

# Adoption internationale : évolution des risques de santé chez les enfants

## International adoption: children's health risk evolution

C. Dartiguenave

Reçu le 29 juin 2011 ; accepté le 6 décembre 2011

© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2012

**Résumé** Les conditions socio-économiques et sanitaires de nombreux pays d'origine imposent de mesurer au mieux les incertitudes qui peuvent entourer l'état de santé de l'enfant adopté hors de France, l'un des éléments clés de la décision des futurs parents. En effet, la prévalence des troubles et des problèmes de santé rencontrés ne fait que croître, à l'exact opposé du nombre d'enfants confiés. Cette raréfaction de l'offre d'enfants adoptables, conjuguée aux propositions pressantes faites par les pays d'origine aux pays d'accueil d'accepter des enfants en besoin d'adoption, de plus en plus âgés et/ou à particularités, exige une constante révision des pratiques professionnelles et des acteurs de l'adoption, mais aussi une volonté affirmée des pouvoirs publics de meilleure information préalable des familles et de régulation de la demande lors de l'agrément. D'autant que, en dépit de cette situation tendue, l'attitude des candidats à l'adoption face au risque a changé au cours des 20 dernières années, à l'instar d'autres transformations de notre société.

**Mots clés** Adoption internationale · Besoins spécifiques · Préparation · Accompagnement · France

**Abstract** The socioeconomic and sanitary conditions in many countries make it necessary to weigh as precisely as possible the uncertainties which might affect the health of internationally adopted children, which is one of the key drivers to adoption decision. Indeed, health troubles are more and more frequent among children proposed by countries, at a time when there are fewer children to be adopted. Hence the institutions and the actors in the field of international adoption are compelled to frequently update their professional practices, so as to cope both with the declining offer for adoptable children and with the increasing pressure from the birth countries of children to make host countries adopt children with high age or with special needs. It also requires

from the administrations the will to provide better initial information and to implement the demand for an agreement. Meanwhile, in spite of those growing constraints, adopting families have been more and more risk adverse during the latest decades, this being a common trend in our developed countries.

**Keywords** International adoption · Specific needs · Preparation · Accompaniment · France

## Évolution inéluctable : baisse générale et régulière des adoptions internationales

On constate à partir du milieu des années 2000, une réalité nouvelle et inédite de l'adoption internationale depuis ses débuts. Elle se traduit par une baisse régulière du nombre d'enfants adoptés dans le monde (mise à part la hausse exceptionnelle de 2010 due à l'arrivée de près d'un millier d'enfants haïtiens par accélération des procédures administratives engagées avant le séisme). La tendance à la baisse concerne plus particulièrement le nombre des nourrissons en bonne santé adoptables.

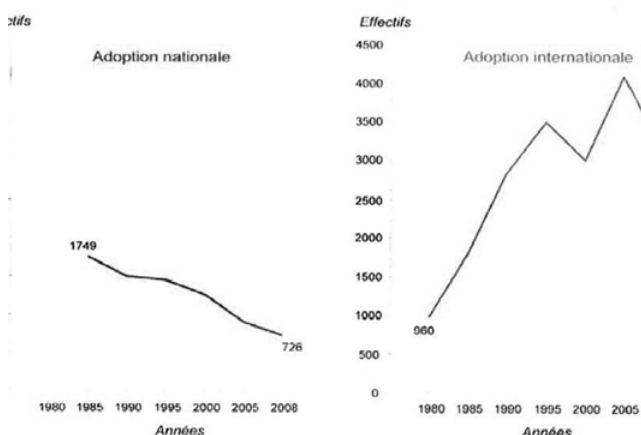
Cette évolution marquée découle de plusieurs facteurs dus à l'amélioration de la situation sociale des femmes, à l'évolution des normes sociales et au développement économique enfin accessible aux pays émergents : meilleur accès aux soins, accès à la contraception et à l'IVG, moyens croissants de protection de l'enfance, dynamique engendrée par la Convention de La Haye de 1993 sur la protection de l'enfance et la coopération en matière d'adoption internationale (CLH-93), laquelle privilégie à juste titre l'adoption locale.

En parallèle, en France, s'est poursuivi un processus de décroissance plus ancien, mais similaire de l'adoption nationale (Fig. 1).

Progressivement, se met en place dans ces pays un encadrement local plus strict des procédures dans le respect des principes internationaux destinés à protéger l'intérêt de l'enfant.

