

UN AUTRE FUTUR EST POSSIBLE

Promouvoir la vie en famille pour les enfants handicapés en institution
Manuel à l'usage des professionnels



International Social Service
Service Social International
Servicio Social Internacional

Publié par :

Service Social International
Secrétariat Général
32 Quai du Seujet
1201 Genève, Suisse
Tel : +41 22 906 77 00 ; Fax : +41 22 906 77 01
info@iss-ssi.org

Le Service Social International (SSI) est une organisation non gouvernementale fondée à Genève en 1924. Son réseau, couvrant plus de cent pays, soutient les enfants et les familles dans un contexte transnational et son expertise de longue date dans le travail social international en fait un acteur reconnu. Le SSI a également joué un rôle actif dans la rédaction et la promotion de textes internationaux sur la protection des enfants privés de famille et l'adoption.

Pour plus d'informations : www.iss-ssi.org

Auteurs (SSI) : **Marie JENNY, Stéphanie ROMANENS-PYTHOUD**

Ainsi qu'un panel de 7 experts internationaux :

Gwen BURCHELL (Azerbaïdjan/Royaume-Unis) ; **Jennifer COUSINS** (Royaume-Unis) ; **Anne FRICHET** (France) ; **Isabelle LAMMERANT** (Belgique/Suisse) ; **Agustina PALACIOS** (Argentine) ; **Deepak RAJ SAPKOTA** (Népal) ; **Kinsey RASEBITSE** (Afrique du Sud).

Nous remercions la Mission Adoption de **Médecins du Monde France**, **Laetitia HANSER** et le **Dr Fanny COHEN HERLEM** pour leurs précieuses contributions.

Nous remercions également nos volontaires **Lorène MÉTRAL**, **Lucie CONCORDEL** et **Yeniffer ROSAS**.

Cette publication a été réalisée :

En partenariat avec :



et grâce au soutien de :



© Service Social International (SSI) 2016

Tous droits réservés. Toute partie de ce manuel peut être reproduite avec la reconnaissance adéquate au Service Social International.

ISBN 978-2-9700976-4-8

UN AUTRE FUTUR EST POSSIBLE

*Manuel à l'usage des
professionnels en charge
des enfants handicapés
privés de famille*

Partie A Introduction - p. 4

- 1. Préambule p. 6
- 2. Définitions et postulats de base p. 8
- 3. Glossaire p. 11

Partie B Méthode d'intervention pour les professionnels en lien direct avec les enfants handicapés - p. 16

- 1. Accueil des enfants handicapés en institution p. 18
 - 1.1 Le rapport d'entrée p. 19
 - 1.2 Evaluation des besoins médicaux immédiats et description générale de l'enfant à son arrivée p. 25
 - 1.3 Les premiers gestes p. 28
- 2. Approfondir la connaissance sur l'enfant et ses besoins p. 30
 - 2.1 Observations régulières de l'enfant p. 30
 - 2.2 Recommandations pour une prise en charge adaptée p. 36
 - 2.3 Elaboration d'un projet adapté et personnalisé de prise en charge à court terme p. 38
- 3. Evaluation systématique et régulière des enfants p. 42
 - 3.1 Evaluation du statut juridique de l'enfant p. 43
 - 3.2 Evaluation médicale de l'enfant p. 48
 - 3.3 Evaluation psychosociale de l'enfant p. 52
 - 3.4 Elaboration d'un projet de vie permanent pour les enfants handicapés et placés en institution p. 60
- 4. Préparation de l'enfant handicapé à son projet de vie familiale p. 64
 - 4.1 L'accompagnement préalable de base p. 66
 - 4.2 La préparation de l'enfant handicapé à la famille qui va l'accueillir p. 70
 - 4.2.1 L'annonce de l'adoption ou du placement à long terme en famille d'accueil p. 70
 - 4.2.2 La préparation de l'enfant handicapé à la rencontre avec sa nouvelle famille p. 72
 - 4.3 La préparation de l'enfant handicapé à son départ et la transition vers son nouvel environnement p. 76

Partie C Recommandations pour les autorités - p. 82

Promouvoir la vie en famille pour les enfants handicapés en institution

- 1. La réintégration de l'enfant dans sa famille d'origine p. 84
- 2. Le placement en famille d'accueil p. 90
- 3. Processus de recherche d'une famille d'adoption pour les enfants handicapés p. 94

Partie D Annexes - p. 100

Annexe 1 - Description et compréhension du contexte d'intervention

- 1. Le contexte national et la place donnée aux enfants handicapés p. 102
 - 1.1 Profil général du pays p. 102
 - 1.2 Le système de protection de l'enfance p. 103
 - 1.3 Protection et prise en charge des enfants handicapés p. 107
 - 1.4 Perception des enfants handicapés p. 108
 - 1.5 Le système de soins p. 108
- 2. Les institutions p. 111
 - 2.1 Identification des voies de recueil des enfants en institution p. 111
 - 2.2 Evaluation des institutions p. 112
 - 2.3 Profil des enfants accueillis dans les structures d'accueil p. 116
 - 2.4 Statistiques concernant les enfants en attente d'une prise en charge familiale permanente p. 117

Dans ce manuel toute personne, homme ou femme, de moins de 18 ans, est considéré comme un enfant, comme établi dans l'article 1 de la Convention relative aux droits de l'enfant



Partie A

Introduction

ABRÉVIATIONS

Organisation des Nations Unies	ONU
Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant (1989)	CDE
Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (2006)	CDPH
Lignes Directrices de l'ONU relatives à la protection de remplacement pour les enfants (2009)	Lignes Directrices
Convention de la Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (1993)	CLH-93
Organisme Accrédité pour l'Adoption	OAA

1. PRÉAMBULE

Même s'il n'existe pas de statistiques globales à ce sujet, les informations disponibles démontrent que dans le monde entier, plusieurs milliers d'enfants vivant avec un handicap et privés de famille sont placés dans des structures institutionnelles sans qu'aucune autre mesure de protection ne leur soit proposée. Le Comité de l'ONU sur les Droits de l'Enfant a régulièrement manifesté sa préoccupation quant au recours systématique au placement institutionnel pour les enfants handicapés, soulignant le fait que cette population est particulièrement exposée à toute forme d'abus. Par ailleurs, la Convention des Droits de l'Enfant de 1989 (préambule, article 20 et 21) et la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (préambule, article 23), ainsi que de nombreux autres standards internationaux, reconnaissent tous pleinement le droit de tout enfant à grandir dans un milieu familial.

Concrétiser ce droit pour les enfants handicapés privés de famille reste un défi pour l'ensemble des pays du monde. Malgré les efforts et ressources engagés pour trouver des familles prêtes à accueillir un enfant handicapé, aucun pays ne parvient à répondre à l'ensemble des besoins en la matière. Cette situation est d'autant plus marquée dans les pays en voie de développement et en transition, où les ressources et l'expertise manquent souvent pour développer des mesures de protection de type familial pour ces enfants. Par ailleurs, il arrive que les croyances, les a priori et les tabous pesant sur la notion de handicap constituent un frein supplémentaire. Dans certains contextes, peu de dispositions sont prises pour réintégrer l'enfant dans sa famille ou sa communauté ou, si cela s'avère impossible, pour lui trouver une famille par le biais d'un placement familial, de l'adoption nationale ou, de façon subsidiaire, de l'adoption internationale.

Il en résulte que de nombreux enfants vivant avec un handicap grandissent en institution sans se voir offrir la possibilité d'être pris en charge par une famille (leur famille d'origine, une famille d'accueil ou adoptive), pour des raisons souvent indépendantes de leur capacité réelle de bénéficier d'une telle mesure. Le Service Social International (SSI) et l'organisme français Médecins du Monde (Mdm), ONG médicale ayant le statut d'Organisme Accrédité pour l'Adoption (OAA), l'ont constaté au travers de leurs mandats dans de nombreux pays du monde.

Sur la base de leurs expériences complémentaires (en tant qu'observateur des droits de l'enfant privé de famille et opérateur terrain) et en collaboration étroite avec un groupe international d'experts reconnus¹, le SSI et Mdm ont choisi d'œuvrer en faveur de la prise en charge des enfants handicapés dans un milieu familial plutôt qu'en institution. Ce manuel est l'instrument principal de leur action. Il s'agit d'un outil de travail proposant des recommandations visant à guider les professionnels dans leur pratique. Plus qu'une méthode au sens strict, le manuel est conçu comme un idéal vers lequel tendre et qui demande à être adapté en fonction de la réalité spécifique et des ressources propres à chaque contexte. Il veut également être une source de réflexion et d'inspiration pour l'ensemble des personnes impliquées dans la prise en charge des enfants privés de famille vivant avec un handicap, afin de les soutenir dans le développement de leurs compétences.

Plus concrètement, le document propose une approche permettant d'évaluer systématiquement la situation de chaque enfant entrant en institution – quel que soit son état de santé – et d'élaborer pour lui un projet de vie individualisé répondant à ses besoins, en application du principe de subsidiarité.

¹ Pour la composition du groupe, voir Auteurs au verso de la couverture.

Un modèle de dossier synthétisant l'ensemble des informations qu'il importe de réunir à propos d'un enfant en vue d'élaborer son projet de vie est proposé au fil du manuel. Il propose également, en annexe, une série de grilles de questions permettant de décrire et évaluer le contexte de la protection des enfants handicapés privés de famille dans un pays donné. Cette partie est conçue pour réunir dans un même document toutes les informations nécessaires à la mise en œuvre d'une politique ou d'un projet favorisant la prise en charge des enfants handicapés en milieu familial.

Ayant vocation à être diffusé à large échelle, ce manuel est conçu pour être utilisé par des personnes ou des organismes très différents et dans des contextes variés. Il peut, par exemple, soutenir le travail d'un Etat qui entreprend de mettre en place une politique nationale ou appuyer l'action d'une ONG ou d'un consultant international dans le cadre d'un projet (national ou régional). Mais il peut également servir un OAA souhaitant se spécialiser dans l'adoption des enfants handicapés. Chaque utilisateur potentiel devrait ainsi y trouver l'appui dont il a besoin.

**L'équipe du Service Social International
Septembre 2016**

2. DÉFINITIONS ET POSTULATS DE BASE

Le développement du projet et son outil – le présent manuel – a suscité de nombreux débats au sein de l'équipe du projet. Quels sont les enfants que l'on veut cibler ? Le placement en famille d'accueil/adoptive est-il vraiment bénéfique et/ou envisageable pour tous les enfants vivant avec un handicap ? Est-il éthique de déclarer adoptables des enfants pour lesquels les chances de trouver des candidats adoptants sont limitées, voire très limitées ? Le projet n'est-il pas utopique aux vues de la situation prévalant dans de nombreux pays en développement ou en transition ? Ne va-t-il pas contribuer indirectement à mettre la pression sur les pays d'origine pour augmenter le nombre d'adoptions internationales ? Etc.

Les questions entourant ce thème sont nombreuses, et leurs réponses sont rarement uniques et tranchées. Nous avons pourtant choisi de prendre position, car il nous a semblé qu'un positionnement clair, reflété dans ce manuel, servira mieux l'objectif du projet, en proposant des pistes concrètes pour favoriser la prise en charge familiale des enfants vivant avec un handicap. Les recommandations que nous formulons résultent de l'expérience et l'expertise de nos deux organisations, ainsi que celles des experts qui ont participé à la publication de cet ouvrage. Elles sont également le fruit de longues réflexions et discussions menées au sein de l'équipe du SSI. Nous sommes cependant bien évidemment conscients que d'autres avis existent et sont légitimes.

La conception du projet nous a amené à faire des choix, notamment celui du **terme utilisé pour désigner les enfants** concernés par le projet. Parle-t-on d'enfants handicapés, d'enfants souffrant d'un handicap, d'enfants avec handicap, vivant avec un handicap, etc. ? Chaque terme véhicule une image et un sens, parfois stigmatisant. Finalement, notre choix s'est porté sur le terme "enfant handicapé", car il est utilisé par les principaux textes internationaux en la matière, notamment la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Le Comité des Droits de l'Enfant utilise lui aussi ce terme dans son Observation générale n° 9 sur les droits des enfants handicapés. A certaines occasions, nous avons également utilisé le terme "enfant vivant avec un handicap", qui nous a paru approprié par son caractère descriptif et moins stigmatisant. Il nous rappelle également que ces personnes sont d'abord des enfants, avec tous les droits, désirs et besoins d'un enfant, et qu'elles ne se réduisent pas à leur handicap.

Tel que nous l'envisageons, le terme « **enfant handicapé** », ou « enfant vivant avec un handicap » n'est pas uniquement un concept médical, mais doit être compris dans une conception plus large, englobant une dimension sociale. Le handicap ne définit pas seulement un trouble physique, mental, intellectuel ou sensoriel, mais également la façon dont il est perçu et pris en charge par la société, ainsi que les entraves induites pour la personne concernée. Par conséquent, une personne vivant avec le même trouble peut être considérée comme handicapée dans un pays alors qu'elle ne le serait pas dans un autre, en fonction de son contexte et son environnement de vie. La Convention relative aux droits des personnes handicapées inclut cette dimension sociale du handicap. Selon son article premier, la personne handicapée est une personne « *qui présent[e] des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* »².

² <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) va plus loin et décrit le handicap comme « *un terme générique pour les déficiences, les limitations de l'activité et restrictions à la participation. Le handicap est l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale (paralysie cérébrale, syndrome de Down ou dépression) et des facteurs personnels et environnementaux (par exemple attitudes négatives, moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles et soutiens sociaux limités)* »³. Cette dernière définition élargit la notion de handicap, la difficulté rencontrée pouvant venir du sujet ou de son environnement. Elle nous semble appropriée pour le projet, car cette dimension contextuelle du handicap joue un rôle très important dans la situation de beaucoup d'enfants handicapés et vivant en institution sans aucun autre projet de vie.

Nous avons également cherché à préciser la notion de **projet de vie** telle que nous l'entendons dans ce manuel. Selon nous, cette notion induit une dimension permanente ou, à défaut, de long terme. Dans le respect des principaux standards internationaux en la matière⁴, elle implique aussi que les solutions de type familial soient privilégiées et recherchées, en priorité au niveau national. Concrètement, ces considérations impliquent que le maintien ou la réintégration de l'enfant dans sa famille d'origine ou sa communauté est le projet de vie à envisager en premier lieu. Si ce projet est impossible ou contraire à l'intérêt de l'enfant, une solution alternative familiale et permanente doit être envisagée, principalement l'adoption nationale ou la Kafala dans les pays musulmans, mais aussi le placement familial à long terme s'il répond au meilleur intérêt de l'enfant. De façon subsidiaire, après examen des possibilités de placement national, le projet de vie de l'enfant peut également être l'adoption internationale.

Parfois, aucune de ces solutions n'est réalisable ou ne répond au meilleur intérêt de l'enfant. Un projet de vie doit malgré tout être élaboré pour l'enfant, même s'il l'est dans le cadre d'un placement en institution. Par ailleurs, le projet de vie peut également prendre des formes plus innovantes, comme le placement (ou la prise en charge) en institution par petits groupes, l'accueil familial groupé (cluster foster care), le maintien de l'enfant dans sa famille géré par un membre de la fratrie etc. Comme pour tout autre enfant, ces dernières options peuvent permettre, dans certains cas, de répondre aux besoins et intérêts de l'enfant handicapé. Elles doivent donc être envisagées lorsque c'est opportun. Dans ce manuel, nous avons toutefois choisi de nous centrer sur les formes plus traditionnelles de prise en charge familiale et permanente, dont la pleine mise en œuvre permettrait de répondre aux besoins et intérêts de l'immense majorité des enfants privés de famille vivant avec un handicap à savoir: la réintégration de l'enfant dans sa famille (nucléaire ou élargie), le placement en famille d'accueil, l'adoption nationale et l'adoption internationale. S'il est vrai que dans de nombreux pays, ces solutions sont encore très peu développées, d'autant plus pour les enfants handicapés, elles doivent malgré tout être envisagées pleinement lors de l'élaboration du projet de vie de l'enfant.

Le manuel promeut ainsi une évaluation systématique et approfondie de la situation de chaque enfant institutionnalisé, quel que soit son état de santé, afin de connaître ses besoins et élaborer un projet de vie adapté. Par cette approche, les enfants handicapés bénéficient de la même attention et sont traités comme les autres enfants, tout en tenant compte de leur spécificité. Cela se traduit dans le manuel par des recommandations qui peuvent être appliquées à tout enfant, ainsi que des recommandations spécifiques

³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/index.html>

⁴ En particulier : la Convention des Nations Unies de 1989 relative aux droits de l'enfant ; les Lignes Directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants, formellement accueillies par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2009 ; la Convention de La Haye de 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale.

pour les enfants handicapés. Bien évidemment, il ne s'agit pas ici de stigmatiser ou discriminer les enfants handicapés, mais de reconnaître leurs besoins spécifiques et leur apporter une réponse adaptée, afin de garantir leurs droits et leur donner les mêmes chances de grandir dans une famille que les autres enfants.

Le manuel reconnaît et tient aussi compte du fait que pour certains enfants, un projet de vie familial est difficilement réalisable, en raison du manque de familles disponibles pour accueillir un enfant handicapé dans le monde. Un projet de vie individualisé doit malgré tout être élaboré pour ces enfants. Il peut prendre différentes formes, comme, par exemple, la facilitation des contacts et le renforcement du lien avec la famille de l'enfant, l'intégration dans une école, un programme de réhabilitation, etc. En tous les cas, les enfants pour qui un projet de vie familial ne peut être réalisé doivent être éduqués et préparés à leur vie adulte de la façon la plus appropriée possible.

3. GLOSSAIRE

Nous avons choisi d'utiliser des définitions « informelles », qui pourraient être facilement accessibles à un large panel d'acteurs, professionnels et non professionnels.

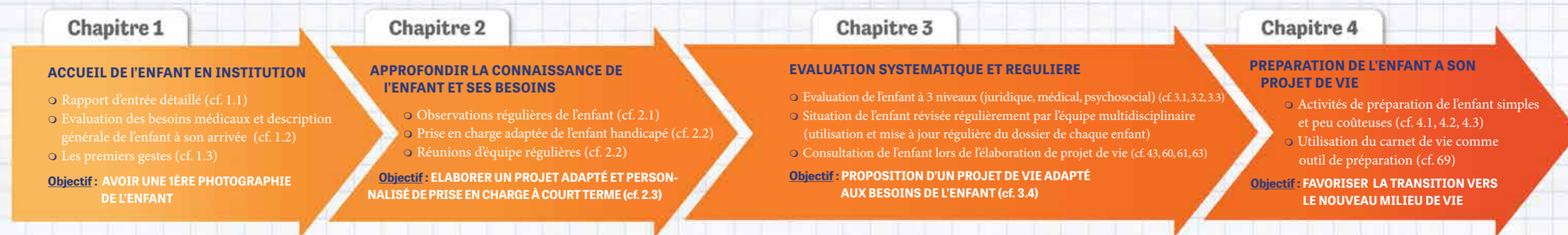
- **Adoptabilité** : détermination par une équipe pluridisciplinaire (si possible) du pays d'origine, de la capacité légale, médicale, psychosociale de l'enfant de bénéficier d'une adoption.
- **Adoption** : mesure de protection de l'enfance qui consiste à confier un enfant de façon permanente et officielle à une personne ou un couple distinct de son père ou de sa mère d'origine. Cette mesure crée un nouveau lien de filiation, similaire au lien de filiation biologique. Elle rompt ce lien de filiation biologique si l'adoption est plénière, mais le conserve si l'adoption est simple. L'adoption peut être nationale si l'enfant est confié à une famille résidant habituellement dans le pays d'origine de l'enfant, ou internationale si la famille adoptive réside habituellement à l'étranger. En tous les cas, l'adoption se fonde sur l'intérêt supérieur de l'enfant, en lui offrant un milieu familial permanent et propice à son épanouissement, respectueux de ses droits fondamentaux.
- **Apparementement (ou matching)** : choix de la famille qui est la mieux à même de répondre aux besoins de l'enfant à adopter ou prendre en charge.
- **Assistante maternelle** : personnel de l'institution en charge des soins quotidiens et de l'accompagnement de l'enfant dans son développement.
- **Autorité centrale (d'adoption)** : organisme désigné par un Etat partie à la CLH-93 (voir ci-dessous) pour mettre en œuvre et superviser toute la procédure d'adoption. A ce titre, selon le Guide de Bonnes Pratiques n° 1 pour la mise en œuvre de la CLH-93, l'autorité centrale doit notamment exercer les fonctions obligatoires visées aux articles 7, 8 et 33, ainsi que celles des articles 9 et 14 à 21, à moins qu'elle ne les délègue à un autre organisme, public ou privé.
- **Autorité compétente** : organisme désigné par un Etat pour exercer une fonction dans un domaine de travail spécifique (protection de l'enfance, protection des personnes handicapées, etc.).
- **Consultation/Participation de l'enfant** : la participation de l'enfant est un des principes fondamentaux de la Convention des droits de l'enfant qui implique que l'enfant soit entendu d'une part et, d'autre part, que son opinion soit dûment prise en considération, en fonction de son âge et de sa maturité, dans toute décision le concernant. L'enfant doit être informé de toute mesure prise à son égard et des conséquences pour sa vie future. Il doit en outre pouvoir s'exprimer dans un environnement favorable à sa libre expression et exempt de toute pression.
- **Convention de La Haye de 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale – CLH-93** : principale convention régulant les procédures d'adoption internationale et énonçant les principes de base en la matière.

- **Convention des Nations Unies de 1989 relative aux droits de l'enfant - CDE** : principale convention internationale protégeant les droits spécifiques des enfants.
- **Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, 2006 - CDPH** : principale convention internationale protégeant les droits spécifiques des personnes handicapées. En 2014, cette convention a été ratifiée par 154 pays.
- **Institution** : établissement d'accueil et de prise en charge à temps plein des enfants séparés ou privés de leurs familles.
- **Intérêt supérieur de l'enfant** : consiste à mettre l'enfant au cœur de toute décision le concernant, en veillant à ce que ses intérêts et ses besoins profonds soient respectés en tout temps, à commencer lors de l'élaboration de son projet de vie.
- **Kafala** : mesure de recueil légal d'un mineur (le "Makfoul") par une personne physique ou morale (le "Kafil") sans rupture du lien avec la famille d'origine ni création d'un lien de filiation avec le "Kafil". La Kafala est révoquée à tout moment et sans motif. Elle implique l'obligation pour le "Kafil" de prendre à sa charge l'entretien, l'éducation et la protection du mineur comme s'il s'agissait de son propre enfant.
- **Lignes Directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants** : formellement accueillies par l'Assemblée Générale des Nations Unies (AGNU) le 20 novembre 2009, elles viennent compléter la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant. Elles visent principalement à assurer que les enfants ne fassent pas inutilement l'objet d'une mesure de protection de remplacement et, lorsque cela s'avère nécessaire, que la mesure de placement respecte les conditions propres à garantir le respect des droits des enfants et leur intérêt supérieur.
- **Organisme agréé pour l'adoption - OAA** : intermédiaire désigné par l'autorité centrale d'adoption pour réaliser certaines étapes de l'adoption, essentiellement la préparation et l'accompagnement des candidats lors de leurs démarches dans le pays d'origine.
- **Organisme intermédiaire** : entité chargée de l'information, de la préparation et du suivi des familles dans le cadre d'une adoption, qu'elle soit nationale ou internationale, ou dans le cadre d'un dispositif de familles d'accueil.
- **Placement en institution** : mesure de protection en principe provisoire, considérée comme une transition vers une solution familiale permanente (p. ex. la réintégration de l'enfant dans la famille d'origine, l'adoption ou le placement familial à long terme). Dans les cas où la recherche d'une famille échoue malgré les efforts déployés à cet effet, le placement en institution peut devenir permanent, mais doit dès lors être aménagé afin d'être le plus adapté possible aux besoins de l'enfant.
- **Placement familial / Placement en famille d'accueil** : placement de l'enfant sur décision d'une autorité compétente, dans une famille autre que sa propre famille, qui est chargée d'assurer une protection de remplacement et qui est soumise à cette fin à un processus de sélection, de qualification, d'approbation et de supervision. Cette mesure peut être d'urgence, de court, de moyen ou de long terme.

- **Projet de vie** : mesure de protection permanente envisagée pour l'enfant, répondant à ses besoins et son meilleur intérêt, et visant à ce qu'il puisse grandir au sein d'une famille à chaque fois que c'est possible. Conformément aux principes internationaux, ce projet de vie est prioritairement le maintien ou la réintégration de l'enfant dans sa famille d'origine ou sa communauté, puis l'adoption nationale ou la Kafala et, de façon subsidiaire, l'adoption internationale. Le placement familial, selon les contextes nationaux, peut être utilisé comme une mesure de protection à long terme. Dans certains cas, le projet de vie peut également prendre des formes plus innovantes, comme, par exemple, le placement en institution par petits groupes, l'accueil familial groupé (cluster foster care) ou encore le maintien de l'enfant dans sa famille géré par un membre de sa fratrie. Ces options ne sont toutefois pas développées dans ce manuel.
- **Projet familial permanent** : terme générique, utilisé dans ce manuel pour alléger la lecture, qui inclut les mesures d'adoptions (nationales et internationales), la Kafala et le placement à long terme en famille d'accueil.
- **Réfèrent de l'enfant** : personne responsable du suivi d'un enfant tout au long de son parcours dans l'institution. Le référent de l'enfant peut être une assistante maternelle (ou auxiliaire puéricultrice), un travailleur social ou tout autre professionnel en lien direct avec l'enfant. Au-delà du suivi et d'une parfaite connaissance de l'enfant et de sa situation, la personne de référence assure également le respect des droits de l'enfant, notamment le respect de l'opinion de l'enfant lorsque des décisions sont prises pour lui et son avenir.
- **Subsidiarité** : principe selon lequel l'adoption internationale ne peut être envisagée que si l'enfant ne peut pas rester dans sa famille biologique et si aucune autre famille ne peut l'accueillir de façon permanente dans son pays.

Les principales étapes pour favoriser le droit des enfants handicapés vivant en institution de grandir dans un cadre familial ou adapté à leurs besoins :

SECTION 1 - Partie B



SECTION 2 - Partie C

LES AUTORITES DEVELOPPENT DES MESURES DE PRISE EN CHARGE DE TYPE FAMILIAL POUR LES ENFANTS HANDICAPES

- Le SSI propose une assistance technique pour développer des mesures de remplacement de type familial pour les enfants handicapés.

1. La réintégration de l'enfant dans sa famille d'origine.....	p. 84
2. Le placement en famille d'accueil.....	p. 88
3. Processus de recherche d'une famille d'adoption pour les enfants handicapés.....	p. 94

Pour les
professionnels
en lien direct
avec les enfants
handicapés



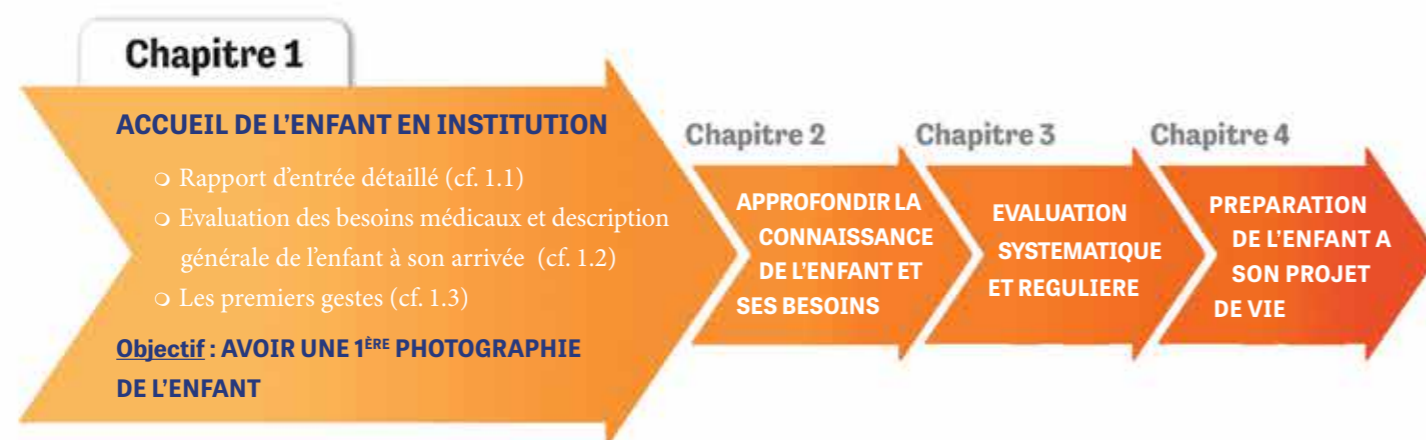
Partie B

Méthode d'intervention

Le placement en institution reste une mesure largement utilisée pour les enfants séparés de leurs familles, malgré les préoccupations de la communauté internationale et ses réitérations du principe selon lequel tout enfant devrait grandir dans un milieu familial, ou au moins dans sa communauté. Ce manuel part de cette réalité, cible les enfants placés en institution et s'adresse aux professionnels concernés.