C. Dartiguenave (✉)

Agence française de l'adoption,  
19, boulevard Henri-IV, F-75004 Paris, France  
e-mail : c.dartiguenave@agence-adoption.fr



**Fig. 1** Évolutions comparées de l'adoption nationale et internationale en France au cours des 20 dernières années / *Compared evolutions in France of national and international adoptions during the last 20 years*

Pour autant, le nombre de pays dont sont originaires les enfants ne diminue pas ou peu (autour de 70 pays selon les années), d'où une multiplicité de conditions de toute nature, propres à chacun d'eux, qui s'imposent aux familles : une constellation de critères exigés relatifs aux candidats à l'adoption (notamment l'âge des adoptants, l'écart d'âge entre adoptant et adopté, le statut matrimonial et/ou la composition de la famille, les revenus, leur état de santé, parfois même leur niveau de diplôme ou leur pratique religieuse)... rendant la démarche ardue et de plus en plus longue. Il en découle aussi, pour les professionnels, une grande diversité de connaissances à engranger et une révision permanente de leurs pratiques.

Le déséquilibre actuel entre la raréfaction du nombre d'enfants adoptables hors de France et celui des familles en demande d'adoption tend à laisser sans réponse de nombreuses familles pourtant en très fort désir d'enfant.

### **Une conséquence directe de cette raréfaction : des enfants porteurs de particularités ou de troubles cumulés**

Faute de moyens de santé publique suffisants pour prendre en charge une pathologie chronique telle qu'une hépatite B, une malformation labiopalatine ou un pied bot, les pays d'origine réservent à l'adoption internationale les enfants à particularités non acceptés en adoption locale : les enfants grands, en fratrie ou porteurs de maladies. N'est-ce pas l'évidence même ? Comment pourrait-il en être autrement ?

Avec parfois des éléments culturels surajoutés dans certains pays, où les troubles peuvent être en relation directe avec l'abandon, par exemple en Russie, le syndrome

d'alcoolisation fœtale ou, en Chine, des malformations des membres ou de la voûte palatine, assimilées à un signe d'enfant « porte-malheur », ou encore en Bulgarie, le simple fait d'être un Rom.

### **Profils des enfants proposés à l'adoption internationale au début des années 2010**

« L'évolution du profil des enfants adoptables est l'un des traits majeurs et durables de la transformation du paysage de l'adoption internationale » [6].

Les enfants les plus jeunes proviennent généralement d'abandon précoce, tandis que les plus grands font plutôt l'objet d'un retrait d'autorité parentale en raison d'une histoire personnelle et familiale qui a le plus souvent un retentissement direct sur leur état de santé physique et psychique (violence intrafamiliale, addictions des parents, errance...).

Un certain nombre d'enfants sont le fruit de relations hors mariage, victimes de la norme sociale (Afrique, Asie) ou issus de viols ou d'inceste (Amérique latine).

Il importe de souligner que très peu d'enfants (moins de 5 % d'entre eux) sont orphelins.

Parmi les enfants grands, un certain nombre ont pu subir de mauvais traitements, maltraitance physique et/ou psychologique, voire à caractère sexuel (prévalence forte en Amérique latine), parfois suivis d'hospitalisations, à l'origine d'une déchéance d'autorité parentale.

Lorsqu'un enfant est retiré à ses parents, il l'est pour négligence grave avec malnutrition ou maltraitance, causes de séquelles difficiles à évaluer en termes de santé. Puis il fait l'objet d'une enquête et d'un rapport par les services sociaux ou la police en vue de recherche de placement, si possible dans sa famille élargie (grands-parents, oncles et tantes) ou en adoption locale en premier lieu dans son propre pays.

Les mères de naissance connaissent pour la plupart une grande précarité de vie en ville, bidonville ou en milieu rural, à l'écart de toute scolarisation régulière. Elles ont pu pratiquer pendant leur grossesse la mendicité, la prostitution, diverses addictions comme le tabac, l'alcool, les substances psychoactives (Amérique, Europe) ou encore être atteintes de maladie mentale, sans transmission directe a priori, mais aussi sans investigation possible, et à risque de prise de médicaments contre-indiqués en période de gestation.

Elles subissent fréquemment l'absence du père de leur enfant, et l'enfant la promiscuité des compagnons de passage.

En l'absence de famille élargie, les enfants sont selon les pays placés en vue d'adoption en institutions (Europe de l'Est, Afrique, Asie) ou accueillis dans des familles d'accueil par une « mère de substitution » (Amérique latine).