Il importe toutefois de rappeler, tel que précisé dans les paragraphes 20 et 21 des Lignes Directrices de l'ONU relatives à la protection de remplacement pour les enfants (ci-après Lignes Directrices), que le placement en institution doit toujours être considéré comme une mesure provisoire, une transition vers la réintégration de l'enfant dans sa famille ou, lorsque c'est impossible, vers son placement au sein d'une autre famille. Le placement en institution doit néanmoins assurer à l'enfant une prise en charge la plus personnalisée possible, une bonne qualité de vie à l'abri des abus (Lignes Directrices, § 84-88). La prise en charge quotidienne de tout enfant, et en particulier de l'enfant handicapé, au sein de l'institution, joue un rôle déterminant pour son développement et son bien-être, tant dans le présent que pour son intégration future. Les efforts liés à l'amélioration de la prise en charge des enfants en institution devraient être déployés en parallèle à d'autres efforts, notamment pour prévenir la séparation familiale, réintégrer l'enfant dans sa famille et rechercher des solutions familiales permanentes.

ACCUEIL DES ENFANTS HANDICAPÉS EN INSTITUTION

**Principes généraux**

❖ Cette section s'appuie plus spécifiquement sur l'article 25 de la CDE, l'article 23 de la CDPH, les paragraphes 51, 81, 109 à 111, 113 à 117 et 123 à 127 des Lignes Directrices.

❖ L'institution doit travailler et collaborer avec l'autorité compétente, pour prendre les mesures de protection de court terme, investiguer la situation de l'enfant et de sa famille, puis élaborer un projet de vie permanent pour chaque enfant entrant en institution.

❖ Les autorités de protection de l'enfance devraient être en charge de l'évaluation et de la décision concernant l'enfant. Elles devraient être aidées par des professionnels prenant en charge l'enfant, voire d'autres services sociaux accompagnant la famille (en fonction de la situation du pays).

❖ Le dossier de l'enfant devrait être créé dès l'arrivée de l'enfant. Les informations relevées grâce aux rapports d'observations, aux évaluations régulières et aux plans de soins, serviront de base pour obtenir un résumé complet des besoins de l'enfant. Les données ainsi récoltées et reportées dans le dossier pourront appuyer la détermination d'un projet de vie permanent.

Un modèle de dossier est proposé tout au long des chapitres 1, 2 et 3 sous formes de grilles et est compilé en annexe.

**1.1 Le rapport d'entrée**

❖ Un relevé d'informations doit être effectué et conservé par écrit dans le registre d'accueil et dans le dossier de l'enfant créé à cet effet (un modèle du dossier est proposé tout au long de la partie B et est repris en annexe). Il est important pour l'enfant qu'une trace écrite de ce moment soit conservée. Ci-dessous à la page 21 un exemple de rapport d'entrée reprend les principales informations à relever.

Les circonstances de l'arrivée de l'enfant et son histoire doivent être identifiées et analysées (Lignes Directrices, § 110-111) afin d'investiguer sa situation et celle de sa famille, puis élaborer un projet de vie.

1. Si l'enfant a été laissé à l'hôpital ou à la maternité par ses parents biologiques et confié à l'institution par l'hôpital ou la maternité :

- Le personnel hospitalier doit fournir toutes les informations dont il dispose sur la mère/le père de l'enfant (y compris son identité et son adresse si possible) et les raisons de l'abandon (jeune mère isolée, handicap visible de l'enfant présent à la naissance, projet d'abandon spontané ou réfléchi, etc.).
- La possibilité d'une recherche des parents biologiques ou d'un travail avec eux pour une réintégration familiale doit être discutée rapidement avec le personnel de l'institution et/ou les services sociaux et les autorités de protection.
- Il ne doit y avoir aucun paiement direct à la famille d'origine, ni aucune forme de rémunération pour l'abandon de son enfant.

2. Si l'enfant a été trouvé dans un lieu public ou dangereux par un particulier ou la police et qu'il a été confié à l'institution par les services sociaux ou la police :

- Ces derniers doivent transmettre toutes les informations dont ils disposent sur le lieu et les circonstances dans lesquelles l'enfant a été découvert et sur l'avancée de l'enquête et les perspectives qu'elles ouvrent à l'enfant. Même de petits détails devraient être retranscrits car il se peut que ce soient les seuls éléments que l'enfant connaîtra de son histoire.

3. Si l'enfant a été confié par sa famille :

- Un entretien doit être organisé avec la famille et les responsables de l'institution et, si possible, un travailleur social, afin de déterminer les raisons de ce placement, si ce dernier semble temporaire ou définitif, et la demande des parents vis-à-vis de ce placement.
- Le lien entre les parents et l'enfant doit être évalué, de préférence par un travailleur social ou un psychologue si cela est envisageable : la possibilité de contact doit être encouragée et facilitée dans le but du maintien des liens, voire d'une réintégration familiale si cela est possible et dans l'intérêt de l'enfant (comme l'indiquent les paragraphes 51 et 81 des Lignes Directrices de l'ONU). Le cas échéant, tous les efforts devraient être entrepris, en particulier pour le soutien et les encouragements nécessaires à la famille (élargie) pour tenter de trouver une solution familiale pour l'enfant et éviter son placement en institution (voir point C1 pour plus de détails).
- La motivation des parents pour assumer à nouveau l'enfant doit être appréhendée. Des jugements hâtifs sur les motivations de la famille de naissance doivent être évités car cette dernière peut être traumatisée par la situation et incapable d'un jugement raisonné à ce stade.

4. Si l'enfant a été délaissé, négligé ou maltraité par sa famille et confié à l'institution par les services sociaux, la police ou les autorités compétentes locales, sur la base d'une décision formelle judiciaire ou administrative :

- Ces dernières doivent transmettre les informations dont elles disposent concernant les circonstances du retrait de l'enfant de sa famille, indiquer si une décision de protection a été prise, si le retrait paraît définitif ou non, etc. Les possibilités de remédiation de la situation familiale, en vue d'une prise en charge de l'enfant par sa famille d'origine ou élargie, doivent rapidement être envisagées. Si c'est dans l'intérêt de l'enfant, sa réintégration dans sa famille biologique doit être facilitée.

5. Si l'enfant est orphelin de père, de mère ou des deux parents et qu'il a été confié à l'institution par un membre de sa famille, les services sociaux ou les autorités locales :

- Les circonstances de la disparition des parents doivent être transmises à l'institution et un projet de vie familiale permanent, en priorité dans sa famille élargie ou sa communauté, doit être rapidement envisagé.

❖ Les biens des enfants après leur admission sont répertoriés et mentionnés dans le dossier de l'enfant. Il est impératif de conserver tous les objets de l'enfant, y compris ceux qui semblent n'avoir aucune « valeur », afin de pouvoir les transmettre à l'enfant ou aux personnes qui le prendront en charge dans le futur. Ils peuvent être ses seuls liens avec ses origines.

❖ Un livre de vie devrait rapidement être initié pour l'enfant par son référent, afin d'y inscrire toutes les informations le concernant. L'enfant devrait pouvoir le remplir lui-même, s'il est en âge de le faire, ou en collaboration avec son référent. Le livre de vie appartenant à l'enfant, il pourra ainsi l'emporter avec lui lorsqu'il quittera l'institution.

RAPPORT D'ENTRÉE : INFORMATIONS A OBTENIR A L'ARRIVÉE DE L'ENFANT DANS L'INSTITUTION

A remplir avec la personne qui amène l'enfant pour récolter le plus d'informations possible. Il arrive que ce soient les seuls éléments que l'enfant aura de son histoire passée, il importe donc de noter tous les détails que vous pourrez observer.

Nom de l'institution où l'enfant est accueilli

Date et heure d'arrivée à l'institution



I. INFORMATIONS DE BASE SUR L'ENFANT

<p>Pour l'institution, ces éléments sont les informations de base sur l'enfant. Ils permettent d'identifier et enregistrer l'enfant et facilitent la communication avec lui et sa prise en charge.</p> <p>Pour l'enfant, ces informations constituent la base de ses origines et de son histoire.</p>	Heure et date d'arrivée à l'institution	
	Nom(s) et prénom(s) de l'enfant	
	Sexe	
	Date de naissance	
	Lieu de naissance	Hôpital <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
	Religion si connue	
	Langue maternelle	
	Lieu de vie de l'enfant avant son arrivée à l'institution (indiquer le nom de(s) institution(s) et/ou hôpital/aux concerné(s) :	<input type="checkbox"/> Avec ses parents d'origine : du..... au..... <input type="checkbox"/> Avec des proches : du..... au..... <input type="checkbox"/> Dans une autre institution : du..... au..... <input type="checkbox"/> Dans un hôpital : du..... au.....
Description physique et, si possible, photographie de l'enfant (en pièce jointe)		

II. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE QUI AMÈNE L'ENFANT

<p>Pour l'institution, ces informations sont précieuses pour le cas où il est nécessaire de recontacter la personne qui a amené l'enfant et avoir des précisions sur les origines de l'enfant et les circonstances de son placement.</p> <p>Pour l'enfant, ces informations constituent la base de ses origines et de son histoire.</p>	Nom(s), prénom(s), sexe	
	Age	
	Adresse	
	Numéro de téléphone	
	Lien entre l'enfant et la personne (père, mère, famille élargie, police, services de protection de l'enfance, autorités locales, services des affaires sociales, etc.)	
	Fonction exacte de la personne s'il s'agit d'une instance officielle	
En pièce jointe : copie de la pièce d'identité de la personne et photographie de la personne		

III. MOTIFS DU PLACEMENT EN INSTITUTION

<p>Pour l'institution, ces informations permettent de lancer rapidement les premières démarches sociales et de soutenir au mieux l'enfant dans cette étape toujours traumatisante.</p> <p>Pour l'enfant, ces informations lui apportent des renseignements sur les circonstances de son placement et lui permettront de mieux comprendre le geste de ses parents d'origine.</p>	<input type="checkbox"/> Orphelin : <input type="checkbox"/> Abandonné dans un lieu public, sans filiation connue : précisez les circonstances de l'abandon (lieu de découverte, détails, personne ayant trouvé l'enfant, etc.)
	<input type="checkbox"/> Retiré de l'autorité parentale par décision judiciaire <input type="checkbox"/> Confié directement par sa famille d'origine
	Si l'enfant est confié directement par sa famille d'origine, quelle est la demande des parents, si connue (placement temporaire, à plus long terme, à préciser) ?
	Si l'enfant a été amené par sa famille ou retiré de l'autorité parentale, quelles sont les raisons et circonstances du placement (pauvreté, maladie, maltraitance, etc.) ?

IV. INFORMATIONS SUR LA FAMILLE D'ORIGINE

<p>Pour l'institution, ces informations sont primordiales pour entamer le travail social et l'enquête familiale en vue de déterminer rapidement le statut juridique de l'enfant. Elles permettent d'avoir des informations sur la fratrie de l'enfant pour tenter de les réunifier s'ils sont eux aussi sous mesures de protection.</p> <p>Pour l'enfant, ces informations lui donnent des éléments essentiels pour rechercher ses origines s'il le souhaite plus tard.</p>	Nom et âge de la mère si connus	
	Nom et âge du père si connus	
	Adresse, numéro de téléphone de la mère et/ou du père	
	Origine ethnique des parents si connue	
	Etat civil, années de vie commune des parents, liens entre les parents	
	Nombre de frères/sœurs et s'il y a lieu, le rang de l'enfant dans sa fratrie	
	Ses frères et sœurs sont-ils :	
	- restés avec les parents/famille ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	- placés dans la même institution ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	- placés dans une autre institution ?	Oui <input type="checkbox"/> Nom de l' institution : Non <input type="checkbox"/>
- placés en famille d'accueil ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- autres ?		



V. HISTOIRE MEDICALE DE L'ENFANT

<p>Pour l'institution, pour assurer un suivi médical de l'enfant et une prise en charge adaptée. La personne qui accompagne l'enfant peut avoir des informations cruciales sur la santé de l'enfant, il est donc important de lui poser ces questions.</p> <p>Pour l'enfant, ces éléments permettent de connaître son développement, son historique médical et les éventuelles conséquences à long terme.</p>	Etat de santé de l'enfant à sa naissance (si connu) :	
	Poids et taille à la naissance kg cm
	Périmètre crânien à la naissance cm
	La grossesse a-t-elle été suivie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	L'accouchement s'est-il déroulé normalement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Accouchement prématuré <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Lieu de l'accouchement :	
	Détails connus sur l'accouchement :	
Antécédents médicaux connus, maladies survenues par le passé, traitements spécifiques, etc. :		
Evaluation des besoins médicaux immédiats de l'enfant (état de malnutrition, déshydratation, etc.) :		
<p>Liste des effets personnels de l'enfant à son arrivée (vêtement(s), tissu(s), lettre(s), bijou(x), jouet(s), etc.) (Il est important de garder les effets personnels de l'enfant, c'est souvent son seul lien avec son passé)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

Signature de la personne qui amène l'enfant

Signature du professionnel de l'institution
chargé de l'admission de l'enfant

1.2 Evaluation des besoins médicaux immédiats et description générale de l'enfant à son arrivée

❖ Un examen médical complet doit être effectué, si possible par un pédiatre, ou à défaut un médecin et/ou une infirmière dans les premiers jours suivant l'arrivée de l'enfant. Les sérologies (HIV, HépB, syphilis) et vaccinations de base devraient être faites si l'état vaccinal est inconnu, et notées sur son carnet de santé s'il en a un (en créer un s'il n'en a pas). Cette consultation d'admission est essentielle pour avoir une première photographie de l'enfant, évaluer ses besoins immédiats sur le plan médical et sur le plan de sa prise en charge au sein de l'institution :

- ◆ si l'enfant est bien portant, le personnel responsable de son accueil procède à son intégration dans l'établissement (présentation du personnel, des autres enfants, des lieux, de l'horaire, le cas échéant du règlement, etc.) ;
- ◆ si l'enfant présente un handicap détectable à ce stade, le médecin, l'infirmière et/ou le travailleur social prodigue des conseils aux professionnels en lien direct avec l'enfant, adaptés à la particularité de l'enfant ;
- ◆ si l'état de santé de l'enfant n'est pas satisfaisant, le personnel médical présent se charge de lui administrer les premiers soins ou, s'il y a lieu, de le référer à l'hôpital.

CONSULTATION MEDICALE A REALISER DANS LES 1^{ERS} JOURS SUIVANT L'ARRIVEE DE L'ENFANT

Cette fiche permet de connaître l'état de santé de l'enfant et entamer un suivi et une prise en charge médicale adaptée.

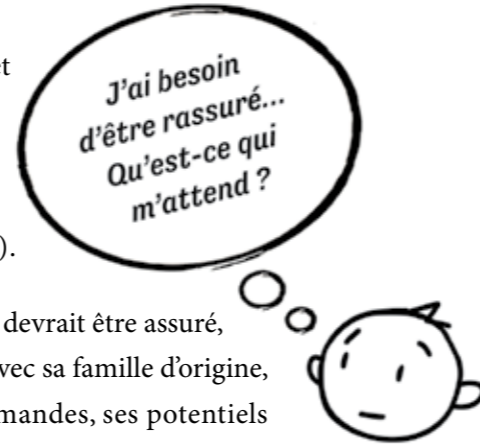
Ces données donnent une 1ère indication sur le développement de l'enfant.	Taille : Poids : Périmètre crânien :
La malnutrition peut induire des retards de développement.	Malnutrition : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
L'enfant est-il malade, fatigué, en forme, etc. ?	Quel est l'état de santé global de l'enfant ?
Ces éléments permettent d'organiser la prise en charge de l'enfant et prévoir les éventuelles adaptations nécessaires.	<p>L'enfant présente-t-il un handicap visible et/ou connu à son arrivée ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le(es)quel(s) et quels sont les traitements/thérapies envisagés et leur fréquence ? • Quel est l'impact du handicap sur la vie de l'enfant (vie quotidienne, autonomie, etc.)

Ces éléments permettent de prévoir les traitements adaptés pour l'enfant.	Des pathologies chroniques ou autres problèmes graves de santé de l'enfant sont-ils détectés à son arrivée ? Préciser les traitements à prévoir et leur calendrier.
Ces éléments permettent de préciser l'état de santé global de l'enfant et les éventuelles conséquences pour sa vie actuelle et future.	<p>L'enfant a-t-il été malade par le passé ? Maladies infantiles ordinaires (coqueluche, rougeole, varicelle, rubéole, oreillons) ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/></p> <p>Veillez indiquer l'âge de l'enfant pour chaque maladie et mentionner les éventuelles complications :</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications :</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications :</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications :</p>
Ces éléments permettent de préciser l'état de santé global de l'enfant et les éventuelles conséquences pour sa vie actuelle et future.	<p>Résultats des examens cliniques suivants en précisant la date :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cutanés (faits le) • Cardio-pulmonaires (faits le) • Abdominal-pelvien (faits le) • Neurologique (faits le) • De l'appareil locomoteur (faits le) • Autres (faits le) <p>Résultats des examens biologiques suivants en précisant la date :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémogramme (faits le) • Fer Sérique (faits le) • Dépistage de la drépanocytose (faits le) • Sérologie (HIV, Syphilis, Hépatites B et C si possible) (faits le) • Divers (faits le)

DESCRIPTION GENERALE DE L'ENFANT	
L'enfant semble-t-il désorienté, déprimé, agressif, etc. ?	Personnalité de l'enfant (caractère, comportement avec les autres enfants/adultes, sommeil, difficultés particulières, etc.). Décrivez le plus possible :
Motricité	<p>- L'enfant s'assoit sans aide Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/></p> <p>- L'enfant se déplace à 4 pattes Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/></p> <p>- L'enfant se tient debout avec appui Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/></p> <p>- L'enfant marche Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/></p>
Langage	<p>- L'enfant commence à babiller Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/></p> <p>- L'enfant dit des mots simples Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/></p> <p>- L'enfant fait des phrases Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/></p>
Interaction sociale	<p>- L'enfant recherche le contact physique avec les adultes : Toujours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>- L'enfant communique et joue facilement avec les autres enfants : Oui souvent <input type="checkbox"/> Oui rarement <input type="checkbox"/> Non jamais <input type="checkbox"/></p>
Affectivité	L'enfant manifeste ses émotions (colère, peur, joie, tristesse, surprise) ? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Niveau d'activité générale	Passif <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/>
Si l'enfant est à l'école :	<p>- En quelle classe est-il actuellement ?</p> <p>- L'enfant sait faire un dessin : Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> N'y arrive pas <input type="checkbox"/></p> <p>- Connaît-il les lettres de l'alphabet : Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> N'y arrive pas <input type="checkbox"/></p> <p>- L'enfant sait lire : Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> N'y arrive pas <input type="checkbox"/></p>
HYPOTHESE/SUGGESTION DE PRISE EN CHARGE	
Avoir une première idée des besoins immédiats de l'enfant pour la prise en charge à court terme.

1.3 Les premiers gestes

- ❖ Dès son arrivée, il est important que l'enfant se sente en sécurité et qu'un professionnel prenne le temps d'écouter l'enfant, de le rassurer, de lui expliquer pourquoi il est là. Dès que possible, un référent devrait être attribué à l'enfant, pour lui apporter une attention et un accompagnement individualisés (Lignes Directrices, § 126).
- ❖ Dans la mesure du possible, un soutien psychosocial personnalisé devrait être assuré, portant une attention particulière à l'état de l'enfant, ses relations avec sa famille d'origine, ses capacités et ses limites d'attachement, ses attentes et ses demandes, ses potentiels traumatismes, etc.
- ❖ Son référent doit veiller à favoriser la transition de l'enfant dans l'institution et lui apporter une attention et un accompagnement adaptés à son âge et à son état de santé. L'enfant doit être présenté à ses nouveaux camarades et une attention particulière doit être apportée au début pour veiller à sa bonne intégration dans le groupe.
- ❖ Pour tout enfant accueilli, un système de diagnostic précoce du handicap devrait être mis en place à travers des observations et évaluations régulières (voir chapitres 2.1 et 3 pour plus de détails). Ce système doit permettre de repérer rapidement les enfants handicapés ou présentant un retard de développement afin d'adapter rapidement la prise en charge de l'enfant.

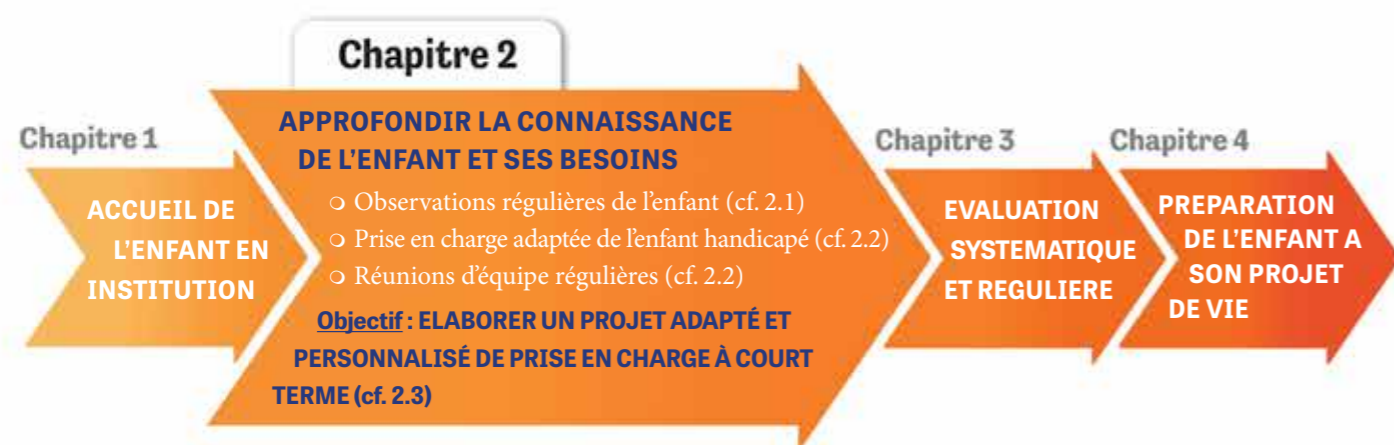


Pour le soin des enfants handicapés, des mesures complémentaires adaptées au handicap devraient être entreprises, notamment :

- ❖ Une attention particulière devrait être apportée pour s'assurer que l'enfant est bien accepté par les autres enfants de l'institution et que son handicap n'est pas le sujet de moqueries ou d'exclusion. Une session de groupe avec les autres enfants pour introduire et accueillir l'enfant peut, par exemple, être organisée à cet effet.
- ❖ Les examens médicaux de base devraient être pris en charge par l'institution selon un dossier de base standard.
- ❖ Si la pathologie ou le handicap de l'enfant nécessite une intervention d'urgence, l'opération devrait être prise en charge par l'État.
- ❖ Une formation devrait être mise en place pour le personnel encadrant les enfants dans les institutions (assistantes maternelles, éducateurs, personnel dirigeant), afin de mieux identifier et permettre le dépistage précoce des principales formes de handicap. Celle-ci devrait être complétée par une sensibilisation leur permettant de comprendre et appréhender les spécificités des divers handicaps rencontrés et d'adapter leurs comportements aux besoins de chaque enfant handicapé (Lignes Directrices, § 115-117).

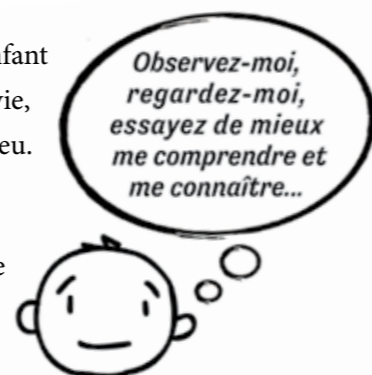
APPROFONDIR LA CONNAISSANCE DE L'ENFANT ET SES BESOINS

Comment offrir à un enfant vivant avec un handicap un environnement qui lui permette de se développer à son propre rythme, en éprouvant compétence et estime de soi ? Comment accompagner les professionnels dans l'accueil de cet enfant et de ses parents ? Voici autant de questions que les équipes en lien avec l'enfant devraient toujours garder à l'esprit pour assurer une prise en charge la plus individualisée possible.



2.1 Observations régulières de l'enfant

- ❖ Des observations régulières permettent de comprendre les besoins de l'enfant, son évolution, détecter d'éventuelles anomalies, mais aussi de se rendre compte des progrès de l'enfant et adapter ainsi sa prise en charge.
- ❖ Dans la mesure du possible, elles devraient être réalisées par le référent de l'enfant une fois que l'enfant semble être à l'aise dans son nouvel environnement de vie, c'est-à-dire une fois qu'il a pu trouver ses repères au sein de ce nouveau milieu.
- ❖ Au niveau pluridisciplinaire, plus l'équipe en lien avec l'enfant aura une compréhension fine des besoins de l'enfant, plus la prise en charge pourra être individuelle et adaptée. Une prise en charge adaptée permettra de le valoriser dans ses compétences.



« Le travail d'observation est central au sein des équipes de nourrices (en charge de s'occuper de l'enfant au quotidien), d'infirmières, de pédagogues, de psychologues, de pédiatres et de directrices, et permet de développer une représentation vivante, individualisée et partagée des enfants accueillis. À tous les niveaux, chacun s'intéresse aux détails concrets de la vie de cet enfant-là et se mobilise dans la recherche de propositions à lui soumettre afin qu'il puisse continuer d'avancer sur son chemin, à son rythme, avec fierté et courage »⁵.

⁵ Dr Isabelle DELIGNE, pédiatre, extrait de l'article « L'observation pikléienne : une révolution pour les enfants placés en milieu institutionnel », bulletin du SSI août 2014.

❖ Ces observations pourront également servir :

- ◆ De moyens de comparaison et de référence pour détecter une éventuelle situation d'inconfort ou de douleur chez l'enfant (pour plus de détails cf. chapitre 2.3).
 - ◆ De base à l'évaluation continue de l'enfant (voir chapitre 3, « l'évaluation systématique et régulière des enfants »).
- ❖ Un exemple de grille d'observation, nommée « Guide du Regard », est proposé aux pages 32 à 35.

GUIDE DU REGARD, une aide pour observer l'enfant

Nom :
Prénom :
Lieu de vie :
Date et personne de référence :

1. INTERACTION SOCIALE

► Comment l'enfant vit-il la relation ? Cocher les cases correspondantes :

Individus \ Degré	Entre facilement en contact	Retrait/ Inhibition	Autre	De quelle façon ?
Avec ses « assistantes maternelles »				
Avec d'autres personnes de l'institution				
Avec les autres enfants				
Avec des visiteurs de passage				

- S'intéresse-t-il à l'environnement social (fêtes, moments de partage, sortie, etc.) ?
- Participe-t-il facilement aux activités organisées ?

2. COMMUNICATION Entourer les réponses correspondantes

- Communique-t-il : Verbalement Non verbalement Les 2
- De quelle manière : Vocabulaire Sons Regards Mimiques Mouvements Autres
- Comment l'enfant montre-t-il qu'il n'a pas compris ?
- Lui arrive-t-il de s'exprimer par des cris ?
Tout le temps La plupart du temps Souvent Parfois Rarement Jamais

3. EXPRESSION DES BESOINS Entourer les réponses correspondantes

- Peut-il exprimer un besoin, une envie, par exemple : être changé, manger, boire, inconfort, douleur, etc.
Toujours Souvent Occasionnellement Rarement Jamais
Si oui, lesquels ?
- Comment fait-il pour exprimer qu'il a encore faim ou soif ?
- Comment fait-il pour exprimer son inconfort :

A-t-il des réactions motrices et/ou verbales identifiables (par ex. si sa position est inconfortable, si l'environnement est dérangeant, etc.) ? Si oui, lesquelles ?

- Lui arrive-t-il d'exprimer des plaintes physiques (nausées, démangeaisons, douleurs, etc.) ?
- Quelles sont les stratégies qu'il/elle utilise pour soulager sa douleur physique ?
- Peut-il faire un choix : OUI NON

4. AFFECTIVITE

► Exprime-t-il les émotions suivantes ? Cocher les cases correspondantes :

Emotions \ Degré	Oui	Un peu	Non	De quelle façon ?
Joie				
Tristesse				
Peur				
Dégoût				
Surprise				
Colère				

- Son sourire : Quand l'enfant sourit-il ?
Comment sourit-il : S'agit-il d'un sourire figé, crispé, naturel, spontané ?
- Ses pleurs : Quand l'enfant pleure-t-il ?
Comment pleure-t-il : Larmes, cries, gémissements ?
- Son visage est-il figé, sans expression significative ?

5. DEVELOPPEMENT INTELLECTUEL

- Est-il intéressé par son environnement matériel (jouets, objets, etc.) ? Cherche-t-il à les manipuler ?
- L'enfant est-il capable d'être attentif, de se concentrer ?
- A-t-il la notion du danger ?
- Quelle est son **orientation dans l'espace** ?
Se repère dans sa chambre Très bien Peu Pas encore
Se repère dans son lieu de vie Très bien Peu Pas encore
Se repère dans son institution, dans les lieux connus Très bien Peu Pas encore

► Quelle est son **orientation dans le temps** ?

Fait la différence entre le matin et le soir	Très bien	Peu	Pas encore
Se repère en lien avec les activités de la vie quotidienne du centre	Très bien	Peu	Pas encore
Se repère dans la semaine	Très bien	Peu	Pas encore
Se repère en lien avec les fêtes	Très bien	Peu	Pas encore

► Quel est le **niveau d'autonomie** de l'enfant :

1. **Autonomie** : qui ne dépend d'aucune aide
2. **Surveillance** : qui nécessite un accompagnement verbal
3. **Soutien** : qui nécessite un accompagnement physique
4. **Dépendance totale** : qui dépend d'une aide totale

Douche/bain :	1	2	3	4
Habillage :	1	2	3	4
Repas :	1	2	3	4
WC/élimination				
Urines :	1	2	3	4
Selles :	1	2	3	4

6. COMPORTEMENT

- Quel est son caractère en général ?
- Présente-t-il des comportements inhabituels (par ex. grattage, balancements, mouvements répétés, etc.) ? OUI NON
- Si oui, décrire lequel/lesquels ?
- A-t-il une / des activités « obsessionnelles » (manipuler un jouet spécifique) et importante(s) pour lui/elle ? OUI NON
- Si oui, laquelle, lesquelles ?
- A-t-il un (des) rituel(s) ? OUI NON
- Si oui, lequel, lesquels ET dans quelle(s) circonstance(s) (ex : besoin d'exécuter telle tâche, toujours dans un certain ordre)
- Quel est son comportement pendant les bains, les repas, les soins corporels (manière de participer, refuser, jouer) ?
- Autres

7. MOUVEMENTS DE L'ENFANT Entourer les réponses correspondantes

- Les mouvements de l'enfant sont-ils la plus part du temps : Contrôlés Incontrôlés
- A-t-il le sens de l'équilibre ? OUI NON
- Quels mouvements est-il en mesure de faire :
pivoter, se retourner, soulève son bassin, se met sur le côté, se met assis, à genoux, debout.
- Quel est son principal mode de déplacement : roule, rampe, 4 pattes, marche en se tenant, marche seul.
- L'enfant est-il Droitier Gaucher ?

8. QUEL EST L'ETAT DE TENSION DES MUSCLES (= tonus)

Normal / Anormal / Tonus bas / Tonus haut / Fortes crispations / Spasmes

► Son tonus est-il gênant dans la vie quotidienne ?

- Pour lui-même : OUI NON
- Pour l'accompagnant : OUI NON

(Si oui, en décrire les manifestations et circonstances pour l'enfant et pour le professionnel)

9. POSITION DE CONFORT Entourer les réponses correspondantes

- Quelle est sa position habituelle : penché, en avant, de côté, en arrière, recroquevillé, etc. ?
- Quelle est sa position de confort préférée ? (par ex. allongé, sur le dos, en foetal latéral, assis, etc.)
- en activité libre :
 - au repos :
 - dans le bain :
 - durant le repas :
 - lorsqu'il est porté par un adulte :

10. SOMMEIL

- En moyenne, combien d'heures dort l'enfant Par nuit h En journée h
- Qualité du sommeil : Paisible Continu Discontinu Profond Agité

11. LES SOINS

L'enfant accepte-t-il facilement les soins ?	Si la personne est connue de l'enfant	Personne inconnue
Infirmiers/ières	Oui / Non	Oui / Non
Médecins	Oui / Non	Oui / Non
Paramédicaux/Thérapeutes	Oui / Non	Oui / Non

L'enfant a-t-il besoin d'être accompagné par une assistante maternelle durant les soins ? OUI NON

2.2 Recommandations pour une prise en charge adaptée

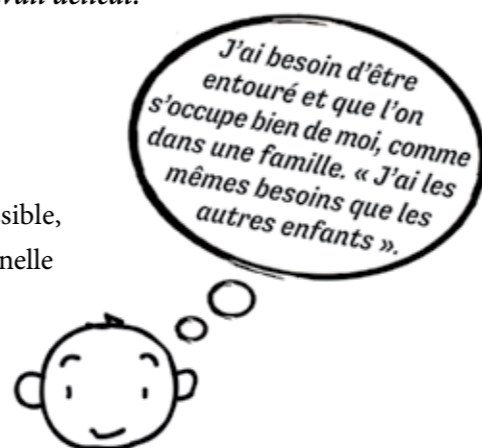
Les quelques recommandations ci-dessous sont inspirées de l'article 4 §1 de la CDPH, des paragraphes 71, 100, 123 à 130 des Lignes Directrices et de la méthode d'Emmi Pikler⁶. Elles visent à proposer des pistes pour un soutien des professionnels des institutions dans leur travail délicat.

L'ENFANT AU CŒUR DE LA DÉMARCHE

Une prise en charge par petit groupe

- L'enfant ayant besoin d'une prise en charge la plus personnalisée possible, il importe de former des petits groupes. Le travail de l'assistante maternelle sera plus efficace et orienté vers les besoins des enfants.
- L'enfant peut mieux profiter de l'interaction avec des pairs du même âge dans un petit groupe.

Conseil : Le nombre d'enfants par assistante maternelle devrait être défini selon l'âge et le profil des enfants accueillis. Par exemple pour un groupe d'enfants vivant avec des handicaps modérés à lourds, le minimum requis devrait être un adulte pour 3 à 5 enfants à tout moment de la journée⁷.



La continuité des soins

- L'enfant, quel que soit son état de santé, a besoin d'avoir des repères stables. Il est important que les personnes qui s'occupent de lui soient toujours les mêmes et soient peu nombreuses. Un nombre restreint d'adultes devraient donc intervenir auprès d'un même petit groupe d'enfants.
- Les nourrissons étant capables, dès la naissance, de reconnaître les personnes qui sont proches de lui, il est très important pour eux aussi d'assurer cette permanence.

Conseil : idéalement, quatre assistantes maternelles - dont une référente - prennent en charge les enfants d'un même groupe, assurant successivement les différents services du matin, de l'après-midi, de la nuit ou du week-end.

La personne de référence

- Chaque enfant devrait avoir un adulte référent, plus particulièrement responsable de sa prise en charge et surtout, de son suivi. L'adulte veillera également au respect de ses droits fondamentaux et s'assurera que l'opinion et la parole de l'enfant soient pris en compte.

Conseil : idéalement, un adulte devrait être le référent pour un petit groupe d'enfants (3 ou 4 enfants au maximum).

La création d'une relation intime et personnelle

- L'enfant a besoin, dès le plus jeune âge, d'être considéré comme unique lorsque l'adulte prend soin de lui. Il a besoin d'une reconnaissance individuelle et particulière. Les temps de soins (repas, change, toilette, coucher, etc.) sont des moments privilégiés de rencontres. Ces temps individualisés permettent la création d'une relation intime et personnelle entre l'enfant et l'adulte qui vont apprendre à se connaître, à s'écouter et à s'apprécier mutuellement.

Cette relation affective donnera à l'enfant le sentiment qu'il peut compter sur l'attention et la disponibilité d'un adulte qui veille sur lui, qui lui porte un intérêt personnel, prêt à accueillir ses demandes et ses émotions.

Conseil : chaque enfant devrait pouvoir bénéficier de temps qui lui est consacré, lors des baigns, des repas, des séances de jeux et des portages réguliers. Par exemple, pour les plus petits, les biberons devraient être donnés dans les bras de l'assistante maternelle qui lui porte toute son attention durant cette séquence de vie très importante.

Le livre de vie

- Pour permettre à l'enfant de garder une trace de son histoire et de son vécu, il est fondamental de consigner les informations importantes sur son histoire personnelle, les grandes étapes de son développement, ses progrès, ses difficultés ainsi que d'autres faits marquants comme l'indique le paragraphe 100 des Lignes Directrices.
- Le livre de vie de l'enfant devrait être commencé dès son arrivée à l'institution.
- Le référent de l'enfant, qui assure son suivi, tient à jour les informations contenues dans le livre de vie avec l'enfant, s'il est en âge de le faire.
- Le livre de vie contenant des informations et éléments (photos, lettre, etc.) généralement uniques et irremplaçables, il est recommandé d'en faire des copies pour le cas où celui-ci venait à être perdu, endommagé ou détruit par l'enfant (par ex. lors d'un accès de colère).

LE PERSONNEL DE L'INSTITUTION

Formation de base – Formation continue – Supervision du personnel de l'institution

- A l'arrivée d'une nouvelle assistante maternelle, une formation pratique et théorique de base devrait être dispensée sur les notions d'hygiène, de psychologie et du développement de l'enfant, de bonnes pratiques de soins, etc. Un programme éducatif devrait être établi à l'arrivée de chaque assistante maternelle, tel que le préconise le paragraphe 71 des Lignes Directrices de l'ONU.
- Le personnel devrait pouvoir bénéficier d'une formation continue, dispensée par des professionnels de la petite enfance, pour optimiser les pratiques, apprendre de nouvelles techniques, revoir et approfondir ses connaissances sur le développement de l'enfant.
- Un travail d'équipe est indispensable pour assurer et préserver une cohérence et une continuité entre les interventions des différentes personnes qui ont la responsabilité d'un même groupe d'enfants, pour partager la connaissance de chaque enfant, trouver une aide et un soutien face aux problèmes rencontrés et progresser dans sa compétence professionnelle.
- L'équipe des assistantes maternelles prenant en charge les enfants handicapés devrait être renforcée autant que possible. Il est important qu'elles puissent travailler en binôme afin que la sécurité soit renforcée, qu'elles aient aussi le temps d'organiser des séances de jeux collectifs et individuels pour les enfants.
- Un groupe de parole et/ou des séances régulières de debriefing pour les professionnels en charge des enfants handicapés devraient être mis en place pour les aider à parler librement des difficultés pratiques et émotionnelles éprouvées dans la prise en charge quotidienne des enfants.

⁶ Site internet de l'association Pikler Loczi : <http://www.pikler.fr/>

⁷ Un exemple de bonnes pratiques en matière de mise en place de standards au Lesotho concernant le nombre d'enfants par professionnel, rapport Unicef (2006) http://ovcsupport.net/wp-content/uploads/Documents/Guidelines_and_standards_residential_care_for_vulnerable_children_and_youth_1.pdf, p. 34-35.

- L'institution devrait faire l'objet d'une évaluation indépendante et externe, tant au niveau de la prise en charge des enfants que de la qualité de ses infrastructures (conformément aux paragraphes 128 à 130 des Lignes Directrices de l'ONU sur le sujet).

2.3 Elaboration d'un projet adapté et personnalisé de prise en charge à court terme

Afin d'élaborer un projet personnalisé à court terme, il est nécessaire de se concentrer sur les besoins de l'enfant et ses propres attentes.

L'élaboration d'un projet personnalisé repose sur les étapes suivantes :

1. Définir des objectifs à atteindre pour l'épanouissement et le développement de l'enfant
2. Activités / étapes pour atteindre l'objectif
3. Calendrier / délais pour atteindre le(s) objectif(s)
4. Quel(s) membre(s) de l'équipe sont impliqués dans les activités ?

Voici quelques axes de travail pouvant être développés dans le projet personnalisé de l'enfant :

L'aide au développement de l'enfant

- L'enfant a besoin de sollicitations, d'un espace stimulant et d'aménagements lui permettant de découvrir son environnement, de favoriser son éveil et sa curiosité. Le rôle des adultes est fondamental pour aménager un espace stimulant et adapté aux capacités de l'enfant, porter de l'intérêt à ses activités, partager son plaisir à découvrir le monde et son potentiel, accompagner son développement en fonction de son rythme, etc. Par exemple :
 - **Eveil sensoriel** : par des chants, des contes, de la musique, des paroles adressées à l'enfant (importance du bain langagier), des jouets adaptés à son âge, etc.
 - **Eveil moteur** : l'enfant devrait être accompagné dans ses mouvements et être encouragé dans ses progrès pour les principales acquisitions motrices, comme la station assise ou la marche. L'adulte doit favoriser les temps de découvertes de l'enfant tout en le protégeant des dangers. Dans cette optique, les enfants devraient être dans leur lit uniquement pendant les heures de sieste et la nuit.
 - **Affection** : l'enfant a besoin d'être porté régulièrement au cours d'une même journée. L'affection passe aussi beaucoup par l'attention, les regards, le langage de l'assistante maternelle envers l'enfant.

Je suis unique.
J'ai besoin d'être
reconnu et accepté
comme je suis.
Aidez-moi à grandir.



- L'accompagnement du développement de l'enfant handicapé doit se faire à travers les gestes de la prise en charge quotidienne, en lien avec les consignes des rééducateurs spécialisés s'il y en a. Des séances spécifiques de rééducation et/ou d'éveil devraient, en outre, être aménagées avec du personnel qualifié et bénéficier à tous les enfants.
- Les locaux devraient être adaptés autant que possible à la prise en charge des enfants handicapés et aux séances de rééducation avec le matériel adéquat.

Le langage et la communication avec l'enfant

- Il est important pour l'enfant d'être nommé quand l'adulte s'adresse à lui, pour lui permettre d'exister en tant qu'individu et de prendre confiance en lui.
- L'assistante maternelle « veille à informer et prévenir l'enfant de ce qu'elle fait avec lui. Elle s'efforce de se faire comprendre mais aussi de le comprendre, en lui parlant, en mettant en mot ce qu'elle fait et ce qu'elle perçoit de ses manifestations, mais aussi à travers une communication par les gestes »⁸.

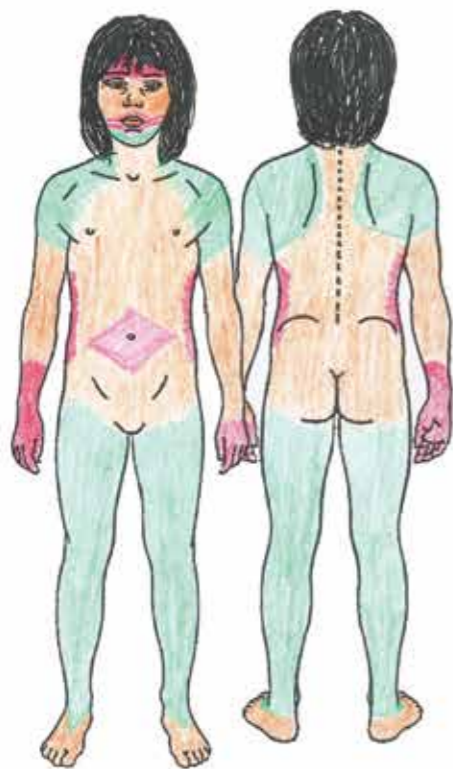
L'intégration de l'enfant handicapé dans la vie de l'institution

- L'enfant doit être intégré à la vie commune de l'institution (repas, jeux, sorties, école, etc.) et, autant que possible, à la communauté extérieure.
- Pour sensibiliser les autres enfants à la problématique du handicap et contrer les stéréotypes négatifs entourant les enfants handicapés, des activités devraient être menées par ces derniers, par exemple des causerie-débats.

La prise en compte de la douleur de l'enfant handicapé et la relation avec l'enfant

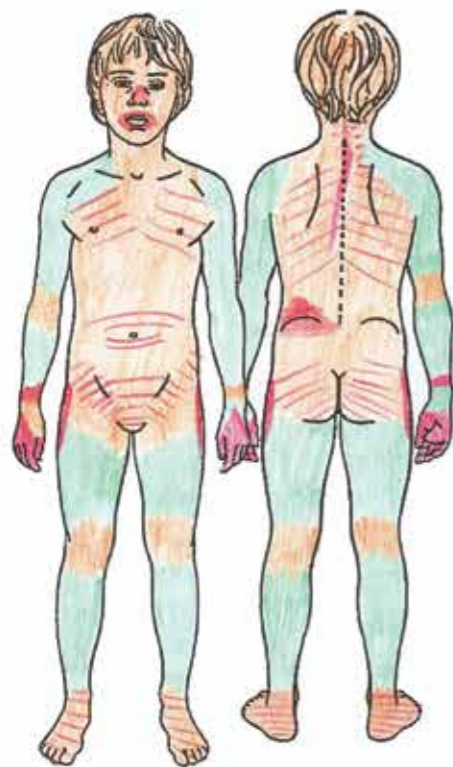
- Les enfants handicapés n'ont pas toujours ou pleinement les moyens d'exprimer un inconfort ou une douleur. Avec comme référence le guide du regard et la bonne connaissance des nourrices et autres professionnels en contact régulier avec l'enfant, il est éventuellement possible de porter une attention particulière à l'ensemble des manifestations verbales et non verbales qui ne correspondraient pas au comportement connu chez l'enfant.
- De nombreux facteurs interviennent dans l'expression de la douleur, et il est particulièrement difficile pour les professionnels de déterminer les symptômes. La douleur crée une rupture dans la perception du corps et parfois n'est remarquable chez l'enfant que par un changement de comportement. Le « guide du regard » sera considéré comme une « référence en situation calme » du comportement, du langage corporel et des positions adoptées habituellement. Cette référence servira de point de comparaison avec une suspicion de situation de douleur. En cas de doute d'un professionnel sur le vécu de l'enfant, il est possible de reprendre le « guide du regard » et de vérifier les items. Ce processus peut également être fait par plusieurs professionnels, qui connaissent tous bien l'enfant, afin d'aiguiser le regard multidisciplinaire porté sur ce dernier et l'aider si nécessaire.
- Une connaissance fine de l'enfant devrait permettre d'identifier les zones par lesquelles l'adulte peut facilement entrer en contact avec l'enfant ainsi que ses zones sensibles et très sensibles. Ce type d'information et de connaissances sur l'enfant peuvent être facilement transmis à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire à l'aide d'une cartographie comme présentée ci-dessous à la page suivante.

⁸ Dans la description de la pédagogie Pikler <http://www.pikler.fr/>



Théa, environ 6 ans est malvoyante.

Elle est atteinte de troubles de la perception dont une hypersensibilité au niveau des mains, surtout le bout des doigts, mais aussi de la tête et du dos. Elle peut se mordre très fortement le poignet gauche. Elle grince des dents et balance le haut de son corps d'avant en arrière. Elle peut parfois crier très fort et longtemps.



Karim, 10 ans vit une situation de polyhandicap.

Il a des mouvements incontrôlés de la tête et des bras. Il est hypersensible au niveau des extrémités, une grande sensibilité au visage surtout autour de la bouche. Une déformation du dos engendre de grandes problématiques de maintien du haut du corps.

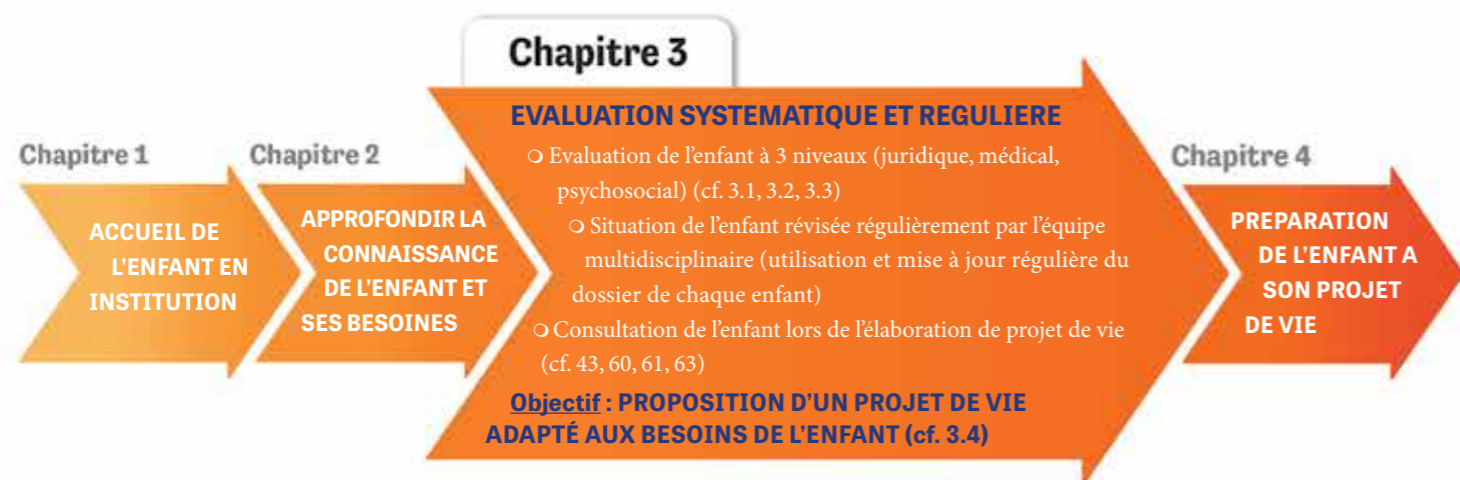
(Des modèles vierges sont disponibles en annexe)

EN VERT= Zone facilement accessible : les zones corporelles où les assistantes maternelles peuvent entrer en contact avec l'enfant sans manifestations significatives d'inconfort.

EN ORANGE= Zone sensible : l'enfant peut être manipulé à ces endroits, mais sous certaines conditions. Il peut manifester des réactions particulières qui nécessitent une adaptation de l'entrée en contact.

EN ROUGE= Zone très sensible, voire douloureuse : à ces endroits, l'enfant devrait être manipulé avec une grande précaution.

EVALUATION SYSTEMATIQUE ET REGULIERE DES ENFANTS



Principes généraux



- ❖ Cette section est basée en particulier sur les articles 12, 24 et 25 de la CDE, aux articles 4§1, 25 et 26 de la CDPH et aux paragraphes 57 à 68, 71, 103, 115 à 117 des Lignes Directrices.
- ❖ Conformément à ces standards, une évaluation systématique et régulière de la situation de l'enfant doit être effectuée, en fonction de son âge et de son handicap afin d'apprécier son développement psychologique, moteur, physique et relationnel (y compris à l'égard de sa famille d'origine le cas échéant) et contribuer ainsi à élaborer un projet de vie permanent pour l'enfant.

- ❖ Cette évaluation devrait être réalisée par différents biais :
 - ◆ *L'évaluation continue* de l'enfant : réalisée à travers les observations et rapports lors de la prise en charge quotidienne et usuelle des enfants.
 - ◆ *L'évaluation ponctuelle* de l'enfant abordée dans ce chapitre (juridique, médicale et psychosociale) devrait être réalisée au moins tous les 6 mois⁹.
- ❖ L'enfant doit être consulté à chaque étape du processus, en fonction de son degré de maturité.

Pour les enfants handicapés en particulier

- ❖ Toute hospitalisation ou intervention chirurgicale devrait être notée dans le dossier de l'enfant, avec copie du compte-rendu d'hospitalisation ou copie de l'acte opératoire.
- ❖ Pour les enfants handicapés, une attention particulière doit être accordée à l'évolution de l'enfant par rapport à son handicap. Les conditions à mettre en place pour assurer une prise en charge adaptée doivent être définies rapidement (il s'agit du projet personnalisé à court terme cf. point 2) et réévaluées

⁹ Les Lignes Directrices préconisent une évaluation de l'enfant tous les 3 mois. Nous considérons ce délai comme l'objectif à atteindre. Nous l'avons toutefois étendu à 6 mois pour formuler une recommandation qui tienne mieux compte des ressources dont disposent une majorité de pays.

Pourquoi prendre en compte l'avis de l'enfant dans les décisions qui le concernent ?

- ✓ Conformément à l'article 12 de la CDE, l'enfant a le droit de participer aux décisions qui le concernent et d'être informé du ou des projets élaborés pour lui ainsi que des conséquences sur sa vie future. Ce droit ne lui donne pas l'autorité pour prendre une décision finale, mais celui de donner son avis et de comprendre clairement comment il a été pris en considération et intégré au processus décisionnel.
- ✓ Dans le cadre d'un projet de vie, chacune des options, ainsi que ses conséquences, doivent être présentées et expliquées à l'enfant, afin qu'il puisse donner son opinion.
- ✓ L'opinion de l'enfant doit ainsi être « dûment prise en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité » : en général les enfants sont consultés à partir d'un âge minimum qui varie en fonction des pays¹⁰ et/ou en fonction de la maturité de l'enfant¹¹. Bien que l'instauration d'un âge minimum soit bénéfique, il est préconisé de laisser une certaine flexibilité dans les lois afin d'intégrer le consentement des enfants plus jeunes selon l'évolution de leurs capacités.

Sources : Bulletins mensuels du SSI/CIR 01/2009 et 07/2009.

régulièrement. La perception sociale du handicap de l'enfant ainsi que les ressources et obstacles qui existent au sein de la société en la matière, devraient être pris en compte.

3.1 Evaluation du statut juridique de l'enfant :

Principes généraux

- ❖ **L'évaluation du statut juridique de l'enfant doit :**
 - ◆ débuter de manière systématique à l'arrivée de tout enfant dans une institution, avec l'aide de la personne qui l'amène ;
 - ◆ définir clairement qui assume la responsabilité et/ou l'autorité parentale sur l'enfant ;
 - ◆ contribuer à déterminer rapidement un projet de vie familiale permanent pour l'enfant ;
 - ◆ être effectuée et prise en charge par les services étatiques compétents (recherche de la famille biologique, médiation familiale si possible, recueil de consentement pour les familles souhaitant confier leurs enfants en adoption, etc.).

Il convient de se demander s'il est dans l'intérêt de l'enfant d'être proposé en adoption sans autre projet de vie permanent défini, si les chances effectives de lui trouver une famille adoptive sont très faibles.

¹⁰ Par exemple : 7 ans en Inde et en Norvège, 10 ans en Russie et au Kazakhstan, 12 ans au Cap-Vert et au Brésil.

¹¹ En Grèce par exemple.

❖ Le statut juridique (tutelle, retrait de garde, placement, etc.) de l'enfant doit :

- ◆ être validé par une autorité compétente ;
- ◆ être mené dans l'intérêt de l'enfant ;
- ◆ figurer dans le dossier de l'enfant ;
- ◆ être établi avant la définition d'un projet de vie permanent pour l'enfant ;
- ◆ être établi dans un délai suffisant mais raisonnable, fixé par les autorités compétentes.

❖ Si l'enfant est définitivement et officiellement privé de famille :

- ◆ son statut juridique doit obéir aux critères légaux du pays en prenant toujours en compte son intérêt supérieur ;
- ◆ une mesure de prise en charge de type familiale et permanente doit être activement recherchée dans le respect du principe de subsidiarité. La prise en charge de l'enfant par sa famille élargie ou au sein de sa communauté ainsi que l'adoption nationale doivent être pensées pour l'enfant avant d'envisager l'adoption internationale. Dans certaines circonstances, le placement à long terme en famille d'accueil doit également être envisagé en priorité. Des formes plus innovantes de protection peuvent également être examinées si cela est opportun, telles que par exemple, le placement en institution par petits groupes, l'accueil familial groupé (cluster foster care), le maintien de l'enfant dans sa famille géré par un membre de sa fratrie.