Ces différents parcours d'enfance constituent des facteurs de risque cumulés (placements répétés, ruptures, alcool, abus ou attouchements sexuels intrafamiliaux, etc.), souvent non pris en compte dans les statistiques et études épidémiologiques qui font l'analyse des troubles de santé : ils sont autant d'incertitudes dont le pronostic à long terme est inconnu.

« Le profil des enfants adoptés à l'international évolue. Les données sont encore insuffisantes pour en dresser un profil complet, mais l'augmentation de la moyenne d'âge est désormais avérée : un tel changement requiert une évolution des projets des candidats » [7].

L'adoption en nombre d'enfants grands (6–12 ans) est un phénomène inédit sur lequel on dispose de peu de données. Dans un nombre croissant de pays, la présentation d'enfants de plus en plus grands s'accélère (Colombie, Chili, Pérou) depuis 2010.

Certes, l'âge ne constitue pas en lui-même un facteur de risque, mais l'histoire de carences vécue dans le même temps par l'enfant (doué de mémoire !) en est un. L'absence de repères dans le temps (structuration d'une journée) et dans l'espace (la maison familiale) et parfois l'absence de représentation de ce que sont un père et une mère ne sont pas aisées à restaurer ultérieurement.

Avec la généralisation d'Internet à travers le monde, des propositions d'enfants grands, considérés à juste titre comme à besoins spécifiques, sont adressées par les pays d'origine, via des mails groupés, à l'ensemble des autorités centrales des pays d'accueil en vue de recherche de familles (« flux inversé » autorisé par la CLH-93). S'engage alors une forme de compétition, voire une course de vitesse au risque de nuire à la qualité d'accompagnement des familles dans leur démarche d'adoption.

Certains pays d'accueil (Italie : 55 % d'enfants adoptés de plus de cinq ans en 2010, États-Unis, Espagne) sont de fait plus ouverts que la France en termes d'âge de l'enfant. Mais, pour autant, disposent-ils d'études sur le devenir à long terme de ces enfants adoptés tardivement ?

## **Les pathologies rencontrées en adoption internationale : de forts besoins de chirurgie réparatrice, appareillage et/ou suivi médical prolongé ou prises en charge pluridisciplinaires**

### **Problèmes de santé non spécifiques**

Il s'agit des pathologies dépistées de manière systématique en France pendant la grossesse (rubéole, toxoplasmose, hépatite B) ou à la maternité (hypothyroïdie, drépanocytose...), ce qui n'est bien souvent pas le cas dans les pays d'origine qui n'ont pas les mêmes moyens de santé publique

que les pays industrialisés, ou lorsque la grossesse n'a pas été suivie, ou que l'accouchement s'est déroulé à domicile : cette notion doit être présente à l'esprit du médecin qui suit l'enfant.

### **Pathologies en relation avec l'origine géographique**

À cet égard, la santé des enfants adoptables reflète, en diversité et gravité, la santé des enfants dans le monde : grandes prématurités, retards de croissance intra-utérins (RCIU), handicaps moteurs, sensoriels, cognitifs ou esthétiques ; syndrome d'alcoolisation fœtale omniprésent en Europe de l'Est ; maladies chroniques transmissibles infectieuses (syphilis, hépatites B et C, VIH, HTLV1, maladie de Chagas en Amérique centrale) ou non (à noter la fréquence des hémoglobinopathies et déficits en G6PD en Asie), malformations liées ou non à l'alcool in utero, certaines opérables.

L'arrivée ces dernières années de milliers d'enfants d'Haïti a vu la détection de pathologies telles l'hépatite A (éventuellement transmise à toute la famille), l'hépatite B, la tuberculose, quelques cas de saturnisme et, moindre mal, des parasitoses aussi nombreuses que variées.

Lorsque cela est possible, et sans ingérence, des mesures d'aide aux pays pourraient être mises en œuvre sous forme de campagnes de vaccination, de détection d'anciennes zones industrielles à proximité des institutions d'enfants, d'amélioration de l'écoulement des eaux usées, des conditions d'hygiène et de nutrition.

### **Maladies liées à la collectivité**

Tous types d'infection sont à rechercher, tuberculose, parasitoses intestinales, gale (souvent profuse au Vietnam), teigne, etc.

### **Maladies en relation avec l'adoption**

*Compte tenu du contexte de vie des mères de naissance et des enfants placés en institution, les troubles rencontrés sont essentiellement : la malnutrition (aux séquelles imprévisibles dans le domaine des apprentissages) et l'anémie ferriprive. S'y ajoutent les retards de développement psychomoteur légers ou plus sévères, le retard statur pondéral, le retard de langage, l'anxiété, hyperactivité, les troubles de l'attention, du comportement et de l'attachement...*

En tout état de cause, les carences nutritives et affectives restent les deux facteurs de risque les plus souvent rencontrés. Ces troubles sont constitutifs de l'histoire et du placement de l'enfant privé de famille.