❖ Si l'adoptabilité juridique de l'enfant est envisagée :

- ◆ son statut juridique doit obéir aux critères d'adoptabilité légale du pays en prenant toujours en compte son intérêt supérieur ;
- ◆ dans tous les cas, l'adoption internationale doit rester une mesure subsidiaire et intervient lorsqu'aucune solution locale, familiale et permanente ne peut être envisagée ;
- ◆ son adoptabilité psychologique et affective doit également être évaluée. Il importe de s'assurer que l'enfant est en mesure de créer de nouveaux liens, notamment de filiation, ce qui est différent de l'attachement existant ou possible (voir point 3.3).

❖ L'enfant doit être consulté à chaque étape du processus, en fonction de son degré de maturité, et doit pouvoir donner son consentement lors de la prise de décision, s'il est en âge de le faire.



EVALUATION DU STATUT JURIDIQUE

Cette évaluation aide à définir le projet de vie de l'enfant en fonction de sa situation personnelle. Pour l'enfant, ces informations sont importantes pour qu'il sache ce qui a été fait pour lui.

Cet élément est le point de départ pour aider les professionnels à comprendre la situation de l'enfant et entreprendre les démarches nécessaires.	Statut de l'enfant : <input type="checkbox"/> Orphelin <input type="checkbox"/> Abandonné sans filiation connue <input type="checkbox"/> Abandonné avec filiation connue (confié par sa famille d'origine en vue de son adoption) <input type="checkbox"/> Délaissé par sa famille d'origine <input type="checkbox"/> Confié temporairement par sa famille d'origine <input type="checkbox"/> Retiré de l'autorité parentale par décision judiciaire
Pour l'institution, cela permet d'avoir une trace écrite de ce qui a été fait pour retracer la famille d'origine de l'enfant.	Détails sur l'enquête sociale (à remplir au moment où elle est réalisée) <ul style="list-style-type: none"> • Réalisée par : • Date de début de l'enquête : • Durée de l'enquête : • Les différentes étapes et actions menées :
Ces éléments permettent aux professionnels de savoir si la réintégration familiale est possible et, en fonction, d'élaborer le projet de vie de l'enfant. Pour l'enfant, ces éléments lui permettront de connaître les efforts qui ont été faits pour le réintégrer dans sa famille d'origine.	Un travail social a-t-il été mené pour tenter de réintégrer l'enfant dans sa famille d'origine ou élargie ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, qu'est-ce qui a été fait :
Conclusion datée des services compétents (copie du compte rendu à joindre en annexe)	
.....	

Dans le cas d'un enfant abandonné sans lien de filiation connue

Les éléments suivants devraient être pris en compte pour déterminer son statut juridique :

- ❖ Une procédure claire et détaillée, tenant compte des réalités locales, devrait être mise en place et suivie scrupuleusement.
- ❖ Une enquête de police devrait être effectuée pour retrouver une trace de la famille d'origine.
- ❖ Un délai suffisant mais raisonnable devrait être laissé pour réaliser cette enquête.
- ❖ Si les professionnels en charge de l'enquête estiment qu'ils ont besoin de plus de temps pour finaliser leur travail que le délai fixé par la loi, une prolongation devrait être possible.

Dans le cas d'un enfant placé en institution par ses parents d'origine en vue d'une adoption

Les éléments suivants devraient être pris en compte pour déterminer son statut juridique :

- ❖ En cas de décision d'adoption de l'enfant, le consentement des parents doit être recueilli de manière libre et éclairée. A cette occasion, des travailleurs sociaux devraient informer les parents des conséquences de leur acte, selon qu'il s'agit d'une adoption simple ou plénière, et d'une adoption nationale ou internationale.
- ❖ Le consentement des parents ne peut être donné qu'après la naissance de l'enfant, et dans le délai légal prescrit, de préférence pas avant que celui-ci ait 2 à 3 mois.

Dans le cas d'un enfant délaissé par sa famille d'origine

Les éléments suivants devraient être pris en compte pour déterminer son statut juridique :

- ❖ Un service spécifique, si possible interdisciplinaire, devrait être dédié au travail de recherche (si les parents sont connus mais ont disparus) et, le cas échéant, d'assistance et d'accompagnement social des familles. Ce travail devrait être entrepris par des professionnels des services de protection sociale (éducateurs, travailleurs sociaux, psychologues, etc.).
- ❖ Si cela est dans l'intérêt de l'enfant, le maintien des liens avec la famille d'origine est très important. Des tentatives de réintégration familiale, y compris avec la famille élargie, devraient être menées pour permettre à l'enfant de retourner dans son milieu familial si cela est possible (voir point 1.1 pour plus de détails).
- ❖ Si le délaissement semble lié uniquement au handicap de l'enfant, des aides adéquates devraient être proposées pour l'éviter (voir partie 1.1 pour plus de détails).
- ❖ Si l'enfant est laissé sans nouvelle ni contact de sa famille d'origine et que les tentatives de médiation familiale ont échouées, un délai raisonnable doit être fixé par les autorités avant d'établir définitivement le statut juridique de l'enfant délaissé.
- ❖ Si un projet d'adoption est envisagé comme la solution la plus appropriée pour l'enfant, le consentement formel des parents d'origine doit toujours être recueilli lorsque cela est possible.

Dans le cas d'un enfant placé par décision judiciaire en raison du danger qu'il encourt dans sa famille (maltraitance, abus, négligence, rejet, etc.) ou dont les parents sont déchus de l'autorité parentale

Les éléments suivants devraient être pris en compte pour déterminer son statut juridique :

- ❖ Si cela est possible, sans danger pour l'enfant et dans son intérêt, un travail d'investigation sociale et de tentative de remédiation familiale avec les parents et/ou la famille élargie devrait être entrepris afin de maintenir l'enfant dans un système familial qu'il connaît, autant que possible, conformément au paragraphe 14 des Lignes Directrices de l'ONU.
- ❖ Toutefois, lorsque les parents sont défaillants, il n'est pas toujours dans l'intérêt de l'enfant d'être pris en charge par sa famille élargie. Une évaluation de celle-ci, ainsi que de la communauté doit être menée par des professionnels des services de protection sociale (travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues, etc.) pour déterminer s'il est possible de garder l'enfant dans son milieu familial ou communautaire.
- ❖ Cette évaluation doit être faite dans des délais raisonnables, en fonction de la situation de l'enfant.

Pour rappel, un enfant ne peut être déclaré juridiquement adoptable que si :

- ♦ **l'adoption est dans son intérêt et correspond à sa capacité adoptive**
- ♦ **la réintégration familiale est inadéquate ou a échoué**
- ♦ **les parents biologiques (si connus) ou toute autre personne autorisée à le faire, ainsi que l'enfant (s'il est en âge de le faire et que la loi le prévoit), ont donné leur consentement à l'adoption**



3.2 Evaluation médicale de l'enfant

Principes généraux

- ❖ L'évaluation médicale de tout enfant devrait être réalisée par un médecin, si possible un pédiatre. Si l'enfant présente un handicap ou une maladie particulière, il devrait, si possible, également être examiné par un spécialiste.
- ❖ La fréquence doit être adaptée à l'âge et à l'état de santé de l'enfant, par exemple, durant sa 1^{ère} année de vie, l'enfant devrait être évalué tous les 3 mois plutôt que tous les 6 mois.
- ❖ Le personnel encadrant l'enfant devrait contribuer à l'évaluation médicale en transmettant les résultats des examens de base qu'il a pu réaliser sur l'enfant (courbe de poids, taille et périmètre crânien) ainsi que les observations qu'il a pu faire à son propos au cours de sa prise en charge au quotidien :
 - ◆ Les institutions devraient être équipées pour assurer les examens de base des enfants. Elles devraient disposer au minimum d'une balance pour bébé, d'un pèse-personne, d'une toise, d'un mètre ruban ainsi que d'un point d'eau (pour que l'éducatrice puisse se laver les mains entre chaque examen ou chaque change) et d'un carnet d'observation.
 - ◆ Les assistantes maternelles devraient être formées à l'observation du développement de l'enfant ainsi qu'aux gestes de base pour l'enfant, à savoir le peser et mesurer sa taille ainsi que son périmètre crânien. Pour les bébés de moins de six mois, ces mesures devraient être relevées mensuellement, et de manière hebdomadaire, voire quotidienne, en cas de pathologie déclarée (p. ex. gastroentérite). Ces données devraient être notées dans un cahier de surveillance de l'institution, puis insérées dans le dossier de l'enfant.
- ❖ L'évaluation médicale de l'enfant doit aider à consolider et réviser la pertinence du projet de vie le plus adapté à ses besoins. Elle doit en outre préciser les implications et perspectives liées au handicap de l'enfant ainsi que les difficultés concrètes et pratiques pour lui et sa famille.
- ❖ Cette évaluation doit également permettre de définir les éventuelles thérapies et/ou interventions médicales à prévoir, leur calendrier et le pays où elles peuvent avoir lieu, à savoir dans le pays d'origine ou à l'étranger. Les coûts liés à la prise en charge médicale de l'enfant devraient être assumés par l'État. Lorsque cela est nécessaire, des efforts devraient être engagés avec l'aide d'associations spécialisées pour que tous les enfants puissent bénéficier des mêmes chances d'être soignés.
- ❖ Avant d'envisager l'adoption internationale de l'enfant, l'évaluation médicale doit pouvoir attester que son handicap ou sa maladie n'empêche pas l'enfant de voyager dans un autre pays.



EVALUATION MEDICALE

Cette évaluation permet de consigner les informations importantes sur la santé de l'enfant lors de son passage dans l'institution. Elle permet d'affiner un projet de vie adapté à l'état de santé de l'enfant.

• SUIVI RÉGULIER DES DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES ET OBSERVATIONS GÉNÉRALES

(ce relevé régulier d'informations est un outil simple et efficace pour détecter les éventuels retards de développement de l'enfant)

Données Date + Age	Taille	Poids	Périmètre Crânien	Malnutrition (oui-non)	Observations générales sur le développement de l'enfant et/ou élément important à signaler et suivre

• VACCINATIONS

Vaccins		Date de vaccination	Date de rappel	Date de rappel	Date de rappel	Date de rappel
Tuberculose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Diphtérie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Poliomyélite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Hépatite B	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Autres vaccinations (p. ex. rougeole, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					

• SPÉCIFICITÉS MÉDICALES

<p>Pour l'institution, ces éléments permettent de suivre l'état de santé de l'enfant lors de son séjour.</p> <p>Pour l'enfant, ces éléments sont très importants à connaître pour sa vie future.</p>	<p>Maladies survenues pendant la prise en charge de l'enfant en institution ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, veuillez préciser quelle(s) maladie(s), indiquer l'âge de l'enfant lorsqu'elle(s) est(sont) survenue(s) ainsi que les complications :</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications</p>
<p>Pour l'enfant, et sa (future) famille, les antécédents médicaux sont très importants à connaître pour assurer un suivi adapté.</p>	<p>Hospitalisations de l'enfant pendant sa prise en charge en institution (date, circonstances, nom de l'hôpital et traitements donnés)</p>
<p>Pour l'institution, ces éléments sont très importants pour assurer une prise en charge adaptée, élaborer un projet de vie et, le cas échéant, trouver une famille adéquate pour l'enfant.</p>	<p>Dépistage d'un handicap / d'une spécificité médicale lors de la prise en charge de l'enfant en institution ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, veuillez préciser quel(s) handicap(s) et indiquer l'âge de l'enfant lorsqu'il(s) a(ont) été dépisté(s) :</p>
<p>Pour l'enfant et sa famille, ces éléments permettent de savoir les soins qu'il a reçu lors de son passage en institution et assurer le suivi de sa prise en charge.</p>	<p>Quels sont les traitements / thérapies envisagés et leurs fréquences ?</p> <p>L'enfant est-il suivi par un spécialiste ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui quel type de spécialiste :</p>
<p>Cet avis contribue à élaborer un projet de vie le plus adapté aux besoins de l'enfant et aider les candidats adoptants à prendre une décision pour l'enfant.</p>	<p>Avis du spécialiste ou médecin de référence sur l'évolution de la maladie / handicap de l'enfant, de l'impact pour sa vie quotidienne ainsi que sur l'évaluation des possibilités futures de vie autonome (joindre rapport) :</p>

Conclusions et avis du médecin sur le projet de vie permanent adéquat envisagé ou à envisager pour l'enfant (détailler les perspectives et risques, l'implication pour sa future famille).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Éléments à prendre en compte dans l'évaluation médicale de tout enfant

- ❖ Dans l'idéal, l'examen de base devrait réunir l'ensemble des informations recueillies dans le modèle de rapport médical du Guide de Bonnes Pratiques n° 1 de la Conférence de La Haye¹² et dans le modèle de dossier de l'enfant proposé ci-dessus.
- ❖ Lorsque les conditions du pays ne permettent pas de réunir l'ensemble de ces informations, il est opportun de procéder par étapes et de commencer par un examen réunissant les éléments minimum contenus dans le modèle de dossier de l'enfant proposé et de procéder à des examens supplémentaires si nécessaire.
- ❖ Dans tous les cas, il doit être admis que le statut médical de l'enfant ne peut pas être considéré comme une garantie excluant toute autre difficulté médicale, quels que soient les examens effectués.

En cas d'adoption internationale, les conditions de transfert et d'arrivée de l'enfant dans son pays d'accueil devraient être évaluées et les dispositions nécessaires devraient être prises (accueil sanitaire, rendez-vous médicaux, etc.)

Éléments supplémentaires à prendre en compte dans l'évaluation de l'enfant handicapé

- ❖ Sur la base de l'évaluation médicale de base valable pour tout enfant, des examens plus poussés devraient être réalisés pour affiner le diagnostic et préciser les implications et perspectives du handicap de l'enfant. Les frais supplémentaires liés à ces examens devraient être pris en charge par les services compétents.
- ❖ Dans les cas d'une adoption internationale, si les ressources du pays d'origine ne permettent pas ces investigations supplémentaires, celles-ci peuvent être faites en coopération avec le pays d'accueil de l'enfant, à distance et sur la base de son dossier médical, par un spécialiste partenaire de l'autorité centrale ou de l'organisme d'adoption.
- ❖ Les frais peuvent être pris en charge par l'OAA qui peut les reporter ensuite sur les candidats adoptants s'il le souhaite.

¹² Disponible sur le site de la Conférence de La Haye de Droit International Privé: www.hcch.net

3.3 Evaluation psychosociale de l'enfant

Principes généraux

- ❖ L'évaluation psychosociale doit être centrée sur la recherche du projet de vie le plus adéquat pour l'enfant. Elle doit déterminer :
 - ◆ les ressources, les potentiels et les difficultés de l'enfant, tant au niveau de sa personnalité que de son vécu ;
 - ◆ les besoins de l'enfant en termes de filiation, d'intégration et de relations familiales, dans l'optique d'élaborer pour lui un projet de vie adéquat ;
 - ◆ l'état de ses relations et interactions avec sa famille d'origine ;
 - ◆ l'état de ses relations et interactions avec son milieu de vie actuel ;
 - ◆ la capacité de l'enfant à construire un lien d'attachement avec son futur milieu de vie. Cette tâche délicate devrait être réalisée par des spécialistes, d'autant plus qu'une situation de placement est une situation de souffrance pour l'enfant rendant le diagnostic de l'attachement difficile ;
 - ◆ ses capacités d'élaboration de son passé.
- ❖ L'évaluation est de préférence élaborée par une équipe pluridisciplinaire. Si ce n'est pas possible en pratique, elle doit être au moins réalisée en collaboration avec le personnel en contact quotidien avec l'enfant. Les assistantes maternelles devraient, en effet, noter et transmettre à l'équipe en charge de l'évaluation de l'enfant leurs observations (p. ex. le quotidien de l'enfant, les difficultés qu'il rencontre, ses comportements inhabituels, les incidents qui surviennent, etc.) afin de faciliter l'évaluation de la situation et du développement de l'enfant et l'identification d'éventuelles pistes d'intervention. Dans ce sens, il est précieux de comparer ce compte-rendu avec celui qui a été établi à l'arrivée de l'enfant dans l'institution.
- ❖ L'enquête psychosociale devrait inclure (autant que possible) :
 - ◆ des entrevues avec le personnel de l'institution en contact quotidien avec l'enfant ainsi qu'avec la famille (élargie) de l'enfant, si cela est adéquat et qu'elle est connue, et la communauté environnante ;
 - ◆ une consultation de l'enfant : s'il est en âge de donner son avis, son opinion concernant le projet de vie envisagé pour lui devrait être pris en compte et analysé, conformément à l'article 12 de la CDE, l'article 4 de la CDPH et le paragraphe 7 des Lignes Directrices. Notons que ce processus est un travail de longue durée qui devrait être pratiqué par un professionnel qui connaît le parcours et l'évolution de l'enfant. Il est toutefois important de ne pas faire miroiter à l'enfant la possibilité d'un projet de vie trop longtemps avant que celui-ci n'ait lieu (voir côté pratique de cette section pour plus de détails) ;
 - ◆ une recommandation sur le ou les projets de vie permanents adéquats pour l'enfant, sous réserve que son statut juridique le permette.
- ❖ Le rapport de l'enquête psychosociale ne devrait pas contenir de jugements définitifs (tels que enfant

irrécupérable, à risque, etc.) qui empêchent toute possibilité d'évolution de l'enfant. Le rapport doit être construit sur la base des avis divers, parfois contradictoires, analysés dans un souci de recherche de cohérence. Une démarche fondée sur le croisement de différents avis permet d'éviter ces jugements définitifs et ouvre des hypothèses plus réalistes et nuancées.

- ❖ Les frais liés à l'évaluation psychosociale devraient être pris en charge par les services compétents.

Rappel sur le modèle d'attachement de l'enfant (identifiable vers l'âge de 3 ans) : plus l'enfant tend vers un modèle d'attachement sécurisé, plus il pourra s'adapter facilement à un nouveau milieu et construire facilement des liens avec une nouvelle famille. Toutefois, il est important de noter que le concept d'attachement n'a pas de valeur prédictive. Ainsi, un enfant présentant les traits d'un modèle insécurisé aura toujours la possibilité de développer des façons d'améliorer sa capacité de nouer un attachement sécurisé. En effet, des actions peuvent être mobilisées pour cet enfant afin de favoriser ses relations avec son futur environnement. Cela sera d'autant plus facile si l'enfant bénéficie, dans son cadre de vie actuel (l'institution ou une famille d'accueil temporaire), d'une attention de qualité et de soins appropriés.

EVALUATION PSYCHOSOCIALE



Cette évaluation permet de connaître de façon précise les besoins de l'enfant, ses potentiels, ses ressources et ses difficultés. Ces éléments sont essentiels pour assurer une prise en charge adaptée et définir le projet de vie le plus adéquat pour l'enfant. Ils seront aussi utiles, le cas échéant, pour trouver une famille qui puisse répondre à ses besoins.

• HISTOIRE AFFECTIVE DE L'ENFANT ET POTENTIELLES CIRCONSTANCES SPÉCIALES :

Ces éléments permettent de comprendre les liens de l'enfant avec sa famille d'origine et élargie et de savoir si la réintégration de l'enfant est possible, sûre et dans son intérêt.	Nature et fréquence des contacts avec la famille d'origine :

Cet élément est important à déterminer pour affiner le projet de vie le plus adapté aux besoins de l'enfant.	Evaluation des relations sociales et affectives entre l'enfant et chaque membre de sa famille d'origine (père, mère, fratrie, grands parents)

Si l'enfant est en âge d'être consulté, il est important que soit consigné ce que pense l'enfant du projet de vie envisagé pour lui.	Compte rendu du travail de consultation avec l'enfant :

• **DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT** (Description du développement psychomoteur de l'enfant, de son comportement, de ses ressources et de son évolution, avec l'aide des différents professionnels entourant l'enfant : personnel médical, référent de l'enfant, assistantes maternelles connues de l'enfant, psychologue, kinésithérapeute, travailleur social etc.).

Pour les professionnels en lien avec l'enfant, ces éléments sont très importants pour les aider à mieux comprendre l'enfant et ses besoins afin de proposer une prise en charge adaptée.

Pour l'enfant, ces éléments sont essentiels car ils lui permettront plus tard de connaître les principales étapes de son développement, son comportement et son évolution lors de son passage à l'institution, etc. Ces éléments font partie de son histoire.

Pour les candidats à l'adoption à qui l'on propose l'enfant, ces informations seront primordiales pour les aider à mieux connaître l'enfant, comprendre ses besoins et les aider à faire un choix et confirmer la proposition. Lorsque l'enfant sera avec eux, ces éléments leur permettront d'adapter leur prise en charge.

Eléments supplémentaires à prendre en compte dans l'évaluation de l'enfant handicapé

- ❖ Sur la base de l'évaluation de l'enfant en général, l'évaluation psychosociale de l'enfant handicapé devrait se concentrer également sur :
 - ◆ l'histoire du handicap dans la vie de l'enfant ;
 - ◆ le degré d'autonomie et de socialisation de l'enfant (dans ses déplacements, la prise des repas, les activités de la vie quotidienne, etc.) ;
 - ◆ l'expression des besoins primaires, de la douleur, des émotions ;
 - ◆ la représentation que l'enfant a de son handicap ;
 - ◆ la perception sociale, les ressources et les obstacles liés au handicap de l'enfant dans son environnement social.

Les éléments pertinents du dossier de l'enfant récoltés lors des observations et des évaluations régulières (étapes de développement importantes, progrès, difficultés, moments clés...) devraient être retranscrits dans le carnet de vie de l'enfant.

Côté pratique**Repères sur les étapes du développement psychomoteur de l'enfant**

Ces repères sont établis selon le développement usuel d'un enfant en bonne santé vivant dans un environnement familial favorable. Cette grille peut, néanmoins, être utile pour l'évaluation régulière de l'enfant, notamment pour le dépistage précoce de certains handicaps/retards de développement. Ces repères peuvent également servir à l'évaluation psychosociale de l'enfant¹³.

Jusqu'à 4 mois :

- tient sa tête
- émet des sons, des cris de plaisir, des gazouillis
- accroche le regard (regarde dans les yeux)
- sourit quand on lui sourit

De 4 à 6 mois :

- se tient assis avec de l'aide
- saisit ses pieds, se retourne dos-ventre, appui avec ses mains
- objets à la bouche, tient un objet dans sa main
- gazouille, rit aux éclats
- suit un objet du regard, orientation du son (se retourne vers le bruit)
- enlève une serviette posée sur son visage, sourit à son image dans le miroir
- le doudou devient un vrai objet transitionnel, c'est-à-dire un objet rassurant pour l'enfant, qui l'accompagne tout au long de son parcours

De 6 à 9 mois :

- se tient assis seul
- se déplace seul : ramper, 4 pattes
- passe un objet d'une main à l'autre, tend les bras
- dit des syllabes, imite des sons
- acquiert la notion de permanence de l'objet (p. ex. acquise à travers le jeu coucou-caché)
- imite actes simples, répond à son prénom
- comprend le « non », cherche jouets jetés
- début de l'alimentation diversifiée

¹³ Source <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.3.19.html>

De 9 à 15 mois :

- s'appuie sur les 2 jambes, début de marche
- tient sa cuillère, gribouille
- « papa-maman » bien différencié
- jargon (4-6 mots significatifs), imitations (fait bravo, au revoir, etc.)
- comprend les phrases / ordres simples
- demande des objets en pointant du doigt
- utilise les jouets dans ses jeux
- aide l'adulte pour s'habiller
- fait les marionnettes, applaudit

De 18 à 24 mois :

- marche bien et mange seul
- début course, saut 2 pieds, marche à reculons
- aime faire des gribouillis, lance la balle
- jargon mature (7-10 mots)
- intérêt pour les livres d'images, tourne les pages d'un livre
- désigne 1-2 images, comprend 1-2 ordres, montre 2-3 parties du corps
- apparition du « NON »
- dit « MOI » ou se désigne gestuellement

Vers 2 ans :

- apprend à courir, à sauter
- monte-descend les escaliers sans alterner les pieds
- sait donner un coup de pied dans un ballon, court vite
- commence à tenir un crayon et à imiter des formes
- dévisse un couvercle
- explosion du vocabulaire
- commence à faire des phrases explicites et à utiliser le « je-moi-tu »
- début du contrôle sphinctérien de jour
- aide pour se déshabiller, compte jusqu'à 3-4, nomme 4-5 images
- peut jouer avec d'autres enfants
- peut faire et jouer seul à condition d'être entouré à proximité

Vers 3 ans :

- monte-descend un escalier seul
- saute sur un pied, fait du tricycle, construit des tours de cubes
- dessine rond et croix (p. ex. bonhomme têtard)
- parle bien, avalanche de questions (p. ex. pourquoi ?)
- utilise correctement le temps des verbes
- connaît des comptines, compte jusqu'à 10
- nomme 8 images et 8 parties du corps
- prête ses jouets, s'habille seul

A 4 ans :

- est autonome et sa taille de naissance a doublé
- sait raconter une histoire
- fait du vélo
- dessine des formes variées
- cherche à jouer avec d'autres enfants
- propreté de jour acquise



3.4 Elaboration d'un projet de vie permanent pour les enfants handicapés et placés en institution

Cette partie est basée en particulier sur les articles 12, 20, 21, 24 et 25 de la CDE, l'article 23, 25 et 26 de la CDPH et les paragraphes 7, 14, 57 à 67 des Lignes Directrices.

- ❖ L'élaboration d'un projet de vie permanent s'appuie sur l'évaluation à trois niveaux : juridique, psychosociale et médicale (voir les points 3.1 à 3.3 pour plus de détails). Les résultats de cette évaluation doivent être réunis dans le dossier de l'enfant.
- ❖ Le dossier doit réunir les informations nécessaires aux autorités compétentes pour identifier le projet de vie permanent le plus adéquat. Il devrait être une photographie aussi complète que possible des besoins de l'enfant et de sa situation (à travers les rapports d'observations régulières et les évaluations).
- ❖ Par ailleurs, si le placement en famille d'accueil ou l'adoption est une option envisagée pour l'enfant, un dossier complet décrivant en détail l'enfant et ses besoins est un outil majeur pour l'appareillement et décider de la famille la plus adaptée.
- ❖ Lors de la phase d'appareillement, un dossier complet aidera également les futures familles adoptantes à se positionner par rapport à leurs capacités à accueillir ou non l'enfant.

Comment prendre en compte l'avis de l'enfant dans l'élaboration de son projet de vie

Principes généraux

- ✓ La consultation de l'enfant doit être réalisée par des professionnels formés et compétents (éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, etc.).
- ✓ L'enfant doit être informé qu'il a le droit de refuser un entretien de consultation ou de répondre aux questions avec lesquelles il ne se sent pas à l'aise. L'enfant devrait pouvoir être accompagné par son référent ou un autre professionnel en qui il a confiance.
- ✓ L'enfant doit être informé au préalable du déroulement, de la longueur et du suivi de l'entretien. Le professionnel doit prendre le temps d'expliquer à l'enfant le motif de l'entretien et comment les informations recueillies seront par la suite utilisées.