## Une prise de risque croissante (et incertaine) en adoption internationale

L'adoption est une filiation à risque dont chaque candidat est plus ou moins conscient : risque d'apparition, résurgence ou impact d'une pathologie, risque de séquelle difficile à évaluer mais surtout de facteurs cumulés à l'origine d'une vie familiale difficile, d'une vie de prises en charge multiples, parfois même d'une mise à distance de l'enfant (internat, foyer, placement...).

### Du point de vue de l'enfant

L'adoption dans un pays riche est sans doute l'intérêt d'un enfant malade, si l'on prend en compte le manque de moyens de santé publique de son pays.

Mais qu'en est-il pour un enfant grand ? Le déracinement, les changements culturels majeurs ne vont-ils pas aggraver son parcours chaotique ? Passé l'âge de quatre-cinq ans, il garde une mémoire de son histoire et pourra vivre cette adoption « au bout du monde » comme un conflit de loyauté vis-à-vis de ses parents de naissance et de son pays lui-même [5].

À l'âge de 10–12 ans, il devra réussir le tour de force de s'attacher à ses nouveaux parents adoptifs à une période de la vie où, d'ordinaire, un préadolescent tend à se détacher justement de ses parents.

Une fratrie d'enfants déjà grands, d'âges différents ? Certes, le groupe leur donne des repères sécurisants, mais qui peut répondre pour chacun d'entre eux avec son tempérament et sa propre histoire à tant d'incertitudes [2,3] ?

### Du point de vue de l'adoptant

Le désir d'enfant est bien compréhensible et bien légitime.

Toutefois, le contexte actuel de pénurie d'enfants adoptables incite les postulants à développer des comportements à risque ou irrationnels de plus en plus difficiles à contenir (par méconnaissance, discours incitatif des médias, escalade quant à l'âge de l'enfant...). Au sein d'un couple notamment, le désir peut être très inégal, et l'un des membres suivre le désir de l'autre au-delà du projet d'enfant qu'il aurait lui-même construit. La définition du projet des candidats dépendra aussi des attentes des futurs parents : simple recherche d'une autonomie possible à l'âge adulte ou forte attente de rejoindre le niveau d'études familial ?

Une célibataire, au-delà de sa volonté d'adopter, devra pouvoir concilier emploi, salaire suffisant et disponibilité pour les fréquentes prises en charge et soins de l'enfant...

Enfin, la recherche d'aide n'est pas chose courante. Elle devrait pourtant être systématique face à un projet transculturel,

ouvert à l'accueil d'un enfant si imprévu, projet qui nécessite une préparation active de chacun et une disponibilité soutenue.

Malgré les risques, les adoptants sont tentés de suivre leur fort désir d'être parents et évoquent, ce qui doit être entendu et accompagné, leur grande maison « avec trois chambres vides » ou le souhait « d'appartenir comme les autres à la société de ceux qui ont des enfants ».

### Informations insuffisantes pour une prise de décision en connaissance de cause

Lors de la proposition d'apparement, la Convention de La Haye, reprise par le Code de l'action sociale et des familles (CASF), prévoit la communication aux adoptants d'un rapport sur l'enfant faisant état de son histoire, de sa santé et de ses besoins particuliers. Ce rapport est établi par l'autorité centrale du pays d'origine ou par l'institution.

Le rapport relatif à l'enfant est de contenu, de qualité et de fiabilité variables selon les pays d'origine, y compris au sein des pays ayant adhéré à la Convention de La Haye.

Ainsi, même si un dossier médical ne peut tout mentionner, il est souvent réduit à un examen clinique ponctuel, établi à quelques mois d'âge, sans données sur la naissance ou l'évolution et souvent incomplet (pas de prise de tension artérielle ni acuité visuelle, ni audition, cicatrice d'intervention antérieure non documentée...). Les antécédents personnels et familiaux n'y figurent pas toujours et les sérologies sont souvent uniques, d'où de possibles cas d'hépatite B par faux-négatif initial ou d'infection secondaire au sein de l'orphelinat (10 à 15 % de la population infectée en Asie).