- ✓ La longueur de l'entretien devrait être adaptée au rythme de l'enfant, à son âge et sa maturité. Dans la mesure du possible, il est souvent préférable de réaliser plusieurs entretiens de courte durée afin de minimiser le stress de l'enfant.
- ✓ L'enfant peut choisir le lieu de l'entretien en veillant à ce que ce soit un lieu calme, confidentiel et sans perturbation extérieure.
- ✓ Les professionnels doivent instaurer une relation d'écoute attentive et de confiance avec l'enfant pour qu'il puisse s'exprimer le plus librement possible. Le professionnel peut, par exemple, s'aider du dessin, de jeux de rôle, de jeux de construction ou d'autres moyens d'expression pour établir un climat de confiance et libérer la parole de l'enfant.
- ✓ Le professionnel doit être neutre et ne pas porter de jugement face à ce que dit l'enfant, même si ses propos semblent incohérents ou infondés.
- ✓ Le professionnel doit s'efforcer de déterminer les opinions réelles de l'enfant, celles-ci pouvant parfois être entièrement ou en partie manipulées par d'autres.
- ✓ Durant l'entretien, le professionnel doit valoriser l'enfant et le mettre en confiance, d'autant plus s'il a subi des traumatismes et qu'il est réticent à parler à un adulte. Le professionnel peut reformuler et/ou résumer les propos de l'enfant, afin de l'aider à comprendre que son avis est sérieusement pris en compte et compris.
- ✓ L'enfant doit pouvoir s'exprimer librement et poser toutes les questions qu'il souhaite.
- ✓ Le professionnel doit utiliser un langage simple et approprié à l'âge de l'enfant. Il est préférable d'utiliser des questions ouvertes qui invitent l'enfant à une réponse élaborée non directive autre que oui ou non.

Sources : bulletin mensuel du SSI/CIR du 05 /2010 ; Principes directeurs du HCR relatifs à la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant <http://www.unhcr.fr/4b151b9f2d.html> ; Manuel de terrain pour la mise en œuvre des principes directeurs du HCR relatifs à la DIS <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4e4a57ff2>.

PROPOSITION ET MOTIF DE LA MESURE PERMANENTE ENVISAGÉE POUR L'ENFANT

Permet de comprendre le processus qui a mené au projet de vie de l'enfant.
Ces informations sont importantes pour l'enfant et sa nouvelle famille, le cas échéant.

<p>Pour l'enfant, ces informations sont importantes pour qu'il sache que son projet de vie résulte d'un choix pris par des entités autorisées et compétentes pour le faire.</p>	<p>Choix du projet de vie :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Entité/s qui a/ont fait le choix du projet de vie :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Pour l'enfant, ces indications permettent de comprendre pourquoi cette décision a été prise à son sujet (synthèse des différentes évaluations et avis professionnels).</p> <p>Pour les autorités compétentes, elles permettent d'avoir une trace du processus qui a mené à cette décision.</p>	<p>Motifs du choix du projet de vie (principaux éléments juridiques, sociaux, psychologiques, médicaux) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Ces éléments donnés par le personnel en charge de l'enfant, permettront aux professionnels de faciliter la recherche de la famille la plus appropriée pour l'enfant.</p>	<p>Si le projet de vie implique la recherche d'une famille d'adoption ou d'accueil pour l'enfant :</p> <p>Orientations sur le type de famille susceptible de répondre aux besoins de l'enfant et de faciliter son insertion au sein de la société environnante (constitution de la famille, caractère, âge, etc.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Pour l'enfant et sa famille adoptante, ces éléments sont essentiels pour comprendre pourquoi l'adoption a été choisie et comment cette décision a été prise.</p>	<p>Si l'adoption est l'option envisagée pour l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● date à laquelle l'enfant a été déclaré adoptable : ● entité qui a établi l'adoptabilité : ● motifs de la déclaration d'adoptabilité : ● circonstances et motifs du consentement à l'adoption des parents biologiques (le cas échéant) : ● démarches entreprises pour trouver une famille au niveau national :

<p>Pour l'enfant et sa famille adoptante, ces éléments sont essentiels pour comprendre pourquoi l'adoption internationale a été choisie et comment cette décision a été prise.</p> <p>Pour les autorités compétentes du pays d'accueil de l'enfant, ces informations sont importantes pour établir les démarches nécessaires pour l'obtention du visa de l'enfant.</p>	<p>Si l'adoptabilité internationale est envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● date à laquelle cette solution a été décidée : ● entité/s qui a/ont pris cette décision : ● motifs de la décision : ● démarches entreprises pour trouver une famille au niveau international :
	<p>Avis et commentaires de l'équipe pluridisciplinaire en lien direct avec l'enfant sur le ou les projets de vie permanents adéquats pour l'enfant :</p>

Visa de l'organe compétent
Le Directeur (Signé et cachet)

..... le
Le rapporteur (Signé)

Comment recueillir le (non)-consentement de l'enfant dans l'élaboration de son projet de vie

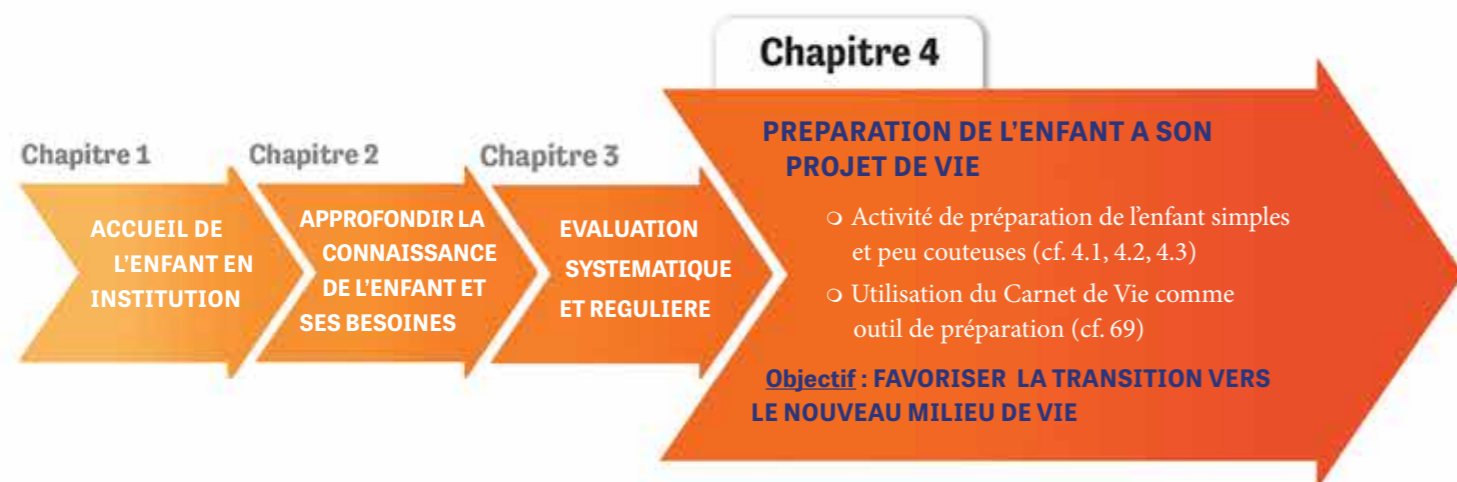
- ✓ Le (non) consentement de l'enfant permet d'affiner l'évaluation psychosociale et l'élaboration d'un projet de vie pour l'enfant prenant en compte son opinion.
- ✓ Dès le début de l'entretien, il convient d'être clair avec l'enfant sur le fait que son opinion est importante et fait partie intégrante du processus de décision, mais qu'aucune garantie ne peut lui être donnée que la décision finale correspondra totalement à son opinion. En effet, l'enfant doit comprendre que cette décision se base sur plusieurs avis incluant le sien, celui du psychologue et du travailleur social.
- ✓ Avant que le consentement (ou non) au projet de vie soit recueilli, les professionnels concernés doivent présenter toutes les options possibles à l'égard de l'enfant et leurs conséquences sur sa vie future. Ils doivent lui expliquer ce qu'il va se passer s'il accepte, ou refuse, le projet de vie pensé pour lui.
- ✓ En cas d'adoption, l'enfant devrait y consentir formellement s'il est en âge de le faire. Ce consentement devrait être donné en personne¹⁴ et vérifié par un tribunal ou une institution gouvernementale¹⁵. Ainsi, la garantie d'une évaluation indépendante et professionnelle du consentement de l'enfant est apportée.

Sources : Bulletin mensuel du SSI/CIR du 06-07/2010

¹⁴ Par exemple, le cas en Italie, source : http://www.commissioneadozioni.it/media/61978/revisione_testo_legge_184_per_sito_web_cai_rt_fra.pdf

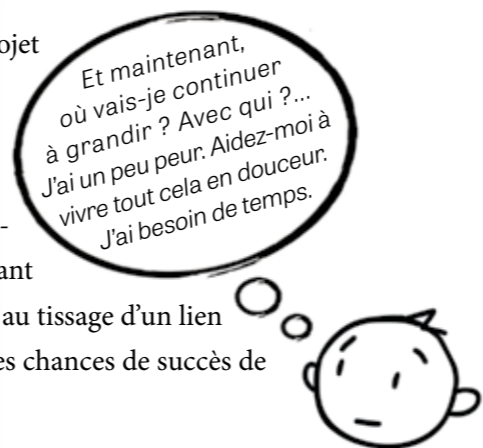
¹⁵ Par exemple, le cas en Lettonie, source : Art. 169. 2 de la Loi civile et Arts. 5. 3 et 10 de la Procédure d'adoption.

PREPARATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ À SON PROJET DE VIE FAMILIALE



Principes généraux

- ❖ La préparation de tout enfant, handicapé ou non, à son nouveau projet de vie, est très importante quel que soit son âge. Son intégration dans une nouvelle famille représente toujours une rupture pour lui, impliquant des renoncements et des pertes. Ainsi, mieux l'enfant sera préparé et plus la transition vers son nouveau milieu sera facilitée. Outre les nombreux effets positifs qu'elle peut avoir sur l'enfant lui-même, la préparation contribue à créer les conditions propices au tissage d'un lien d'attachement entre l'enfant et sa future famille et améliore ainsi les chances de succès de la prise en charge.
- ❖ La préparation de l'enfant devrait comprendre plusieurs étapes :
 1. un accompagnement préalable de base ;
 2. une préparation de l'enfant à son nouveau projet de vie et à la famille qui va l'accueillir ;
 3. une préparation de l'enfant au départ.
- ❖ La préparation de l'enfant à son nouveau projet de vie devrait être faite en fonction de son âge et son handicap. Elle devrait l'aider à :
 - ◆ se représenter ce qui va lui arriver ;
 - ◆ commencer à tisser des liens avec sa future famille ;
 - ◆ se préparer à sa rencontre avec sa future famille ;
 - ◆ vivre une transition en douceur entre deux lieux de vie et deux groupes de personnes responsables de sa prise en charge (institution – future famille) ;
 - ◆ surmonter ses peurs, interrogations, appréhensions concernant son intégration dans sa nouvelle famille et l'acceptation de son handicap ;
 - ◆ en cas d'adoption, s'inscrire dans un nouveau lien de filiation.



La préparation de l'enfant à son projet de vie, vue par les professionnels d'un centre d'accueil d'enfants handicapés âgés de plus de 7 ans en Azerbaïdjan, région de Baku :

Avantages pour l'enfant :

- ✓ l'enfant est informé de ce qu'il va se passer pour lui et n'est donc pas perdu durant la période de transition ;
- ✓ permet une adaptation de l'enfant de la vie collective à la vie individuelle en famille ;
- ✓ contribue à son identité ;
- ✓ contribue à éviter à l'enfant un traumatisme psychologique ;
- ✓ permet à l'enfant d'apprendre à connaître sa nouvelle famille et créer des liens avec celle-ci.

Avantages pour les professionnels :

- ✓ la préparation enrichit la pratique professionnelle ;
- ✓ donne confiance aux professionnels, qui observent que la transition se passe bien, contribuant ainsi à les valoriser ;
- ✓ les professionnels cherchent de nouvelles idées pour la préparation, ce qui contribue à leur créativité ;
- ✓ permet aux professionnels de s'impliquer davantage ;
- ✓ les professionnels travaillent également à la préparation des autres enfants au départ d'un de leur pair ;
- ✓ permet aux professionnels de rencontrer des familles, ce qui est enrichissant.

Avantages pour les familles :

- ✓ la famille peut mieux faire face aux difficultés de l'enfant ;
- ✓ la transition se déroule plus facilement pour les parents aussi ;
- ✓ la famille apprend à connaître l'enfant et prépare son arrivée ;
- ✓ la famille s'adapte plus facilement aux besoins de l'enfant ;
- ✓ la famille élargie est également prête à accueillir l'enfant ;
- ✓ la préparation contribue à éviter le secret lié à l'adoption ;
- ✓ l'enfant n'est plus rêvé mais devient réel.

4.1 L'accompagnement préalable de base

En quoi consiste cet accompagnement valable pour tout enfant pris en charge en institution ?

- ✓ Inviter l'enfant à raconter son histoire personnelle, s'il est en âge de le faire, à l'occasion par exemple, de jeux, de promenades, d'histoires, de lectures. Ce récit doit permettre à l'enfant de construire ou reconstruire son histoire personnelle ; questionner son passé, son histoire familiale, les circonstances de son placement, etc. Il importe ici de donner à l'enfant l'occasion de mettre en mots et en histoire ce qu'il sait de lui, quelle que soit la réalité de ses propos. L'adulte ne doit pas chercher d'informations ou de révélations dans le récit de l'enfant. Dans un premier temps, ce n'est pas la « vérité » qui compte mais « sa » vérité à lui. Ce n'est qu'ensuite, après concertation, que les professionnels décideront ce qui doit lui être restitué ;
- ✓ Donner à l'enfant des explications appropriées à son âge et sa situation concernant les décisions (administratives, judiciaires, etc.) qui ont été/sont prises à son sujet.

En quoi consiste cet accompagnement pour l'enfant qui nécessite un nouvel environnement familial ?

- ✓ En fonction de son projet, initier un travail avec l'enfant sur la notion de famille, de parents, de parents d'origine, de parents adoptifs ou d'accueil, de perte et d'espoir ; l'aider, le cas échéant, à élaborer le deuil d'un retour dans sa famille d'origine ;
- ✓ Aider l'enfant à exprimer les émotions qu'éveillent en lui la perspective d'une nouvelle vie dans une nouvelle famille et surmonter ses peurs, interrogations, appréhensions.

Que faut-il travailler en plus avec les enfants handicapés ?

- ✓ Aborder avec l'enfant son handicap, les peurs, les représentations, les attentes qu'il a à ce sujet et, si c'est opportun, lui faire prendre conscience de son schéma corporel (perception de son corps vis-à-vis de ses pairs) ;
- ✓ Aider l'enfant à surmonter ses peurs, interrogations, appréhensions, etc. concernant l'acceptation de son handicap par son futur environnement de vie (famille, amis, etc.) ;
- ✓ L'aider à développer une meilleure estime de lui-même.

A quel moment intervient-il ?

- ✓ Ce travail préalable devrait être réalisé le plus tôt possible et faire partie de l'accompagnement psychosocial de base de chaque enfant institutionnalisé ;
- ✓ Il est important d'introduire l'idée du projet de vie familiale que lorsque le statut juridique et psychosocial est déterminé. Veiller à ne pas parler d'un projet d'adoption à l'enfant s'il n'a pas encore été déclaré adoptable.

Qui en a la charge ?

- ✓ Il convient de garantir la permanence de la personne qui accompagne l'enfant. Cela peut être le référent de l'enfant par exemple, ou un travailleur social connu de l'enfant.

Quelles sont ses modalités ?

- ✓ En aparté et dans un lieu calme et familier de l'enfant où il est à l'aise pour partager ses ressentis, ses émotions et ses questionnements ;
- ✓ En plusieurs phases, en suivant le rythme de l'enfant ;
- ✓ Adapté à l'âge de l'enfant: le bébé (jusqu'à un an), l'enfant en bas âge (de 1 à 3 ans), l'enfant de plus de 4 ans et l'adolescent.



LE BÉBÉ (JUSQU'À UN AN)

- ❖ La préparation du nourrisson est essentiellement réalisée à travers une bonne pratique de maternage tout au long de son séjour à l'institution, l'aménagement d'un environnement protecteur et d'une constance dans la prise en charge. Un référent devrait être désigné pour chaque bébé, afin de lui assurer une base de sécurité affective. Notons que sur une période de 24 heures, il devrait y avoir au moins trois éducateurs, si possible toujours les mêmes, pour assurer une continuité dans les soins.
- ❖ La sécurité affective de base est fondamentale pour l'enfant, elle repose sur la qualité, la continuité des soins, l'investissement de l'assistante maternelle et l'amour de son métier (différent des manifestations affectives de type bisous, câlins, mots doux). Cette attention globale aux besoins du bébé doit toutefois respecter les capacités ultérieures d'attachement à une famille. L'assistante maternelle doit agir comme une maman avec chaque enfant, mais ne doit pas se prendre pour la maman.
- ❖ Une attention particulière devrait être apportée aux enfants handicapés : leurs besoins spécifiques, leur douleur, leurs difficultés au quotidien et leur perspective d'évolution devraient être évalués, compris et anticipés.

Côté pratique¹⁶

Les gestes du personnel de l'institution, simples et centrés sur l'enfant, ont une très grande valeur affective pour l'enfant. Par exemple :

- ⇒ un portage doux et enveloppant ;
- ⇒ un change calme avec échange de paroles et de vocalises ;
- ⇒ un bain tranquille et centré sur le bébé ;
- ⇒ un repas/biberon sur les genoux, au calme et au rythme de l'enfant ;
- ⇒ des attentions spécifiques ;
- ⇒ la mise en place d'activités sensorielles, motrices et stimulantes, etc. ;
- ⇒ la parole a également une grande importance pour le sentiment de sécurité du jeune enfant. Même si celui-ci est très jeune, le personnel encadrant devrait lui parler de son passé et de ce qui va se passer pour lui ou de son quotidien et du lendemain.

¹⁶ Les outils présentés dans cette partie peuvent être adaptés pour être utilisés à d'autres étapes de la préparation de l'enfant que celle pour laquelle ils sont proposés.

L'ENFANT EN BAS ÂGE (DE 1 À 3 ANS)

- ❖ L'enfant handicapé peut commencer à comprendre sa différence et à poser des questions sur son handicap. Ces questions ne devraient pas être taboues et le personnel encadrant devrait le rassurer et le valoriser.

L'ENFANT DE PLUS DE 4 ANS

- ❖ La première étape, pour ces enfants, consiste certainement à travailler sur l'estime d'eux-mêmes, qui a souvent été altérée par leur histoire de vie.
- ❖ À travers son accompagnement, le professionnel devrait pouvoir déceler les résistances, les peurs et/ou les difficultés particulières de l'enfant et travailler avec lui pour les surmonter et atténuer ainsi son anxiété.

L'ENFANT DE 7 ANS ET PLUS

- ❖ L'enfant doit être consulté pour toute décision le concernant, en outre le consentement de l'enfant à son projet de vie doit être requis, selon son âge et sa maturité (voir "côtés pratiques" parties 3.0 et 3.4 sur le consentement).
- ❖ L'enfant grand a une histoire, des souvenirs de son passé, de sa famille d'origine et de son vécu en placement. Il est donc important de faciliter la transition pour l'enfant.

L'importance du carnet de vie

Les explications données à l'enfant quant à son projet de vie familial peuvent être élaborées grâce à son carnet de vie, qui devrait être conçu pour illustrer sa vie et l'aider à développer son sens de l'identité et de la continuité (Backhaus 1984).

Si l'enfant possède déjà un carnet de vie, l'éducateur et l'enfant peuvent le feuilleter ensemble, questionner ainsi l'enfant et laisser la place aux commentaires, surtout pour les pages encore vides. Si l'enfant ne possède pas de carnet de vie, le professionnel peut en créer un avec l'enfant, en se basant sur les rapports de l'enfant, ses acquisitions, ses compétences et sur les paroles de son référent.

4.2 La préparation de l'enfant handicapé à la famille qui va l'accueillir

- ❖ Cette préparation comprend deux phases : l'annonce à l'enfant qu'il va être adopté ou accueilli par une famille et la préparation à la rencontre avec sa nouvelle famille.

4.2.1 L'ANNONCE de l'adoption ou du placement en famille d'accueil

En quoi consiste cette annonce pour l'enfant handicapé ?

- ✓ Il s'agit d'annoncer à l'enfant qu'une famille est prête à le prendre en charge et lui fournir les informations à disposition à son propos (localisation, composition de la famille, type d'habitat, etc.). Plus qu'une annonce, il s'agit en fait d'une introduction à de nouvelles relations ;
- ✓ Il s'agit de présenter cette nouvelle comme une bonne chose pour l'enfant et montrer de l'enthousiasme, être attentif aux réactions de l'enfant et écouter comment l'enfant la vit.

A quel moment intervient-elle ?

- ✓ L'enfant devrait savoir qu'il va être adopté ou placé à long terme dès qu'une famille candidate a confirmé la proposition dudit enfant et après qu'un premier travail sur ce projet ait été réalisé (voir 4.1 ci-dessus pour plus de détails).

Qui en a la charge ?

- ✓ Le/la référent/e connu/e, le/la directeur/trice de l'établissement ou un travailleur social. La continuité avec la personne qui a assuré la préparation de base est recommandée.

Quelles en sont les modalités ?

- ✓ En aparté, dans un lieu calme et familial, dans un moment consacré à l'enfant sans perturbation extérieure ;
- ✓ Quel que soit son âge et ses capacités, on devrait toujours expliquer à l'enfant ce qu'il va se passer pour lui désormais, les différentes étapes et les implications de son projet pour sa vie future. Le discours doit toutefois être adapté à l'âge de l'enfant et ses capacités et devrait être répété et reformulé plusieurs fois ;
- ✓ Les informations transmises à l'enfant doivent être constructives et positives mais pas trop enjolivées et idéalisées, afin d'éviter des attentes inutiles et irréalistes.

Que faire quand la décision est contraire à la volonté de l'enfant ?

Dans l'hypothèse où l'avis de l'enfant n'est pas suivi, les professionnels concernés doivent impérativement prendre le temps de l'informer de la décision qui a été prise à son égard et lui expliquer les raisons qui ont poussé à ne pas suivre son opinion. Le fait que l'enfant sente qu'une décision lui est imposée, par surprise, sans qu'il puisse réagir et sans qu'aucune explication ne lui soit donnée peut amener chez lui une situation de colère et de résistance face à son projet de vie.

Dans certains cas l'enfant peut avoir exprimé son avis contre un regroupement familial, un placement en famille d'accueil ou une adoption à cause de souvenirs douloureux qu'il peut avoir à propos de sa séparation avec ses parents biologiques. Il peut aussi éprouver de la colère à l'égard de son abandon ou encore avoir peur de vivre avec des personnes qu'il ne connaît pas.

Dans la mesure du possible, le recours à des services de médiation ou des services sociaux peut être nécessaire pour décoder, avec l'enfant, les véritables besoins qui peuvent se cacher derrière ses émotions. Dans tous les cas, une préparation adaptée de l'enfant à son projet de vie est essentielle pour que l'enfant réussisse à se projeter dans un nouvel avenir sans appréhension.

Sources : bulletin mensuel du SSI/CIR du 06-07/2010 ; Principes directeurs du HCR relatifs à la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant

http://www.unhcr.fr/4b151b9f2d.html?_ga=1.19924920.1240440268.1394447181

4.2.2 La préparation de l'enfant handicapé à LA RENCONTRE avec sa nouvelle famille

En quoi consiste cette préparation de l'enfant handicapé à la rencontre avec sa famille ?

- ✓ La rencontre entre l'enfant et ses parents adoptifs ou d'accueil est un moment très important dans la vie de l'enfant et de sa nouvelle famille qui marquera l'histoire familiale. À ce titre, ce moment nécessite une préparation particulière. Plus l'enfant est bien préparé en amont et mieux la première rencontre est attendue et vécue ;
- ✓ Il s'agit de prévenir l'enfant que sa famille va venir le voir (et le chercher si tel est le cas) et lui expliquer comment va se dérouler ce moment ;
- ✓ Il s'agit aussi de l'aider à se représenter sa famille et sa vie future, en lui donnant des éléments de réalité de son futur cadre de vie (voir l'encadré côté pratique « l'importance du livre de vie » partie 4.1 pour plus de détails) ;
- ✓ L'enfant devrait être rassuré le plus possible. Il devrait pouvoir poser toutes les questions qu'il a en tête (par ex. à l'aide d'un dessin ou du livre de vie). Il est normal que l'enfant soit anxieux, l'adulte devrait donc tenter de repérer ces signes d'anxiété, reconnaître ses émotions et, le cas échéant, en parler avec lui ;
- ✓ Les autres enfants de l'institution devraient eux aussi être impliqués dans le processus et être au courant du départ de l'enfant afin d'assurer une attitude positive vis-à-vis du projet de vie de leur camarade (voir le point 3 de cette section pour plus de détails) ;
- ✓ L'enfant handicapé devrait être rassuré sur le fait que ses futurs parents le connaissent et l'aiment déjà beaucoup. Il importe de lui faire comprendre que sa nouvelle famille a choisi de l'accueillir « en toute connaissance » de cause et ne sera donc pas surprise de ses difficultés ;
- ✓ Il est également important de rassurer l'enfant sur le fait qu'il continuera à être soigné et aidé.

A quel moment intervient-elle ?

- ✓ L'enfant devrait être prévenu qu'il va rencontrer sa nouvelle famille, en fonction de son âge lorsque la proposition d'apparement a été acceptée par la famille, quelques jours ou semaines avant la rencontre.

Qui en a la charge ?

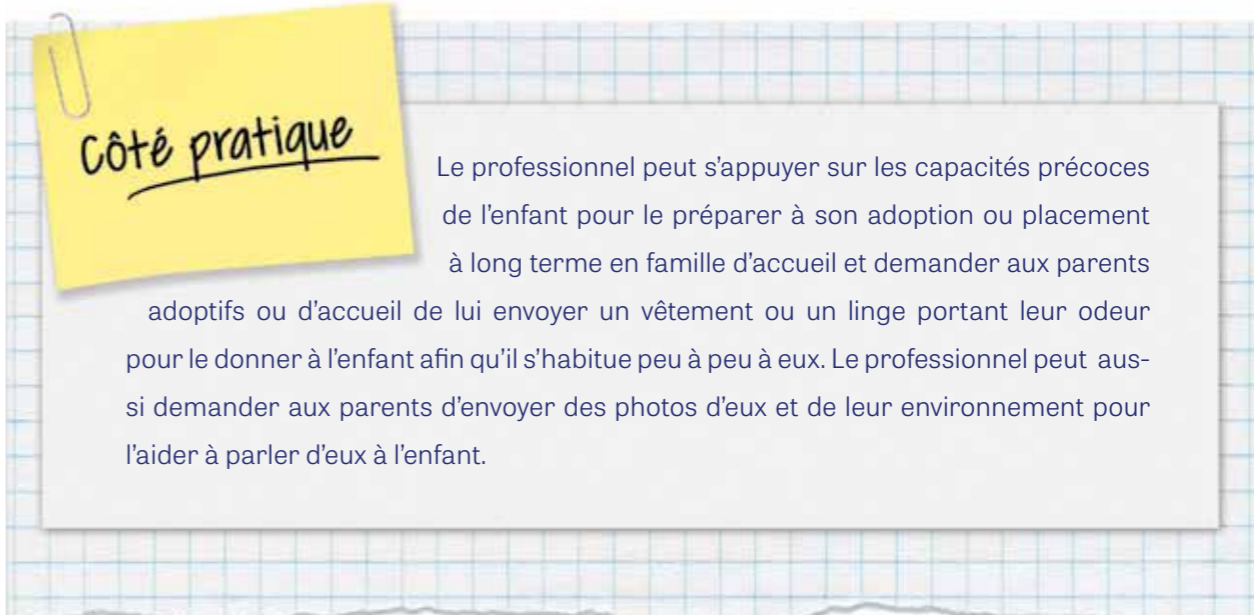
- ✓ La personne référente de l'enfant, une assistante maternelle en qu'il a confiance et/ou, dans la mesure du possible, un travailleur social responsable du projet de l'enfant. La continuité avec la personne qui a assuré les phases précédentes de la préparation est recommandée ;
- ✓ Le cas échéant, le représentant de l'organisme intermédiaire en tant que personne tierce extérieure à l'institution afin d'assurer le lien entre l'enfant et les parents.

Quelles en sont les modalités ?

- ✓ Dans un lieu calme et familier, où l'enfant est à l'aise pour partager ses ressentis, ses émotions, ses questionnements ;
- ✓ En plusieurs phases, par exemple, un temps spécifique devrait lui être consacré 1 à 2 fois par semaine en plus de tous les moments où la question peut être abordée de façon spontanée ;
- ✓ En fonction de l'âge de l'enfant.