Par ailleurs, la compréhension du rapport peut être rendue difficile par la qualité de la traduction, mais également par des pratiques et techniques de soins différentes (fréquente utilisation des psychotropes en Europe de l'Est). Enfin, terminologies propres à un pays, dans certains pays, le rapport consiste en une synthèse succincte rédigée par un administratif à partir du dossier médical de l'enfant (Lettonie).

Certaines pathologies peuvent aussi ne pas s'exprimer à certains âges (maladies n'ayant pas bénéficié des dépistages systématiques ou d'apparition plus tardive). *Le rapport médical* ne peut indiquer que les affections repérables au moment de l'examen en fonction des moyens locaux disponibles (formation et qualification de l'examineur, fiabilité des examens complémentaires réalisés...).

Pour toutes ces raisons, il est vivement conseillé aux familles, une fois dans le pays, de faire refaire par un médecin (pédiatre ou spécialiste de la pathologie concernée) un examen clinique complet (y compris psychomoteur et sensoriel) avec notamment un contrôle des sérologies.



## En prévention des risques, quelle aide apporter aux adoptants ?

Quatre types de supports doivent être développés par les acteurs de l'adoption et utilisés par les adoptants :

- une information préalable renforcée avant agrément et une information santé par pays après agrément ;
- une préparation et un accompagnement personnalisé et spécifique du projet ;
- une aide à la décision lors de la proposition d'enfant ;
- un suivi personnalisé à l'arrivée de l'enfant en France.

Une information générale sur la santé est délivrée aux familles sur le site de l'Agence française de l'adoption (AFA), et, selon les pays et les étapes de la démarche, au moyen de fiches pays, de questionnaires ciblés sur les pathologies et les spécificités des pays, d'entretiens personnalisés et de séances de préparation au départ à l'AFA.

Elle permet à chaque famille de mieux définir son projet et surtout de ne pas aller au-delà des limites personnelles de chacun en termes de particularités de l'enfant.

Des séances de préparation sont prévues par le CASF, à mettre en œuvre par les départements, pendant la période de validité de l'agrément (cinq ans). À cet effet, l'AFA a rédigé pour ses correspondants des conseils généraux, en lien avec les associations de parents, Enfance et familles d'adoption (EFA) et le Mouvement adoption sans frontières (MASF), notamment l'Association de parents adoptifs d'enfants colombiens (APAEC), des cahiers de préparation et d'accompagnement du cheminement par zones géographiques (Amérique latine, Europe, Asie) [1] destinés à éclairer le choix et la décision des candidats, et dans certains cas à renoncer.

*L'évolution actuelle de l'adoption internationale a également conduit l'AFA à organiser un deuxième dispositif ciblé : une procédure et des outils dédiés pour les projets d'adoption d'enfants à besoins spécifiques (commission pluridisciplinaire, questionnaire médical, entretien personnalisé).*

Il est à cet égard extraordinaire de constater la grande ouverture des adoptants à un trouble auquel ils sont familiarisés pour des raisons personnelles (présent dans leur entourage) ou professionnelles : handicap sensoriel ou moteur précis, diabète, épilepsie, cardiopathie, agénésie de membre. Ils en connaissent les besoins de prise en charge, le type de spécialistes et les lieux de soins appropriés, d'où un épanouissement ultérieur de l'ensemble de la famille lorsque les attentes réciproques de chacun sont réunies après apparemment.

Lors de la proposition d'enfant, des professionnels (médecins et psychologues) sont à disposition des familles pour une aide à la décision de l'accepter ou non, les médecins et psychologues de l'AFA et des OAA bien sûr, mais

aussi ceux des consultations d'adoption pédiatriques hospitalières (COCA), reconnus pour leurs compétences dans ce domaine. Encore faut-il que les familles y aient recours et ne se contentent pas des blogs et forums florissants sur Internet. Combien de fois est-il entendu que selon les blogs, les informations figurant dans les dossiers sont fausses ou exagérées pour faire adopter l'enfant : les pathologies mentionnées sont le plus souvent avérées !

Dans le but de permettre aux adoptants de faciliter leur prise de décision d'acceptation ou de refus de la proposition d'enfant, certains pays les autorisent, en cas de doute, à solliciter un complément d'informations et/ou des examens complémentaires à leurs frais.

Enfin, un suivi personnalisé est indispensable à l'arrivée de l'enfant en France : du ressort du service d'aide sociale à l'enfance (ASE) du conseil général, il est prévu par la loi française et défini dans sa périodicité par le pays d'origine. Mais divers soutiens de professionnels et d'associations seront là encore bien souvent indispensables [4].