LE BÉBÉ (JUSQU'À UN AN)

- ❖ Malgré le fait qu'il n'a pas la capacité de comprendre ce qui lui arrive, il reste important de parler au bébé pour lui raconter qu'une famille va venir le chercher, où elle habite, qui la compose, comment elle est, etc.



Côté pratique

Le professionnel peut s'appuyer sur les capacités précoces de l'enfant pour le préparer à son adoption ou placement à long terme en famille d'accueil et demander aux parents adoptifs ou d'accueil de lui envoyer un vêtement ou un linge portant leur odeur pour le donner à l'enfant afin qu'il s'habitue peu à peu à eux. Le professionnel peut aussi demander aux parents d'envoyer des photos d'eux et de leur environnement pour l'aider à parler d'eux à l'enfant.

L'ENFANT EN BAS ÂGE (DE 1 À 3 ANS)

- ❖ Malgré le langage et les facultés de raisonnement encore limités des enfants en âge préscolaire, des stratégies peuvent être mises en œuvre pour les aider à comprendre leur futur projet de vie familial¹⁷. Leur capacité à exprimer leurs émotions et à comprendre ce qu'ils vivent est certes encore limitée. Pour autant, une préparation adéquate est primordiale et le personnel en charge devrait être formé à préparer ces enfants sans leur demander une participation active.
- ❖ Le professionnel devrait parler à l'enfant de sa nouvelle famille avec des mots simples, en utilisant des jouets par exemple ou en se basant sur les représentations et souhaits que l'enfant a exprimé au préalable, et solliciter ses réactions.

¹⁷ Toddler Adoption : The Weaver's Craft, Mary Hopkins-Best, Perspectives Pr ; First Edition, 1997, 271 pp.

L'ENFANT DE PLUS DE 4 ANS

- ❖ Le professionnel devrait suivre les mêmes recommandations que pour l'enfant en bas âge, mais en adaptant son langage. Il peut également aller plus loin dans l'échange.
- ❖ La préparation devrait permettre à l'enfant de communiquer à propos de son projet, exprimer ses émotions, poser des questions sur ce qui va se passer pour lui, exprimer son opinion, etc. L'enfant est acteur de son projet de vie.
- ❖ Le professionnel devrait en outre savoir rassurer l'enfant et aborder avec lui la question de son handicap, les craintes et appréhensions qu'il a à ce propos, y compris sur les aspects pratiques de sa vie future.
- ❖ Plus que tout autre enfant, l'enfant handicapé devrait être rassuré et savoir que sa future famille l'acceptera et l'aimera tel qu'il est. Il importe toutefois de ne pas faire miroiter à l'enfant que ses futurs parents vont guérir son handicap, l'enfant pouvant avoir une perception erronée à ce sujet.

Côté pratique

Entretien avec l'enfant pour commencer à découvrir le futur

Le professionnel peut demander à l'enfant d'exprimer ses représentations de la famille, où il/elle aimerait vivre et d'articuler ses attentes par rapport à son projet de vie autour de trois thèmes : les objets, les lieux et les personnes. Le professionnel peut aussi demander à l'enfant ce qu'il aimerait que sa future famille sache sur lui-même. Cette discussion donne des indications aux professionnels sur ce qui est important pour l'enfant et comment il se perçoit.

Dessins

La personne référente peut demander à l'enfant de dessiner, par exemple, sa future famille telle qu'il l'imagine ou tout autre thème en rapport avec son projet. Le dessin de l'enfant devrait toujours être accompagné et être sujet à discussion en temps réel sur ce que l'enfant dessine. C'est lors de ces moments privilégiés que l'enfant se livrera le plus sur son ressenti, ses craintes et ses attentes.

Tisser des liens

Pour aider l'enfant à se représenter sa future famille, le professionnel peut lui décrire sa famille et son environnement. Pour faciliter l'exercice, le professionnel peut, par exemple, demander aux parents des photos de leur famille, de leur environnement de vie, de la chambre de l'enfant. Ces photos pourront ensuite être collées dans le carnet de vie de l'enfant, en sa présence. À l'inverse, l'enfant peut être photographié dans diverses scènes de vie, en lui expliquant que ces photos sont pour ses parents qui l'attendent, en abordant à chaque fois avec lui le sujet de l'adoption ou du placement à long terme en famille d'accueil.

Exemples de ce que la famille peut envoyer à l'enfant :

- un petit sac à dos
- un vêtement
- un album de photos présentant la famille, son milieu de vie, ses loisirs, etc.
- des petits cadeaux
- des lettres, des films vidéo présentant la famille, la maison, la chambre, etc.
- des supports audio

Exemples de ce que l'enfant peut envoyer à la famille :

- des dessins
- des lettres (selon l'âge)
- des petits cadeaux (cailloux, etc.)

Le moment de la rencontre

- ❖ Juste avant la rencontre, le personnel encadrant de l'institution et l'organisme intermédiaire (le cas échéant) devraient avoir un court entretien avec la famille. Ils devraient lui transmettre les attentes et les représentations que l'enfant a exprimé par rapport à elle, afin que la famille puisse mieux le comprendre et éviter de commettre des maladroites.
- ❖ La rencontre devrait avoir lieu dans un endroit calme et familier pour l'enfant, qui respecte l'intimité de la rencontre, et à un moment qui respecte le rythme de l'enfant. Afin que l'enfant soit le plus réceptif possible, il est mieux d'éviter, par exemple, les heures de sieste, le moment du coucher ou des repas.
- ❖ L'enfant devrait être lavé, changé et habillé pour la rencontre. Les plus grands devraient pouvoir choisir leurs vêtements s'ils en ont envie.
- ❖ L'enfant devrait être accompagné d'un référent connu (sa base de sécurité) pour aborder la première rencontre et lui expliquer qui sont ces nouvelles personnes et faire les présentations.
- ❖ Le professionnel devrait pouvoir se retirer progressivement pour que l'enfant et sa famille puissent s'exprimer et avoir une certaine intimité.
- ❖ Après la rencontre, l'épisode devrait être noté et décrit par le parent dans le carnet de vie de l'enfant, celui-ci ayant été transmis par l'institution.

4.3 La préparation de l'enfant handicapé à son départ et la transition vers son nouvel environnement

En quoi consiste la préparation de l'enfant handicapé à son départ ?

- ✓ Il s'agit de faire comprendre à l'enfant qu'il va quitter l'institution et vivre dans un nouvel environnement et de faire en sorte que la transition soit la plus douce possible.

Quand intervient-elle ?

- ✓ Le personnel de l'institution devrait parler à l'enfant de son départ, quelques jours avant qu'il survienne, afin de ne pas le mettre devant le fait accompli.

Qui en a la charge ?

- ✓ Le personnel référent de l'enfant (assistante maternelle, directrice de l'institution) et, dans la mesure du possible, un travailleur social ;
- ✓ Si l'enfant bénéficie d'une thérapie avec un psychomotricien ou un autre professionnel, ces séances pourraient aussi être un moment privilégié pour aider l'enfant à discuter de son projet de vie. Il est dès lors important que tous les professionnels se soient concertés et délivrent le même discours à l'enfant sur le placement en famille d'accueil ou l'adoption ;
- ✓ Les parents adoptants jouent également un rôle important dans la transition.

Quelles en sont les modalités ?

- ✓ Dans un lieu calme ;
- ✓ Avant le départ, il devrait y avoir une période de convivialité permettant à l'enfant d'apprendre à connaître et reconnaître ses parents, tout en restant dans son environnement. Cette période permet d'assurer une transition en douceur entre deux lieux de vie et deux groupes de personnes responsables de l'enfant ;
- ✓ Veiller à ce que l'enfant puisse garder les équipements liés à son handicap : fauteuil, orthèses, lunettes, divers appareillages, etc. ;
- ✓ En fonction de l'âge de l'enfant.

LE BÉBÉ (JUSQU'À UN AN)

- ❖ Pour le tout petit, les sens sont un élément primordial: très sensible aux odeurs, aux parfums familiers, aux rythmes, il va ressentir le changement d'environnement. Si celui-ci est trop brusque, cela peut perturber par exemple son appétit, son cycle du sommeil, son comportement. Une transition progressive et bien étudiée favorise une meilleure adaptation de l'enfant, qui se sentira plus en sécurité avec ses parents. La période de convivialité est donc très importante pour ces enfants.

Côté pratique

Le professionnel devrait s'appuyer sur les capacités précoces de l'enfant afin de faciliter la transition et le rassurer :

- ⇒ Un vêtement portant l'odeur de la personne référente peut être donné lors du départ de l'enfant. La nouvelle famille peut ensuite mettre le vêtement dans le berceau de l'enfant.
- ⇒ Si l'enfant vient d'une institution, les parents peuvent échanger un linge de lit neuf ou un vêtement contre le linge actuel du berceau de l'enfant. Ce linge peut rassurer l'enfant lors des premières nuits.
- ⇒ À l'inverse, les parents peuvent lui faire parvenir ou lui laisser quelque chose d'eux après la première rencontre, comme par exemple, un vêtement, pour qu'il s'habitue à leur odeur.

L'ENFANT EN BAS ÂGE (DE 1 À 3 ANS)

- ❖ Les enfants de 1 à 3 ans sont trop petits pour comprendre pourquoi ils quittent leur environnement mais assez grands pour comprendre que quelque chose est différent. Il importe donc d'effectuer une préparation à cette transition pour eux aussi.
- ❖ Les enfants de 1 à 3 ans ayant souvent peur de l'étranger et de l'inconnu, il importe d'éviter les changements trop brusques en laissant l'enfant brutalement à ses nouveaux parents par exemple. Même la prise dans les bras devrait être progressive, malgré le désir souvent pressant des parents. Une transition progressive et bien étudiée favorise une meilleure adaptation de l'enfant, qui se sentira plus en sécurité avec ses parents. La période de convivialité est donc très importante pour ces enfants.

Côté pratique

- ⇒ Le personnel en charge de la préparation de l'enfant de 1 à 3 ans ne doit pas hésiter à parler à l'enfant de son intégration dans sa nouvelle famille. À cet effet, il peut profiter des moments de jeux avec l'enfant et des scènes de la vie quotidienne pour aborder cette question. Par exemple, lors du coucher, le professionnel peut expliquer à l'enfant que bientôt, ce ne sera plus lui qui le couchera, mais son papa ou sa maman. Le professionnel peut aussi utiliser les livres de jeunesse pour raconter à l'enfant des histoires liées, de près ou de loin, à l'adoption ou au placement familial et profiter des réactions qu'elles suscitent chez l'enfant pour rebondir sur le propre projet de l'enfant.
- ⇒ L'enfant devrait pouvoir quitter l'institution avec son doudou (objet de transition) ou un objet familier qu'il a souvent dans les mains et/ou avec lequel il est habitué à dormir (cela peut être un jouet, une peluche, un de ses vêtements, un morceau de tissu, etc.). Cet objet pourra le rassurer pendant les premiers jours de son arrivée.
- ⇒ Deux ou trois semaines avant le départ, le professionnel peut préparer avec l'enfant un calendrier sur lequel il cochera chaque jour qui lui reste avant de retrouver sa famille.

L'ENFANT DE PLUS DE 4 ANS

- ❖ L'enfant de plus de 4 ans est en âge de comprendre sa situation. Il importe donc de lui expliquer ce qui va lui arriver et répondre à ses questions.
- ❖ Si une hospitalisation ou une opération chirurgicale est prévue, il est important de la lui décrire et lui en expliquer les raisons, afin qu'il s'y prépare et qu'il n'assimile pas ses parents adoptifs ou d'accueil aux personnes qui l'ont hospitalisé. Dans ce contexte, il est important de valoriser et positiver la perspective d'évolution du handicap et de sa prise en charge.

Côté pratique

- ⇒ L'enfant de plus de 4 ans peut constituer progressivement une "boîte aux trésors" qu'il pourra ensuite emporter dans sa nouvelle famille.
- ⇒ Le professionnel peut sortir de temps en temps l'enfant de l'institution et faire avec lui les parcours qu'il suivra avec sa famille adoptive ou d'accueil. Ces sorties devraient être suivies de temps d'échange avec l'enfant.
- ⇒ En cas d'adoption internationale, le professionnel peut enseigner à l'enfant quelques mots de sa nouvelle langue, ainsi que les principales coutumes de son nouveau pays qui pourraient le surprendre ou le choquer (embrassade, lit à barreaux pour enfants, etc.).
- ⇒ Le calendrier peut être très utile et adapté aux enfants de plus de 4 ans.

Jeux de rôle

Le professionnel peut demander à l'enfant d'entrer dans le personnage de son meilleur ami et l'interroger par exemple sur sa vie dans l'institution, sur son handicap, sur sa nouvelle vie, ses futurs parents. Cette méthode pourra aider l'enfant à verbaliser plus facilement son ressenti à travers les paroles du meilleur ami. Par exemple¹⁸ :

- **Éducateur** : Jean, nous allons faire un jeu.
- **Jean** : Quel jeu ?
- **Éducateur** : Le jeu où tu deviens ton meilleur ami.
- **Jean** : Mon meilleur ami ?
- **Éducateur** : Dis-moi comment s'appelle ton meilleur ami, on va voir s'il te connaît bien...
- **Jean** : Mon meilleur ami s'appelle Hugo.
- **Éducateur** : Bonjour Hugo ! Tu vas bien ? Je voudrais qu'on discute un peu de ton meilleur ami, tu sais Jean ! Il est à l'institution avec toi ?
- **Jean** : Oui, oui on est dans la même chambre.
- **Éducateur** : Ah c'est vrai ? C'est bien alors. Dis-moi, est-ce que tu peux me dire quelque chose d'intéressant sur Jean ?
- **Jean** : Qu'est-ce que tu veux savoir sur Jean ?
- **Éducateur** : À quoi il ressemble ?
- **Jean** : C'est un petit garçon, il ne marche pas comme les autres enfants....
- **Éducateur** : Ah bon, pourquoi Jean ne marche pas comme les autres enfants ?
- **Jean** : Parce qu'il a une maladie !
- **Éducateur** : Est-ce qu'il t'a dit qu'il va bientôt quitter l'institution ?
- **Jean** : Oui il m'a dit...
- **Éducateur** : Et il t'a dit où il va aller ? Car moi je ne suis pas au courant.
- Et ainsi de suite.

Les livres de jeunesse sur l'adoption ou le placement familial : Le professionnel peut lire l'histoire avec l'enfant, le laisser interrompre la lecture, lui poser des questions, analyser ensemble les illustrations.

¹⁸ Inspiré de John W. MCINTURE, « Preparing Special-Need Children for Adoption Through Use of a Life Book », in *Child Welfare*, Vol. LXV, Num 4, Juillet-Août 1986.

Le moment du DÉPART de l'enfant

- ❖ L'enfant devrait avoir le temps de dire au revoir à ses camarades et aux personnes qui s'en sont occupées. Une petite fête de départ peut par exemple être organisée à cet effet.
- ❖ Le personnel encadrant devrait prendre un moment pour expliquer aux parents quels mots l'enfant utilise pour exprimer ses besoins, quel comportement il adopte en fonction des situations, quelles sont ses habitudes et ses goûts (nourriture, coucher, jeux, etc.), etc. Ceci afin que les parents puissent comprendre leur enfant et assurer une transition le plus en douceur possible.

Comment aborder le départ d'un enfant avec les autres enfants pour qui le placement familial permanent n'est pas une certitude ?

- ❖ L'adoption ou le placement à long terme en famille d'accueil ne devrait pas être un tabou au sein de l'institution et les enfants qui restent ne devraient pas non plus se sentir sous-estimés ou rejetés. Toute la difficulté de l'exercice réside à trouver le bon équilibre pour montrer de l'enthousiasme pour le projet de vie de l'enfant qui va être accueilli dans une famille, sans blesser ni créer de faux espoirs chez les autres enfants. Cette question est d'autant plus importante pour les enfants handicapés, pour qui l'estime d'eux-mêmes peut être fragile.
- ❖ Les autres enfants de l'institution devraient eux aussi être préparés aux différents départs de leurs camarades, et être rapidement mis au courant du départ proche de l'enfant.
- ❖ Le personnel de l'institution devrait veiller à ce qu'il n'y ait pas d'attitude de rejet de la part des enfants qui restent.

Côté pratique

Le professionnel peut mener des causeries-débat régulières avec les enfants de l'institution, permettant à chacun de s'exprimer librement. Il peut ainsi repérer les enfants qui peuvent souffrir et ne pas comprendre pourquoi leur camarade a trouvé une famille alors qu'eux doivent encore rester dans l'institution, et travailler avec eux sur cet aspect grâce à divers outils : livres de jeunesse, bandes dessinées, dessins, etc.

Recommandations
pour les
autorités



Partie C

Promouvoir la vie en famille pour les enfants handicapés en institution

Au niveau de l'État, une procédure claire doit être mise en place pour gérer la protection des enfants, indiquant les éléments à prendre en compte et les différentes étapes et démarches à respecter pour leur trouver une famille.

Un projet de vie familial et permanent individualisé doit être élaboré pour chaque enfant, qu'il soit handicapé ou non. À chaque fois que c'est possible et souhaitable, l'enfant devrait pouvoir réintégrer sa famille ou sa communauté (principe énoncé dans le paragraphe 3 des Lignes Directrices de l'ONU). Mais lorsque c'est impossible, un placement familial alternatif et permanent doit être recherché en priorité au niveau national et, de façon subsidiaire, au niveau international.

Pour les enfants handicapés, il est souvent difficile de trouver une solution familiale dans leur pays d'origine. Il reste malgré tout important d'éviter le placement systématique de ces enfants en adoption internationale, sans qu'une solution nationale soit recherchée au préalable.

À cet effet, il est important de prendre des dispositions pour promouvoir et favoriser la réintégration de l'enfant dans sa famille, l'adoption nationale mais aussi un dispositif de placement en famille d'accueil pouvant être pensé à long terme. D'autres formes de protection telles que les établissements d'accueil de petits groupes ou le placement familial en réseau peuvent être développées pour créer un cadre familial sur le long terme.

« Il est clair que les besoins psychologiques de l'enfant en matière d'attachement durable et permanent peuvent être comblés sans la formalité de l'adoption ».¹⁹

¹⁹ Cantwell, Nigel (2014). The Best Interests of the Child in Intercountry Adoption, Innocenti Insight, Florence : UNICEF Office of Research.

1. La réintégration de l'enfant dans sa famille d'origine

Etant donné que ce manuel est centré sur la recherche de solutions alternatives pour les enfants handicapés déjà institutionnalisés, aucune partie n'est dédiée spécifiquement à la prévention de la séparation familiale. Toutefois, les recommandations ci-dessous concernant la réintégration de l'enfant dans sa famille et les propositions de dispositifs d'aide pour les familles peuvent également être appliquées aux politiques de prévention de séparation²⁰.

Principes généraux

- ❖ Cette section se base en particulier sur le préambule et l'article 20 de la CDE, l'article 23 de la CDPH, et les paragraphes 14, 15, 32 à 52, 76 à 79 des Lignes Directrices.
- ❖ La pauvreté et les conditions de vie difficiles de la famille d'origine ne devraient jamais être l'unique motif pour placer l'enfant en institution, comme le précise le paragraphe 15 des Lignes Directrices de l'ONU. Lorsque c'est le cas, les autorités compétentes devraient mettre en place un dispositif d'aide aux familles pour qu'elles puissent à nouveau subvenir aux besoins de leur enfant.
- ❖ Le handicap et sa perception au sein de la société ne devraient pas être à l'origine d'un abandon. Un travail de fond, en amont, sur l'acceptation sociale de la différence devrait être réalisé à cet effet à tous les niveaux de la société.
- ❖ Les possibilités de réintégration de l'enfant avec ses parents ou sa famille élargie doivent être envisagées et évaluées en priorité autant que possible et dans le meilleur intérêt de l'enfant.
- ❖ Une enquête sociale de la famille (p ex. entretiens, visites à domicile, etc.) doit être menée pour apprécier si l'enfant sera en sécurité dans son milieu familial et si celui-ci peut lui fournir une prise en charge appropriée. À cet effet, il est nécessaire de mettre en place un service d'assistance sociale comptant du personnel formé et en nombre suffisant pour couvrir le travail de recherche, de prise de contact et de travail social avec la famille de l'enfant placé.
- ❖ Une fois décidé, le retour de l'enfant doit être planifié attentivement, l'enfant et la famille doivent y être préparés.
- ❖ Un dispositif de soutien aux familles devrait être mis en place si nécessaire, pour leur permettre d'assurer la prise en charge thérapeutique, médicale et éducative de leur enfant. En effet, il importe que l'enfant puisse bénéficier des mêmes chances de traitement/rééducation de sa maladie/son handicap dans sa famille qu'en institution.

La réintégration de l'enfant dans sa famille est souvent beaucoup moins coûteuse que sa prise en charge en institution²¹.

- ❖ Les services dédiés aux enfants handicapés (p. ex. écoles spécialisées, professions liées au handicap, etc.) devraient être décentralisés géographiquement autant que possible pour leur éviter d'être institutionnalisés uniquement dans le but de bénéficier de soins appropriés.
- ❖ Chaque enfant en âge de le faire devrait être impliqué dans les décisions prises à son sujet et pouvoir se faire entendre.
- ❖ Si la famille est identifiée et/ou retrouvée, le travailleur social peut :
 - ◆ Prendre contact avec la famille et étudier avec eux les possibilités de retour de l'enfant, à travers des entretiens avec les parents, si possible ensemble puis séparément ;
 - ◆ Encourager, dans la mesure du possible et si cela est dans l'intérêt de l'enfant, les contacts entre la famille et l'enfant (p. ex. visites de la famille, conversations téléphoniques, envois de courriers et/ou photos, etc.) ;
 - ◆ Mener un travail de médiation avec la famille lorsque c'est opportun, en particulier dans les contextes où les enfants nés hors-mariage sont une cause majeure d'abandon et où le handicap est fortement stigmatisé et considéré comme une cause d'abandon. Dans de tels contextes, une médiation entre la famille d'origine et la mère (ou future mère) peut être très utile pour permettre à cette dernière d'être acceptée dans le tissu social et soutenue par les membres de sa famille. Ce travail avec les familles augmente considérablement les chances de réunification familiale si l'enfant est déjà placé, et s'avère une méthode efficace pour la prévention de l'abandon de l'enfant pour les jeunes filles à risque ;
 - ◆ Faire prendre conscience aux parents et à la famille de l'importance pour l'enfant de grandir avec ses parents et l'impact néfaste de l'institutionnalisation pour son développement ;
 - ◆ Évaluer les besoins de la famille pour la prise en charge de l'enfant en termes, par exemple, d'équipements adaptés au handicap de l'enfant et de ressources et prévoir le soutien nécessaire pour y répondre ;
 - ◆ Préparer l'enfant et sa famille à la réintégration. Ce processus peut être mené, par exemple, par des séjours progressifs de l'enfant dans sa famille.

Si la médiation s'avère être un échec et que l'enfant est clairement délaissé par sa famille, les services compétents doivent dûment informer la famille que l'enfant peut être accueilli ou adopté par une famille de substitution. Les conséquences de l'adoption simple et plénière sur les droits parentaux leurs sont alors expliquées.

²⁰ Les principes applicables à ce sujet ainsi que de précieuses recommandations peuvent également être trouvés dans les Lignes Directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants (<http://iss-ssi.org/2009/assets/files/guidelines/FRE/Lignes%20Directrices.pdf>), ainsi que dans le rapport « Enabling Reform – Why supporting children with disabilities must be at the heart of successful child care reform », Better Care Network and EveryChild, March 2012, 49 pp.

²¹ En Roumanie par exemple, dans les années 90, la prise en charge de l'enfant en institution coûtait 7 fois plus cher à l'État qu'un dispositif d'aide à la famille et de réintégration familiale. Sources : Save the Children Romania, Reintegration of institutionalized children in their natural families, 1997.

Côté pratique

Pour soutenir la famille et lui permettre de prendre en charge son enfant, des aides spécifiques peuvent être mises en place :

- ⇒ Un travail spécifique autour du handicap peut être mené au sein de la communauté afin de favoriser l'acceptation et l'intégration de l'enfant handicapé, par exemple à travers l'organisation de causeries, la diffusion de campagnes et de films de sensibilisation, etc.
- ⇒ La famille peut être intégrée dans des programmes d'activités génératrices de revenus et de microcrédits par le biais d'ONG nationales ou internationales spécialisées dans le domaine, afin de développer une autonomie et une stabilité financière et ainsi pouvoir garder ou récupérer leur enfant placé en institution.
- ⇒ Un dispositif gratuit de crèche et de garde de jour pour les enfants d'âge préscolaire peut être proposé pour permettre à la mère de travailler, surtout lorsqu'elle vit seule et doit subvenir aux besoins de sa famille.
- ⇒ Des dispositifs d'accueil ponctuels peuvent être mis en place afin de soulager les familles qui peuvent être surmenées par la prise en charge d'un enfant vivant avec un handicap ou une spécificité médicale et les aider à y faire face. Cette aide temporaire peut être donnée sous la forme de garde de jour occasionnelle ou de court séjour en établissement. En plus de faciliter la réintégration de l'enfant dans sa famille, ce dispositif permet également, en amont, d'éviter le recours à l'institutionnalisation.
- ⇒ Les enfants handicapés devraient pouvoir bénéficier de séances gratuites de soins adaptées au handicap de l'enfant, d'équipement ou de matériel de réadaptation lorsque leur famille ne peut pas financer ces services.
- ⇒ Un accompagnement et/ou un suivi psycho-social de la famille devrait être proposé une fois l'enfant réintégré, afin de prévenir tout nouveau risque de placement, aider et encourager la famille à surmonter les difficultés et le stress lié à la prise en charge de l'enfant handicapé.
- ⇒ Des groupes de parents d'enfants handicapés peuvent être créés, permettant aux parents de se sentir moins isolés et d'échanger sur leurs difficultés²².

Réintégration dans la famille élargie

- ❖ Lorsqu'un enfant ne peut pas être réintégré dans sa famille d'origine et élevé par ses parents, des membres de la famille élargie peuvent être disposés et capables de s'occuper de l'enfant. La prise en charge par la famille élargie permet à l'enfant de grandir dans un cadre connu, de garder des liens étroits avec sa famille et de surmonter plus facilement le traumatisme de la séparation. Mais cette option doit aussi être étudiée attentivement par des professionnels, surtout lorsque l'enfant a été retiré de la garde parentale pour mauvais traitements. Dans ce contexte, il n'est pas toujours dans l'intérêt de l'enfant d'être pris en charge par sa famille élargie.
- ❖ Si la réintégration dans la famille élargie est possible et décidée, celle-ci devrait bénéficier des mêmes services que cités ci-dessus.

²² En Azerbaïdjan, par exemple, des groupes de parents d'enfants handicapés se sont mis en place et se réunissent régulièrement pour faire avancer le droit de ces enfants à travers des activités de plaidoyer. En Roumanie, des groupes de parents ont développés de nouveaux services pour les enfants (cf. De-institutionnalisation of Children's services in Romania, Unicef, 2004).