Il importe le cas échéant de rappeler aux familles qu'un certain nombre de troubles, notamment ceux générés par un déficit de réponses aux besoins fondamentaux durant la petite enfance, nécessitent des prises en charge spécifiques et prolongées (orthophonie, psychomotricité, psychologie en CMP/CMPP ou CAMSP avant l'âge de six ans).

Pour les parents eux-mêmes, citons à titre d'exemple le soutien apporté par les services adoption des conseils généraux ou encore les groupes de parole de parents par tranche d'âge des enfants (Fédération d'associations EFA).

## Conclusion

Au-delà des actions de coopération entre États pouvant être menés avec les pays à revenu faible ou intermédiaire (programmes de santé publique en direction de l'enfance, campagne de vaccinations contre l'hépatite B, formation à l'hygiène des collectivités, aide à l'assainissement des eaux usées...), un changement des mentalités est à opérer dans les pays d'accueil des enfants.

L'adoption, telle qu'elle se présente depuis le début des années 2010, doit être appréhendée avec une part croissante d'incertitudes pour les familles, d'autant qu'elle ne se concrétisera le plus souvent qu'après des années d'attente sans enfant (quatre à cinq ans en moyenne) et à des âges parfois avancés des adoptants. Une toute autre dimension dont il faut désormais prendre conscience.

Cette réalité doit conduire à s'ouvrir à des profils d'enfants différents et à être en mesure de s'adapter, avec son conjoint et/ou sa famille proche (grands-parents, oncles et tantes...), aux conséquences qui pourront en découler.

Cela veut dire apprendre, dès la définition de son projet d'adoption, à s'ouvrir au monde, à se décentrer de soi-même

et à évaluer les limites de ce que l'on se sent capable d'accepter chez l'enfant qui sera proposé par le pays choisi. Accepter que, par définition, tous les enfants confiés soient présumés porteurs de troubles, puisque dans le cas contraire, ils auraient été adoptés dans leur propre pays.

Le désir des familles de prendre leur décision d'accueillir un enfant en connaissance de cause est légitime, mais il est de moins en moins aisé, compte tenu de son histoire et de son âge croissant. Le risque, dans les conditions actuelles, tend à s'accroître.

Or, l'attitude collective de notre société face au risque a changé : il faisait certes déjà partie de l'adoption, mais était plus volontiers assumé il y a une vingtaine d'années.

Avec le développement des dépistages systématiques, des moyens de la médecine, du diagnostic prénatal, la société réagit par un refus croissant du handicap et son attitude a profondément évolué pour des raisons à la fois d'exigence de sécurité et de confort, à la recherche de garanties absolues dans tous les domaines.

Au niveau individuel toutefois, les attitudes de chacun sont susceptibles d'importantes fluctuations en termes d'acceptation de probabilité de difficultés, de futures prises en charge, de contraintes de la maladie et de tous ordres, du regard des autres. Du fait d'aptitudes différentes, les capacités d'acceptation de la maladie et de disponibilité à l'enfant (carrière, loisirs) peuvent être très variables d'une personne à l'autre (et en couple !).

Seule une préparation obligatoire et conséquente aux nouveaux profils d'enfants permettra de réguler la demande, la

frustration et l'escalade en dépit du risque, car seuls certains adoptants réunissent l'ensemble des aptitudes nécessaires dans ce contexte.

Le constat ne doit en aucun cas être qualifié de pessimiste, car, au-delà de ces considérations, les associations et professionnels de l'adoption demeurent mobilisés et convaincus qu'un enfant reste un enfant, et que son développement se poursuit tout au long de la vie permettant aux enfants en besoin d'adoption dans le monde de « faire famille » dans leur pays d'accueil, sous réserve que leurs parents aient pu bénéficier d'une préparation à cette nouvelle réalité.

**Conflit d'intérêt :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Références

1. AFA/APAEC (2011) Adopter un enfant déjà grand ou une fratrie
2. EFA Revue accueil (2007) Frères et sœurs dans l'adoption
3. EFA Revue accueil (2008) L'adoption des enfants grands
4. Halifax J (2000) L'insertion sociale des enfants adoptés, INED-AEM Paris
5. Ozoux-Teffaine O (2004) Enjeux de l'adoption tardive : nouveaux fondements pour la clinique. Ed Eres, 284 p
6. Rapport IGAS/IGAE (2011) Déploiement de l'Agence française de l'adoption à l'étranger
7. Service social international, Centre international de référence (SSI-CIR) (2008) Bulletin mensuel n° 7-8