2. Le placement en famille d'accueil

Principes généraux

- ❖ Cette section se base en particulier sur le préambule et l'article 20 de la CDE, l'article 23 de la CDPH, et les paragraphes 118 à 122 des Lignes Directrices.
- ❖ Le placement au sein d'une famille d'accueil, avec qui l'enfant n'a aucun lien familial, est considéré généralement comme temporaire. Pour les enfants temporairement séparés de leur famille, cette option est préférable à l'institutionnalisation, car ils bénéficient ainsi d'une prise en charge personnalisée et d'un cadre de vie protecteur et favorable pour leur développement, en attendant qu'ils puissent réintégrer leur famille d'origine. Pour les enfants qui ne peuvent pas retourner dans leurs familles, le placement en famille d'accueil temporaire doit aboutir à une solution permanente telle que l'adoption ou une solution à long terme comme un placement en famille d'accueil permanent.
- ❖ Dans certaines situations particulières, le placement en famille d'accueil peut constituer la solution permanente la plus appropriée pour l'enfant, en particulier quand la famille d'origine maintient des relations régulières et positives avec l'enfant sans pouvoir le réintégrer ou lorsque une famille adoptive ne peut être trouvée pour l'enfant. Le placement permanent en famille d'accueil doit représenter un engagement de la part des familles d'accueil de s'occuper de l'enfant jusqu'à sa majorité. Il arrive fréquemment que les liens qui se créent entre l'enfant et sa famille d'accueil perdurent toute la vie. Parfois, il est décidé que pour l'intérêt de l'enfant, un placement temporaire en famille d'accueil devienne permanent après une procédure stricte et formelle où la famille d'accueil est réévaluée à cet effet.
- ❖ L'option d'une prise en charge familiale ne devrait jamais être sollicitée comme moyen de contourner les procédures d'une adoption, cette dernière revêtant un caractère permanent et clairement distinct. Toutefois, il peut arriver qu'une famille souhaite adopter l'enfant qu'elle prend en charge. Dans ce cas, la procédure de conversion doit inclure, étant donné les différences entre ces deux projets, une évaluation appropriée des motivations et aptitudes de la famille, une préparation et un soutien de la famille d'accueil et de l'enfant en vue de l'adoption. L'enfant devrait en outre être consulté s'il est en âge de l'être et ses relations avec sa famille d'origine devraient être réévaluées (cf. encadrés section B chapitre 3.4, p. 60-61).
- ❖ Comme pour chaque option de prise en charge de l'enfant, le placement en famille d'accueil doit être étudié dans le respect du meilleur intérêt de l'enfant. Ce placement ne constitue donc pas la réponse aux besoins de tous les enfants séparés temporairement ou définitivement de leurs parents.

Promouvoir et recruter des familles d'accueil potentielles

- ❖ Lors du processus de recrutement des familles d'accueil, une sensibilisation sur les besoins spécifiques des enfants handicapés devrait être menée, ainsi qu'une discussion sur la possibilité d'accueillir un de ces enfants.

Sélectionner les familles

- ❖ Comme pour tout autre enfant, les familles d'accueil candidates, disposées à accueillir un enfant handicapé doivent être sélectionnées et évaluées selon une procédure précise, de manière objective, sur la base de critères clairement établis, qui tient compte des spécificités de cette prise en charge.
- ❖ Les garanties et vérifications de base sur les familles candidates (p. ex. casier judiciaire vierge, bonne réputation dans la communauté, conditions d'accueil aux normes des standards du pays, engagement, revenus, etc.) doivent être scrupuleusement respectées.
- ❖ S'il est vrai que toutes les familles ne peuvent pas être des familles d'accueil et toutes les familles sélectionnées ne peuvent pas accueillir n'importe quel enfant, il est aussi vrai que des personnes n'ayant jamais pris en charge un enfant handicapé peuvent néanmoins être une très bonne famille d'accueil. Il importe de pouvoir détecter un engagement de la part des candidats pour ce projet. Les motivations de leur projet doivent être évaluées et leurs capacités de prise en charge doivent être étudiées (p. ex. environnement adapté, accès aux soins spécialisés pour la prise en charge du handicap ou de la maladie, effort d'intégration dans la communauté extérieure). Les ressources et les limites de la famille d'accueil candidate doivent faire partie des critères évalués afin de mieux identifier le profil d'enfant qu'elle pourrait prendre en charge.
- ❖ La procédure d'attribution d'un enfant à une famille sélectionnée devrait être adaptée aux besoins des enfants.

Préparer et former les familles d'accueil

- ❖ Les familles candidates disposées à accueillir un enfant handicapé devraient bénéficier d'une préparation adaptée. Trois niveaux de formation et d'information peuvent être considérés :

NIVEAU 1 - Préparation de base pour toute famille candidate :

Côté pratique²³

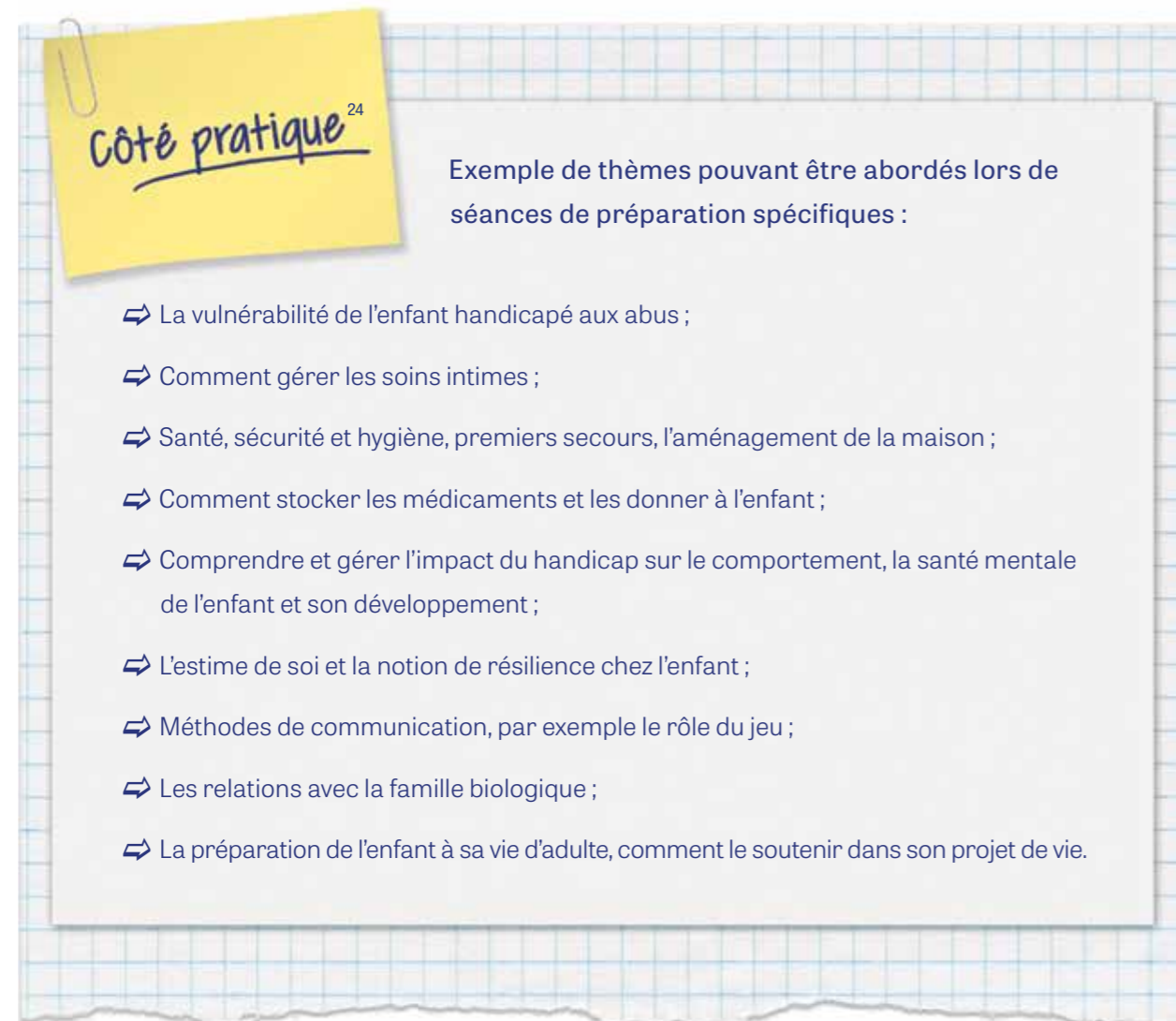
Exemple de thèmes qui peuvent être abordés lors de séances de préparation générale et d'informations sur les questions relatives à l'accueil d'un enfant au sein de sa famille :

- ⇒ L'impact de l'accueil d'un enfant sur la vie de famille ;
- ⇒ Quelle implication pour les enfants biologiques et les enfants déjà accueillis dans la famille d'accueil (impacts présents et futurs) ;
- ⇒ L'importance de liens solides et de soutien au sein de la famille et la communauté ;
- ⇒ L'implication financière de l'accueil d'un enfant ;
- ⇒ Les offres de soutien post-placement.

²³ Jennifer Cousins, Finding Families for Disabled Child, APFEL conference, November 2014, Geneva.

NIVEAU 2 - Préparation adaptée pour les familles disposées à accueillir un enfant handicapé :

Une fois que les familles d'accueil pour les enfants handicapés ont été sélectionnées, une formation adaptée devrait être proposée afin d'aborder les grands sujets liés à la prise en charge d'un enfant handicapé. Des professionnels spécialisés dans le handicap peuvent être invités à intervenir lors des séances (p. ex. en fonction des spécialités existant dans le pays : kinésithérapeute, pédiatre, psychologue, etc.). Il peut également être utile d'inviter à participer des familles ayant déjà accueilli un enfant handicapé pour parler de leurs expériences.



Côté pratique²⁴

Exemple de thèmes pouvant être abordés lors de séances de préparation spécifiques :

- ⇒ La vulnérabilité de l'enfant handicapé aux abus ;
- ⇒ Comment gérer les soins intimes ;
- ⇒ Santé, sécurité et hygiène, premiers secours, l'aménagement de la maison ;
- ⇒ Comment stocker les médicaments et les donner à l'enfant ;
- ⇒ Comprendre et gérer l'impact du handicap sur le comportement, la santé mentale de l'enfant et son développement ;
- ⇒ L'estime de soi et la notion de résilience chez l'enfant ;
- ⇒ Méthodes de communication, par exemple le rôle du jeu ;
- ⇒ Les relations avec la famille biologique ;
- ⇒ La préparation de l'enfant à sa vie d'adulte, comment le soutenir dans son projet de vie.

NIVEAU 3 - Préparation individualisée et spécifique à l'accueil de l'enfant attribué à la famille :

Une fois qu'un enfant est attribué à une famille d'accueil, une préparation individualisée et spécifique devrait être mise en place tel que le préconise le paragraphe 120 des Lignes Directrices. Les familles accueillant un enfant handicapé devraient être mises en relation avec le(s) professionnel(s) de santé lié(s) à la maladie ou handicap de l'enfant. Une mise en relation progressive entre la famille et l'enfant est conseillée (voir partie 4.1 pour plus de détails) et la famille et l'enfant doivent pouvoir être écoutés s'ils ont des questions spécifiques.

Suivre l'enfant

- ❖ La famille d'accueil devrait être considérée comme un partenaire dans le système de protection de l'enfance et être incluse autant que possible dans le processus de décision et dans le travail entrepris pour suivre l'enfant, comme l'indique le paragraphe 121 des Lignes Directrices.
- ❖ Une fois l'enfant dans la famille d'accueil, un suivi et un soutien régulier et continu par des travailleurs sociaux qui connaissent la famille d'accueil et l'enfant doit être mis en place afin de s'assurer que l'enfant est pris en charge de façon adéquate. L'enfant devrait cependant être informé au préalable des visites de travailleurs sociaux, car elles peuvent être mal comprises et mal interprétées par l'enfant.
- ❖ En cas de contacts avec la famille d'origine de l'enfant, il importe qu'une supervision soit assurée.
- ❖ Il peut être utile de réunir les familles d'accueil régulièrement pour leur permettre d'échanger sur leurs expériences et vécus, tant les difficultés que les moments de joies, conformément au paragraphe 122 des Lignes Directrices.
- ❖ L'organisation de formations continues ou d'ateliers de réflexion pour les familles peut être une option bénéfique.

Coûts

- ❖ Le dispositif de promotion, de sélection, de préparation et formation, de soutien financier et de suivi des familles d'accueil devrait être pris en charge par l'État, soutenu si nécessaire par des partenaires techniques et financiers (ONG nationale ou/et internationale).
- ❖ L'ensemble des frais médicaux et de prise en charge devrait être assuré par l'État une fois l'enfant placé dans sa famille d'accueil (p. ex. gratuité des soins, équipement et appareillage de l'enfant, scolarisation, frais d'habillement et de nourriture, etc.).
- ❖ Une rémunération des familles d'accueil, en plus des frais liés à la prise en charge de l'enfant, peut être un moyen de les encourager à être reconnues en tant que professionnels.

²⁴ Jennifer Cousins, Finding Families for Disabled Child, APFEL conference, November 2014, Geneva.

Côté pratique

Pistes de promotion du dispositif de familles d'accueil au niveau national

❖ Il importe de diffuser le message à un large public et de recruter les familles d'accueil largement au sein de la population :

⇒ À travers des campagnes de sensibilisation par les médias locaux et nationaux (radio, télévision, journaux, internet, etc.). Le grand public doit être informé que des enfants séparés de leurs familles, quel que soit leur état de santé, ont besoin de familles d'accueil.

⇒ À travers des campagnes de sensibilisation par voie d'affichage (sur panneaux publicitaires sur la voie publique, dans les bus, chez les commerçants, etc.). Dans ce contexte, il importe que le slogan et/ou le message soi(en)t fort(s)²⁵.

⇒ À travers la création d'un site internet mis à jour régulièrement, informant le public des procédures, indiquant les personnes à qui s'adresser, fournissant des témoignages d'enfants et de familles d'accueil, présentant les droits et les devoirs des familles d'accueil, etc.

⇒ À travers l'organisation de séances d'information pour les familles intéressées, concernant le dispositif de familles d'accueil, les allocations disponibles, le système d'aide, les droits et devoirs des familles, le respect des liens avec la famille d'origine, etc.



❖ Des partenariats peuvent être sollicités avec les médias, ceux-ci étant souvent prêts à offrir un espace publicitaire pour ce genre de campagne, surtout s'il s'agit d'enfants. Il en va de même pour la réalisation de clips d'information: un appel à la générosité des professionnels de la communication (p. ex. pour la réalisation et le montage) peut être envisagé, de tels accords pouvant leur offrir une visibilité.

❖ Ces campagnes doivent permettre d'atteindre une cible large. Il importe donc de ne pas imposer d'emblée des critères trop restreints et d'accueillir positivement des personnes aux profils variés. Le cas échéant, il peut être utile de préciser qu'il n'est pas nécessaire d'être marié ou propriétaire pour être famille d'accueil. La sélection se fera dans un deuxième temps.

❖ Ce type de campagne peut engendrer des résultats rapides, les médias ayant une forte influence sur l'opinion publique. Les services en charge des placements en famille d'accueil doivent donc être prêts à recevoir les demandes des personnes intéressées, répondre aux questions et à lancer rapidement le processus de sélection.

Pour la promotion du dispositif de familles d'accueil spécialisées pour accueillir un enfant handicapé :

Des campagnes d'information peuvent être diffusées dans des lieux où des personnes peuvent être déjà sensibilisées, familières et à l'aise avec la notion de handicap tels que :

⇒ Hôpitaux, écoles spécialisées, institutions, églises, associations de soutien aux personnes handicapées, sans oublier les personnes handicapées elles-mêmes, etc.

²⁵ En Inde, par exemple, une campagne d'affichage dans les bus interpellait directement le public en leur posant la question suivante : « Aimeriez-vous ouvrir votre foyer à un enfant privé de famille ? ».

3. Processus de recherche d'une famille d'adoption pour les enfants handicapés

Principes généraux

- ❖ Cette section s'appuie plus particulièrement sur le préambule et l'article 21 de la CDE, l'article 23 de la CDPH et la CLH-93.
- ❖ Si l'adoption est le projet de vie envisagé pour l'enfant, celle-ci devrait être réalisée en priorité au niveau national. L'adoption internationale ne devrait intervenir que de façon subsidiaire, si aucune famille n'a pu être trouvée dans le pays. Ce principe est valable pour tous les enfants, y compris les enfants handicapés.
- ❖ Des initiatives devraient être prises pour promouvoir et valoriser l'adoption nationale des enfants handicapés et sensibiliser la population à cette question, au niveau de l'État et à l'échelle de l'institution. Ces initiatives doivent être adaptées aux spécificités culturelles du pays, tout en respectant les principes reconnus et protégés par les conventions internationales. Il importe notamment qu'en toutes circonstances, l'appariement entre l'enfant et sa famille adoptive soit réalisé par un professionnel.
- ❖ Quelques pistes pour promouvoir l'adoption nationale des enfants handicapés :
 - ◆ Organisation de campagnes d'information dans les divers médias (journaux, télévision, radio, internet via réseaux sociaux, etc.) pour sensibiliser et informer la population que des enfants, y compris des enfants handicapés, sont en attente d'une famille ;
 - ◆ Organisation de campagnes d'affichage, de conférences, de débats télévisés, d'expositions de peintures et/ou de photos, diffusion de films documentaires, etc. pour lutter contre les a priori et tabous sur le handicap et valoriser les enfants handicapés aux yeux du grand public. Ces manifestations devraient faire partie d'un plan d'action national annuel et être menées avec le concours des autorités impliquées dans la prise en charge des enfants handicapés afin que toutes les questions relatives à la santé, l'éducation, la protection sociale puissent être abordées ;
 - ◆ Organisation de séances générales d'information sur l'adoption et sensibilisation des candidats adoptants aux besoins des enfants handicapés et aux possibilités d'adoption de ces enfants. Des familles ayant adopté un enfant handicapé peuvent notamment être invitées lors de ces séances afin de témoigner de leur expérience et susciter un intérêt chez les candidats adoptants. Toutefois, lorsqu'une famille candidate oriente son projet d'adoption vers un enfant handicapé ou à spécificité médicale, celui-ci devrait être discuté avec des professionnels. Les limites des candidats quant au profil d'enfant qu'ils sont prêts à adopter devraient être évaluées et des informations précises doivent être apportées aux candidats, pour éviter tout échec dans l'adoption ;
 - ◆ Mise en place d'un point d'information national (et si possible dans chaque service régional de la protection de l'enfance) afin d'informer les candidats sur les spécificités des procédures d'adoption en général et les sensibiliser sur les besoins des enfants handicapés en recherche de famille, les implications, réalités et aides mises en place pour les familles ;
 - ◆ Création de programmes spécifiquement dédiés à la recherche, au niveau national et/ou régional, de familles adoptantes pour les enfants handicapés ;

- ◆ Création d'une plateforme d'échange, lieu de parole pour les parents adoptants, pour travailler sur la parentalité ;
 - ◆ Encouragement et soutien à la mise en place d'associations de parents (dont des parents adoptants) d'enfants handicapés qui pourraient être porte-paroles de ces enfants et témoigner de leurs expériences de parents et parents adoptants ;
 - ◆ Mise en place d'aides financières étatiques pour les dépenses de santé de l'enfant handicapé adopté, en fonction des prestations médicales et/ou paramédicales proposées dans le pays (p. ex. rééducation fonctionnelle, kinésithérapie, psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, etc.). Ces aides pourraient ensuite être étendues à d'autres domaines, comme, par exemple, l'éducation.
- ❖ Si l'adoption est la solution retenue pour l'enfant, une procédure-type, adaptée aux spécificités des enfants handicapés et de leurs futures familles adoptives, est proposée ci-dessous. Cette procédure inclut l'adoption nationale et internationale.
 - ❖ Si l'adoption internationale est le projet de vie envisagé, **le pays d'accueil** doit en outre prendre les dispositions suivantes :
 - ◆ Les autorités chargées de délivrer l'agrément devraient orienter les familles qui souhaitent adopter un enfant handicapé vers les OAA partenaires ;
 - ◆ Lors de ses réunions, l'OAA devrait informer et sensibiliser les candidats adoptants aux réalités, besoins et enjeux en matière d'adoption d'enfants handicapés ;
 - ◆ L'OAA doit s'atteler à connaître au mieux le projet des familles candidates et leurs limites ;
 - ◆ Le dossier des candidats à l'adoption d'enfants handicapés devrait porter un signe distinctif (couleur différente, mention spéciale, etc.) et/ou être répertorié dans une base de données spécifique auprès de l'OAA ou de l'Autorité centrale du pays d'accueil, afin d'être identifié facilement. Le rapport socio-psychologique des candidats devrait faire état du profil d'enfant qu'ils peuvent prendre en charge en fonction de leurs capacités adoptives ;
 - ◆ L'Autorité centrale devrait être responsable du suivi des OAA spécialisés ou compétents en matière d'adoption d'enfants handicapés qui pourraient réaliser ce type d'adoption.
 - ❖ Les coûts liés à l'adoption devraient respecter les principes suivants :
 - ◆ Les différents types de frais liés à l'adoption doivent être clairs, publiquement établis et définis par l'autorité en charge. Les frais administratifs doivent être fixés par décision officielle ;
 - ◆ Chaque somme demandée aux candidats doit être répertoriée et son affectation doit être spécifiée ;
 - ◆ Tout versement doit être fait contre récépissé ou par virement bancaire ;
 - ◆ Les examens médicaux et toute prestation complémentaire (séances de kinésithérapies, psychomotricité ou autre spécialité disponible dans le pays d'origine) demandés par les candidats ou l'organisme d'adoption servant d'intermédiaire (OAA) devraient être pris en charge par ces derniers ;

- ◆ La préparation de l'enfant à son accueil par sa nouvelle famille devrait être prise en charge par les candidats (via l'OAA) et l'institution ;
- ◆ Les départements ou services intermédiaires autorisés à demander des honoraires ou des versements doivent être répertoriés officiellement ;
- ◆ Une fourchette de coûts pour les honoraires des intermédiaires privés doit être disponible et mise à jour régulièrement ;
- ◆ Les frais demandés pour les coûts des services de protection de l'enfance devraient respecter les garanties énoncées au point 5.4 du Guide n°1 de Bonnes Pratiques pour la mise en œuvre et le fonctionnement de la Convention de la Haye de 1993 sur l'adoption internationale²⁶ ;
- ◆ Si les dons liés à l'adoption sont autorisés, ils devraient respecter les garanties énoncées au point 5.5 du Guide n°1 de Bonnes Pratiques pour la mise en œuvre et le fonctionnement de la Convention de la Haye de 1993 sur l'adoption internationale.



²⁶ Ce guide est disponible sur le site internet de la Conférence de La Haye de Droit International Privé : www.hcch.net

Spécificités liées à l'Adoption Nationale	Procédure pour toute adoption	Spécificités liées à l'Adoption Internationale
	L'Autorité centrale ou compétente (l'AC) sensibilise les institutions au potentiel d'intégration familiale des enfants handicapés et met en place une formation à leur intention. Des directives doivent être rédigées à propos des procédures d'appareillement pour les enfants handicapés.	
L'AC dédie un service pour recueillir, orienter et conseiller les candidats adoptants et/ou accréditer un OAA (Organisme Accrédité pour l'Adoption) national spécialisé sur la question du handicap.		L'AC devrait choisir les pays d'accueil et les OAA avec lesquels elle souhaite réaliser des adoptions d'enfants handicapés et limiter leur nombre en fonction de ses besoins.
	Lorsqu'une institution identifie un enfant handicapé adoptable (sur le plan juridique, médical et psychosocial), elle transmet son dossier complet à l'AC ou compétente, pour que celle-ci puisse établir une liste globale des enfants handicapés en attente d'adoption dans le pays. Cette liste devrait être mise à jour régulièrement.	
	Le dossier des enfants handicapés adoptables devrait porter un signe distinctif (p. ex. couleur différente, mention spéciale, etc.) et/ou être répertorié dans une base de données spécifique afin d'être identifié facilement et en facilitant la gestion.	
	Des efforts particuliers doivent être faits pour trouver une famille prête à assurer la prise en charge de l'enfant et, lorsque l'appareillement est réalisé, la finalisation de la procédure d'adoption devrait être facilitée, tout en respectant les conditions de mise en relation, même accélérées.	

	Une famille devrait être recherchée au niveau national sur la base du dossier de l'enfant et par l'intermédiaire d'un organisme ou de l'AC. Cette recherche devrait se faire sur un temps déterminé et raisonnable. Si l'enfant déclaré adoptable a besoin d'une intervention rapide, l'AC devrait en être informée au plus vite afin qu'elle puisse traiter le cas de façon prioritaire et trouver une famille qui puisse répondre aux besoins de l'enfant.	
Un temps de réflexion raisonnable devrait être laissé à la famille candidate et sa décision devrait être transmise à l'AC afin que la procédure puisse suivre son cours. La suite de la procédure devrait être identique aux autres procédures d'adoption.		
		Si les recherches d'une famille au niveau national ont été infructueuses : L'AC ou compétente devrait communiquer le dossier de l'enfant aux Autorités centrales des pays d'accueil partenaires et/ou aux OAA partenaires afin que ceux-ci cherchent une famille adoptive adéquate et prête à adopter l'enfant.
		Sur la base d'un dossier complet de l'enfant, l'AC du pays d'origine propose le dossier à un organisme à la fois, durant un délai fixé, pour éviter tout risque lié à la compétitivité entre les OAA, la multiplicité des examens médicaux et la corruption.
		Contrairement à l'appareillement des enfants sans handicap, le pays d'origine fait confiance à un OAA pour trouver une famille adaptée aux besoins de l'enfant. L'OAA procède donc à l'appareillement sur la base du dossier complet de l'enfant et la connaissance de ses familles candidates. Dans l'intérêt supérieur de l'enfant, ces étapes devraient être réalisées dans un délai minimum, fixé au préalable, pour favoriser une prise en charge précoce de l'enfant.
	Le reste de la procédure est identique aux autres procédures d'adoption.	

Description et
compréhension du
contexte
d'intervention



Partie D

Annexes

Cette première annexe vise à décrire et appréhender le contexte de la prise en charge alternative des enfants handicapés privés de famille dans un pays donné et à faciliter sa compréhension et son évaluation. Cette partie s'articule sous forme de questionnaires, conçus pour réunir dans un même document toutes les informations nécessaires à la mise en œuvre d'une politique ou d'un projet favorisant la prise en charge des enfants handicapés en milieu familial. Pour répondre à l'ensemble des questions, une collaboration entre les différents intervenants (politiques, administratifs, professionnels de terrain) est nécessaire.

Chaque utilisateur peut toutefois utiliser les questionnaires selon ses besoins, sa fonction et sa position. Ainsi, un organisme étatique ne se servira vraisemblablement que de certains questionnaires afin de compléter les informations qu'il a déjà à disposition à l'aide des autres acteurs compétents. En revanche, un intervenant extérieur aura probablement besoin de l'ensemble du document pour établir un profil complet de la situation et évaluer le contexte et la faisabilité de son intervention. Les listes de questions pourront l'aider à orienter ses recherches et ses entretiens avec les acteurs clés de la prise en charge des enfants privés de famille en général et des enfants handicapés en particulier.

Cette annexe réunit deux niveaux d'informations :

- ❖ des informations relevant du contexte national, qui peuvent être récoltées auprès des ministères, départements et autres services administratifs compétents ;
- ❖ des informations relevant du terrain, qui peuvent être récoltées auprès des professionnels des institutions en charge des enfants et établissements de soins.

1. LE CONTEXTE NATIONAL ET LA PLACE DONNÉE AUX ENFANTS HANDICAPÉS

1.1 Profil général du pays

Population

1. Nombre d'habitants
2. Population de moins de 18 ans
3. Taux de natalité (‰/hab.)
4. Taux de fécondité (nb d'enfants/femme)
5. Espérance de vie

Situation économique

6. PIB par habitant
7. Salaire moyen et coût de la vie (en \$, € ou monnaie locale)
8. Proportion de la population vivant en dessous du seuil international de pauvreté (fixé à 1,25\$ par jour)

Situation sociopolitique et culturelle

9. Système/organisation administrative en place (système fédéral, centralisé, décentralisé, divisions régionales, etc.)
10. Religion(s) pratiquées et impact sur la société
11. Taux d'alphabétisation des adultes
12. Taux de scolarisation (global + filles)
13. Langues officielles et autres langues parlées

Situation sanitaire et sociale des enfants

14. Taux de mortalité infantile (0 à 5 ans)
15. Nombre d'orphelins
16. Nombre d'orphelins du VIH/Sida
17. Taux de filles mères
18. Taux d'enregistrement des naissances
19. Pourcentage de la population globale vivant avec un handicap
20. Proportion d'enfants handicapés
21. Taux de vaccination DTC, polio, rougeole
22. Pathologies les plus répandues (paludisme, tuberculose, VIH/Sida, etc.)
23. Taux d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale

1.2 Le système de protection de l'enfance

Système de protection de l'enfance en général

1. Quelle est la législation en vigueur (lois, décrets d'application, principes directeurs, etc.) relative à la protection de l'enfance ?
2. Quel est le Ministère, et plus précisément le département ou service, responsable de la protection de l'enfance au niveau national, régional et local ?
3. Quel est le budget de l'État alloué à la protection de l'enfance ?
4. Quels sont les cursus universitaires ou les formations proposées dans le pays en matière de protection de l'enfance ?
5. Quels sont les mécanismes et programmes concrets d'aide aux familles en situation difficile pour prévenir la séparation de l'enfant avec sa famille ?
6. Ces programmes d'aide aux familles sont-ils disponibles sur l'ensemble du territoire ?
7. Quelle est la place de la famille élargie et de la communauté dans le soutien aux familles en situation difficile ?
8. L'abandon est-il sanctionné par la loi ? Le cas échéant, quelle est la peine encourue ?
9. En cas d'abandon d'enfant :
 - a. Une enquête est-elle effectuée pour retrouver les parents ? Si oui, par quel service ?
 - b. Quelle est la durée maximale de l'enquête et quelles sont les suites possibles ?

Système de prise en charge alternative des enfants privés de famille

10. Quelle est la législation en vigueur (lois, décrets d'application, principes directeurs, etc.) en matière de prise en charge alternative ?
11. Existe-t-il des mesures pour la réintégration de l'enfant dans sa famille d'origine lorsqu'il est placé temporairement hors de son milieu familial ?
12. Quelles sont les mesures temporaires de protection à disposition (placement temporaire dans la famille élargie, accueil de jour ponctuel, placement temporaire en famille d'accueil, accueil familial groupé, placement dans une petite structure de type familial, institutions, etc.) ?
13. Quelles sont les mesures permanentes de protection à disposition (placement à long terme en famille d'accueil, adoption nationale, adoption internationale, etc.) ?
14. Les options de prises en charge alternative existantes sont-elles disponibles sur l'ensemble du territoire ?
15. Comment est choisie la mesure de protection pour chaque enfant ? Y a-t-il une procédure en place à cet effet ?
16. La situation de l'enfant est-elle régulièrement réévaluée ?

17. Si le placement en famille d'accueil existe dans le pays :
- Est-il utilisé comme une option temporaire ou à long terme ?
 - Est-il répandu dans tout le pays ?
 - Comment est-il organisé ? S'agit-il d'une initiative publique ou privée ?
 - Comment les familles d'accueil sont-elles recrutées et évaluées ?
 - Les familles sont-elles enregistrées et suivies ?
 - Les familles reçoivent-elles des subsides ?
18. Le handicap fait-il partie des causes d'abandon et de placement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Le système d'adoption

Considérations générales

19. Comment est perçue l'adoption au sein de la société ?
20. Quelle est la législation en vigueur (lois, décrets d'application, principes directeurs, standards, etc.) en matière d'adoption ?
21. Quels types d'adoption existent dans le pays ?
- Adoption nationale formelle, si oui précisez (simple, plénière, ouverte, etc.)
 - Adoption nationale informelle
 - Adoption internationale, si oui précisez (simple, plénière, ouverte, etc.)

Adoption Nationale :

22. Quelles sont les autorités compétentes en matière d'adoption au niveau national et local ? Quelle est leur composition ? Comment sont-elles régulées ?
23. Quels sont les tribunaux ou autorités compétents pour les affaires familiales et l'adoption nationale ? Comment sont-ils répartis dans le pays ? Un travailleur social fait-il partie de l'équipe des tribunaux ?
24. Combien de temps dure la recherche de candidats nationaux pour un enfant avant d'envisager l'adoption internationale ? Quelles sont les mesures prises pour promouvoir l'adoption nationale auprès du grand public ?

Du côté des enfants adoptés au niveau national :

25. Quels sont les critères d'adoptabilité d'un enfant ?
- L'accouchement anonyme est-il autorisé ? Dans ce cas, comment l'enfant devient-il adoptable ?
 - Avec le consentement des parents :
 - A partir de quand le consentement est-il autorisé (délai de réflexion après la naissance, etc.) ?
 - Le consentement doit-il être donné par les deux parents ?
 - Existe-t-il un délai de rétractation ? Si oui, quel est-il ?
 - Comment les consentements et l'adoptabilité sont-ils formalisés ?

- Sans le consentement des parents (si les parents sont inconnus ou en cas de retrait de l'autorité parentale) :
 - Quelle est la procédure de déclaration d'adoptabilité, à l'initiative de qui et par qui est-elle réalisée ?

26. Existe-t-il une procédure spécifique pour l'adoption nationale des enfants à besoins spéciaux ? Si oui, en quoi est-elle différente ?
27. Quel est le profil des enfants confiés en :
 - Adoption nationale formelle
 - Adoption nationale informelle
28. Comment la préparation de l'enfant est-elle réalisée et par qui ? Est-elle obligatoire ?

Du côté des candidats nationaux :

29. Quel est le profil des familles qui adoptent formellement des enfants au niveau national ?
30. Quelle est la procédure pour réaliser une adoption nationale ?
 - Quelle est la procédure pour évaluer la capacité et l'aptitude des familles nationales à adopter un enfant ?
 - Quels sont les conditions et les documents requis des candidats adoptants (garanties, bilan de santé, références, etc.) ?
 - En quoi consistent l'évaluation et la préparation des candidats ? Qui en est responsable ? Quelles étapes sont obligatoires ?
 - Comment l'apparement est-il réalisé et par qui ?
 - Comment se déroule la première rencontre avec l'enfant ? Comment les parents sont-ils soutenus et suivis ?
 - Une période probatoire est-elle obligatoire ? Combien de temps dure-t-elle ?
 - La décision d'adoption est-elle judiciaire ou administrative ?
31. Quel est le coût moyen d'une adoption nationale ? Existe-t-il des subventions pour favoriser l'adoption nationale ?

Adoption Internationale :

32. Quelles sont les autorités compétentes en matière d'adoption internationale ?
33. Le pays a-t-il ratifié la Convention de La Haye de 1993 sur l'adoption internationale ? Si oui, quand est-elle entrée en vigueur ?

Du côté des enfants adoptés au niveau international :

34. Les critères d'adoptabilité pour une adoption internationale sont-ils les mêmes que pour une adoption nationale ? Si non, quelles sont les différences ?
35. Existe-t-il une procédure spécifique pour l'adoption internationale des enfants à besoins spéciaux ?

Si oui, en quoi est-elle différente ?

36. Quel est le profil des enfants confiés en adoption internationale ?
37. Comment la préparation de l'enfant est-elle réalisée et par qui ? Est-elle obligatoire ?

Du côté des candidats étrangers :

38. Quels sont les principaux pays d'accueil des enfants confiés à l'adoption internationale ?
39. Quelle est la procédure pour réaliser une adoption internationale ?
 - a. Quels sont les conditions et documents requis des candidats adoptants (garanties, bilan de santé, références, etc.) ?
 - b. Comment est réalisé l'apparement et par qui ?
 - c. La préparation des candidats adoptants est-elle obligatoire et exigée par le pays ?
 - d. Une période probatoire est-elle obligatoire ? Combien de temps dure-t-elle ? Se fait-elle dans le pays d'origine ou peut-elle avoir lieu dans le pays d'accueil ?
 - e. La décision d'adoption doit-elle être prononcée dans le pays d'origine ? Dans ce cas, est-elle judiciaire ou administrative ?
 - f. Un suivi post-adoption est-il obligatoire ? Sous quelle forme est-il organisé ?
40. Quel est le coût moyen d'une adoption internationale ?

Les acteurs de l'adoption nationale et internationale

41. Quelles sont les autorités centrales et autorités compétentes ?
42. Organismes agréés pour l'adoption (OAA) des pays d'accueil :
 - a. Leur intervention est-elle permise par la loi et/ou en pratique ? Est-elle obligatoire ?
 - b. Quelle est la procédure d'accréditation des OAA ? Quels sont les critères ?
 - c. Sont-ils supervisés ? Si oui, comment ?
 - d. Combien existe-t-il d'OAA nationaux et d'OAA étrangers (pour les adoptions internationales) ?
43. Autres intermédiaires privés :
 - a. L'intervention d'autres intermédiaires privés est-elle autorisée par la loi et/ou en pratique ?
 - b. Quel est le rôle de ces éventuels intervenants ?
 - c. Ont-ils reçu une autorisation de l'État pour agir ?
 - d. Sont-ils supervisés ?

1.3 Protection et prise en charge des enfants handicapés

1. Quelle est la législation en vigueur (lois, décrets d'application, principes directeurs, etc.) relative à la prise en charge des enfants handicapés ?
2. Quel est le Ministère, et plus précisément le département ou service, responsable de la protection de ces enfants au niveau national, régional et local ?
3. Quel est le budget de l'État alloué à la protection/prise en charge des enfants handicapés ?
4. Existe-t-il des cursus universitaires ou des formations proposées dans le pays relatifs à la question du handicap ? Si oui, quels sont-ils ?
5. Des aides sont-elles proposées aux familles ayant un enfant handicapé ? Si oui, de quel type sont-elles et par qui sont-elles proposées (aides financières, équipement, aide à l'aménagement de l'espace de vie, accès aux soins spécialisés, structure d'accueil de jour, etc.) ?
6. Existe-t-il des structures d'accueil de jour conçues pour la prise en charge des enfants handicapés ?

Si oui :

 - a. Sont-elles publiques ou privées ?
 - b. Leurs infrastructures et ressources permettent-elles de fournir une prise en charge adaptée à la spécificité des enfants vivant avec un handicap ?
 - c. Permettent-elles de répondre aux besoins du pays ?
7. Comment les enfants handicapés sont-ils intégrés dans le système scolaire ?
 - a. Sont-ils intégrés dans les écoles accueillant tout type d'enfants ?
 - b. Existe des écoles ayant créé des classes spéciales pour les enfants handicapés ? Si oui, sont-elles publiques ou privées ?
 - c. Existe-t-il des écoles spécialisées pour l'éducation des enfants handicapés physiques ou mentaux ? Si oui, sont-elles publiques ou privées ?
8. Les enfants handicapés sont-ils surreprésentés dans le système global de protection de l'enfance ?
9. Existe-t-il des structures d'accueil conçues pour la prise en charge des enfants handicapés ?
 - a. Si oui, sont-elles publiques ou privées ?
 - b. Leurs infrastructures et ressources permettent-elles de fournir une prise en charge adaptée à la spécificité des enfants vivant avec un handicap ?
 - c. Permettent-elles de répondre aux besoins du pays ?
 - d. Les enfants handicapés placés sont-ils majoritairement hébergés avec les autres enfants ou dans des structures spécifiques ? Dans le second cas, quelles sont les différences entre les deux types d'institutions ?
10. Les enfants handicapés placés bénéficient-ils des mêmes options de protection que les autres enfants ?
 - a. Une procédure spécifique est-elle mise en place pour ces enfants ?
 - b. Des tentatives de réintégration familiale (y compris au sein de la famille élargie) sont-elles également menées pour ces enfants (avec une offre de soutien adapté aux familles) ?
 - c. D'autres projets de vie familiale sont-ils conçus pour ces enfants (placement permanent en famille

d'accueil, adoption nationale, adoption internationale, etc.) ? Qui est chargé de prendre cette décision pour l'enfant ?

d. Quelle proportion d'enfants handicapés placés en institution pourrait bénéficier d'un projet de vie familial si leur famille d'origine ou une autre famille étaient prêtes à les accueillir ?

11. Existe-t-il des programmes spécifiques pour faciliter la réintégration familiale, le placement familial, l'adoption nationale ou internationale des enfants handicapés ? Si oui, détaillez.

1.4 Perception des enfants handicapés

1. Quelle spécificité est considérée comme un handicap dans votre pays ?
2. Comment sont perçus les enfants handicapés au sein de la société (essayez de donner des exemples illustrant vos propos) ?
3. Y a-t-il des croyances traditionnelles et/ou des pratiques religieuses liées au handicap ? Si oui, lesquelles ?
4. Existe-t-il une politique proactive en faveur de l'insertion des enfants handicapés dans la société ? Si non, sont-ils mis à l'écart ?
5. En quoi leur intégration ou leur isolement se traduit-il concrètement ?
6. Quels enfants en institution sont considérés comme handicapés (décrivez leurs spécificités) ?
7. Le handicap est-il considéré comme une cause d'abandon dans votre pays ? Si oui, quel est le profil des enfants concernés (décrivez leurs spécificités) ?
8. Dans votre pays, le handicap est-il considéré comme un obstacle pour trouver une famille d'accueil pour un enfant ? Si oui, quel est le profil des enfants concernés (décrivez leurs spécificités) ?
9. Dans votre pays, le handicap est-il considéré comme un obstacle pour trouver une famille adoptive au niveau national ou à l'étranger ? Si oui, quel est le profil des enfants concernés (décrivez leurs spécificités) ?

1.5 Le système de soins

1. Comment est organisée la répartition des structures de soins publiques dans le pays (niveau national, régional, local) ?
 - a. Quels sont leurs lieux d'intervention ?
 - b. Quelles sont leurs prestations ?
2. La totalité du territoire dispose-t-il d'un accès aux soins ? Comment est organisé l'accès aux soins dans les éventuelles zones enclavées du pays ?
3. Existe-t-il des structures de soins spécialisées dans le domaine de la santé mentale, de la pédopsychiatrie, de la psychologie ? Quels soins dispensent-elles ?
Si oui :

a. S'agit-il de structures publiques ou privées ?

b. Où se trouvent-elles ?

c. Quelles sont leurs prestations ?

d. Quel est le nombre de patients pris en charge par an ? Quelle proportion des demandes/besoins ce nombre représente-t-il ?

4. Existe-t-il des structures de soins spécialisées dans le domaine de la rééducation ? Si oui :

a. S'agit-il de structures publiques ou privées ?

b. Où se trouvent-elles ?

c. Quelles sont leurs prestations ?

d. Quel est le nombre de patients pris en charge par an ? Quelle proportion des demandes/besoins ce nombre représente-t-il ?

5. Existe-t-il des structures de soins spécialisées pour les enfants handicapés ? Si oui :

a. S'agit-il de structures publiques ou privées ?

b. Où se trouvent-elles ?

c. Quelles sont leurs prestations ?

d. Quel est le nombre de patients pris en charge par an ? Quelle proportion des demandes/besoins ce nombre représente-t-il ?

6. Acteurs de soins

a. Les besoins en personnel médical sont-ils couverts dans l'ensemble du pays ? Quelles régions sont les moins pourvues en personnel ?

b. Les spécialités suivantes sont-elles représentées à l'échelle du pays (pédiatrie, cardiologie, gynécologie, obstétrique, radiologie, orthopédie, ORL, biologistes, neurologie, psychiatrie) ?

7. Formation

a. Combien y a-t-il de facultés de médecines dans le pays et où se trouvent-elles ?

b. Combien y a-t-il d'écoles d'infirmières et où se trouvent-elles ?

c. Combien y a-t-il d'écoles de formation spécialisées en psychologie et où se trouvent-elles ?

d. Combien y a-t-il d'école de formation spécialisée en méthodes paramédicales: kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie etc. ? Où se trouvent-elles ?

8. Comment les soins sont-ils financés ?

a. Quelle est la part de l'État ?

b. Quelle est la part assumée par le patient ?

i. Quel est le prix moyen d'une consultation pour le patient ?

ii. Quelle est le prix moyen d'une journée d'hospitalisation (en général et/ou par service si c'est connu pour les grands hôpitaux) pour le patient ?

c. Est-ce que d'autres bailleurs financent les soins ? Si oui, lesquels (donateur local, financement d'un ou plusieurs pays étrangers, d'une ou plusieurs ONG ou association, etc.) ?

9. Existe-t-il une médecine traditionnelle ? Si oui :
- Quels sont ses principaux champs d'intervention ?
 - A-t-elle un rôle dans le traitement du handicap, de la santé mentale ou psychologique ?
Si oui, lequel ?
 - A quel stade du traitement de la pathologie intervient-elle ? Est-elle plutôt utilisée en première consultation ou est-ce plutôt une solution de dernier recours ?
 - Est-elle répandue dans tout le pays ? Est-elle plus présente dans certaines régions, en milieu rural ou au sein de certaines ethnies ou groupes culturels ?
 - Quelles sont ses interactions avec le système de soins officiel ?

2. LES INSTITUTIONS

2.1 Identification des voies de recueil des enfants en institution

Cette grille devrait être remplie à plusieurs niveaux : à l'échelle nationale et à l'échelle d'une institution ; pour les enfants recueillis en général et pour les enfants handicapés recueillis

Circonstances du recueil de l'enfant en institution	Fréquence			Statistiques (si disponible)
	Rare	Courante	Très fréquent	
Enfant abandonné à la naissance à l'hôpital (jeune mère isolée, malformation de l'enfant visible à la naissance, etc.) ► <i>Enfant confié à l'institution par l'hôpital ou la maternité</i>				
Enfant trouvé dans un lieu public (sous un pont, dans un dispensaire, sur une route passante, près d'un édifice public, près d'un hôpital, etc.) ou un lieu dangereux (puits, décharge, chantier, etc.) par un particulier, un voisin ou par la police ► <i>Enfant confié à l'institution par la police ou les services sociaux durant l'enquête de police visant à rechercher les parents</i>				
Enfant abandonné ou confié en raison du manque de ressources de la famille, pour raison de santé (maladie, accident d'un parent, etc.) ou pour toute autre raison empêchant une prise en charge de l'enfant ► <i>Enfant confié à l'institution par un parent (père, mère, grands-parents, tante, etc.), les services sociaux ou les autorités</i>				
Enfant confié pour lui permettre de bénéficier de soins ou d'une formation ► <i>Enfant confié à l'institution par un parent</i>				
Enfant délaissé, négligé, maltraité ou abusé par ses parents ► <i>Enfant confié à l'institution par les services sociaux, la police ou les autorités</i>				
Enfant retiré de l'autorité parentale (abus, violences, maltraitance) ► <i>Enfant confié à l'institution par les autorités de protection</i>				
Enfant orphelin de père, de mère ou des deux parents ► <i>Enfant confié à l'institution par un membre de la famille, les services sociaux ou les autorités</i>				

2.2 Evaluation des institutions

GRILLE GÉNÉRALE

1. Quel est le Ministère, et plus précisément le département ou le service responsable de la supervision des institutions ? Quel type de suivi pratique-t-il ?
2. Combien d'institutions d'accueil et de placement d'enfants y a-t-il dans le pays ?
3. Quelle est la part d'institutions publiques, semi-publiques, privées, et d'institutions gérées par des ONG et par des congrégations religieuses ?
4. Quelle est la répartition géographique des institutions ? Combien se trouvent en capitale, dans les autres grandes villes du pays et en province ?
5. Un enregistrement ou une accréditation de toutes ces institutions est-il obligatoire ? Combien sont enregistrées et combien ne le sont pas encore ?
6. Les institutions, ou certaines d'entre elles, prennent-elles en charge uniquement des enfants en besoin d'une prise en charge alternative ou également d'autres profils d'enfants (enfants délinquants, enfants des rues, filles-mères, etc.) ? Est-ce que certaines institutions prennent également en charge des adultes vulnérables ?
7. Existe-t-il des structures spécialisées dans la prise en charge des enfants handicapés ou ceux-ci sont-ils placés dans les mêmes institutions que les autres enfants ?
8. Toutes les institutions peuvent-elles proposer des enfants à l'adoption nationale et internationale, y compris les structures spécialisées dans la prise en charge des enfants handicapés ? Ont-elles toutes une habilitation à cet effet ? Cette autorisation est-elle délimitée dans le temps ? Si oui, comment est-elle renouvelée et par quelle entité ?

GRILLE POUR L'INSTITUTION ACCUEILLANT DES ENFANTS HANDICAPÉS :

Cadre Institutionnel

Administration

9. L'institution dispose-t-elle d'un règlement interne, de statuts, de principes directeurs et/ou d'un projet d'établissement (joindre en annexe si à disposition) ?
10. L'institution a-t-elle une accréditation de l'autorité compétente ?

Personnel

11. Existe-t-il un cahier des charges pour chaque poste ?
12. Quelle est la formation des différents intervenants de l'établissement (directeur, responsables et personnel en contact direct avec les enfants) ?
13. Comment est organisé le temps de travail des assistantes maternelles ?
14. Des référents médicaux ou du personnel médical (infirmière, médecin) sont-ils présents dans l'institution ? Quelle est leur fréquence d'intervention ? Font-ils partie intégrante du personnel ou sont-ils externes ?

15. Des travailleurs sociaux et/ou des psychologues sont-ils présents dans l'institution ? Quelle est leur fréquence d'intervention ? Font-ils partie intégrante du personnel ou sont-ils externes ?
16. L'institution a-t-elle des liens avec des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'enfant handicapé (psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.) ? Si oui, sous quelle forme ? Pour quels organismes travaillent-ils ?
17. Y a-t-il une personne indépendante extérieure chargée d'évaluer les conditions de prises en charge des enfants (minimum standards) et normes de sécurité ?
18. L'institution utilise-t-elle des bénévoles (étudiants, expatriés, professionnels, etc.) ?

Infrastructure et conditions d'accueil

19. Quel est l'état général du bâtiment ?
20. Y a-t-il un accès en eau potable et en électricité dans les dortoirs et les salles de bains ?
21. Comment sont répartis les toilettes et lavabos/douches ?
22. Les enfants dorment-ils dans des lits et des berceaux ou sont-ils à même le sol ? Combien y a-t-il d'enfants par dortoir ? Les enfants peuvent-ils personnaliser leur espace ?
23. Chaque enfant bénéficie-t-il d'un espace privé (étagère, boîte de rangement, etc.) ?
24. Y a-t-il des moustiquaires sur chaque lit (s'il s'agit d'un pays dans une zone impaludée) ?
25. Quelles sont les mesures d'hygiène en vigueur ?
26. Y a-t-il une infirmerie équipée avec des médicaments de base, une balance pour peser les enfants, etc. ?
27. Y a-t-il une salle d'isolement pour les enfants atteints de maladies contagieuses ? A quelle distance se situe le centre de santé et l'hôpital les plus proches ?
28. Les locaux sont-ils adaptés à la prise en charge des enfants handicapés (rampe d'accès, sanitaires adaptés, équipement pour les séances de kinésithérapie, etc.) ?

Conditions de prise en charge des enfants

29. Quelle est la capacité d'accueil théorique/ réelle de l'institution ?
30. Quelle est la tranche d'âge des enfants pris en charge ? Quelle est la répartition par sexe ?
31. En moyenne, combien d'enfants arrivent/sortent par mois de l'institution ?
32. Comment se déroule l'accueil de l'enfant à son arrivée ?
 - a. Sur le plan psychosocial, quel accompagnement est immédiatement effectué avec la/les personne(s) qui amène(nt) l'enfant et sa famille d'origine ? Un référent est-il attribué à l'enfant ? Comment l'enfant est-il accueilli sur le plan psychique ? Un carnet de vie est-il commencé pour l'enfant ?
 - b. Sur le plan médical, quels examens et consultations sont effectués à son arrivée ? Les enfants sont-ils vaccinés systématiquement ? Un dossier médical est-il tenu pour chaque enfant ?

33. Quel est le taux de mortalité des enfants pris en charge ? Quelles sont les principales causes de décès ?
34. Quelle est la durée moyenne du séjour des enfants dans l'institution ?
35. Quel est le nombre d'enfants par assistante maternelle ?
36. Quel est le nombre d'enfants par chambre/par lit ?
37. Comment sont répartis les enfants au sein de l'institution (répartition par chambre en fonction de l'âge, du sexe, de la date d'arrivée, etc.) ?
38. Comment sont prises en charge les fratries ? Partagent-elles la même chambre ? Ont-elles des moments de vie commune ?
39. Comment sont organisées les journées des enfants ?
40. Comment sont organisés les repas ? Les enfants sont-ils portés par l'assistante maternelle pendant les biberons ? Les repas des plus grands sont-ils encadrés ?
41. Comment sont organisés les jeux ? Quelle est leur fréquence ? Sont-ils encadrés par l'assistante maternelle ou une autre personne qualifiée ?
42. Quels types de stimulations sensorielles et affectives sont prévus (portage réguliers, câlinage, chants, musique, paroles vers l'enfant) ?
43. Combien y a-t-il de télévisions dans l'institution ? Où sont-elles placées ? Leur utilisation est-elle réglementée ?
44. L'institution est-elle ouverte sur l'extérieur ? Y a-t-il une école ouverte aux enfants de la communauté ? Les enfants de l'institution sont-ils scolarisés à l'extérieur ? Des activités socioculturelles sont-elles organisées avec les enfants de l'extérieur ?

Conditions de prise en charge des enfants handicapés

45. Combien d'enfants handicapés l'institution accueille-t-elle ?
46. Quelles sont les raisons principales de leur institutionnalisation ?
47. Quelle est la durée moyenne du séjour des enfants handicapés dans l'institution ?
48. Une prise en charge spécifique, adaptée à leurs besoins, est-elle mise en place ? Si oui, en quoi consiste-t-elle (ex : présence de travailleurs sociaux et de professionnels connaissant la langue des signes, la lecture en braille, séances de kinésithérapie, d'orthophonie, etc.) ?
49. Si l'institution accueille tous types d'enfants :
 - a. Comment les enfants handicapés sont-ils intégrés dans l'institution ? Sont-ils intégrés dans les groupes des autres enfants ou sont-ils pris en charge dans des groupes séparés ?
 - b. Les enfants handicapés participent-ils aux mêmes activités que les autres enfants (par exemple des sorties culturelles, des jeux, etc.) ? Si non, pourquoi ?
 - c. Les enfants handicapés bénéficient-ils de soins particuliers ? Si oui, lesquels ?
50. Le personnel en charge de ces enfants a-t-il une formation spécifique ? Suit-il une formation continue relative au handicap ?

Elaboration du projet de vie de l'enfant

51. Quelle est la place de la famille d'origine dans la vie de l'enfant institutionnalisé (visites libres, sous surveillance, etc.) ?
52. Comment le projet de vie de l'enfant est-il évalué et déterminé ?
 - a. Par qui est-il déterminé (concertation d'une équipe pluridisciplinaire, services sociaux, tribunaux, référent de l'enfant, directeur de l'institution, etc.) ?
 - b. Sur quels critères le projet est-il élaboré ?
53. Pour les enfants handicapés définitivement privés de leur famille, une procédure particulière et spécifique est-elle mise en place ? Si oui, en quoi consiste-t-elle ?
54. Quel type de projet de vie familiale est conçu pour ces enfants (placement permanent en famille d'accueil, adoption nationale ou internationale) ?
 - a. Quelle proportion d'enfants handicapés placés pourrait bénéficier d'un tel projet ?
 - b. Pour les autres, qu'est-ce qui empêche leur adoption ou leur placement en famille d'accueil ?
 - c. Les enfants sont-ils pleinement informés de leur départ et impliqués dans la préparation de leur vie future ?

Financement

55. Quel est le budget de l'institution ?
56. Quelle est l'origine des fonds (privés ou publics) et, si elle est multiple, quelle est la répartition ? L'institution tire-t-elle une partie de ses fonds de l'adoption ?
57. Les dons sont-ils généralement donnés en nature ou en espèce ? Où sont-ils enregistrés ?
58. Quel est le coût moyen (hébergement, infrastructure, personnel, alimentation, santé, éducation, etc.) de prise en charge d'un enfant par mois et par tranche d'âge ?

2.3 Profil des enfants accueillis dans les structures d'accueil

A l'échelle du pays

1. Combien d'enfants sont placés en institution dans l'ensemble du pays ?
2. Combien d'enfants institutionnalisés sont juridiquement adoptables ?
3. Combien d'enfants institutionnalisés sont handicapés ?
4. Combien d'enfants handicapés institutionnalisés sont juridiquement adoptables ?

A l'échelle d'une institution précise

5. Combien d'enfants sont placés dans l'institution ? Combien d'entre eux sont privés de famille ?
6. Combien d'enfants placés ont la possibilité de réintégrer leur famille d'origine ? Combien d'enfants placés ont la possibilité d'intégrer leur famille élargie ou leur communauté ?
7. Combien d'enfants sont en attente d'une prise en charge familiale alternative ?
8. Combien d'enfants sont délaissés par leurs parents, mais ont quelques nouvelles et/ou visites de la famille élargie ?
9. Combien d'enfants sont délaissés par leur famille biologique, sans nouvelle ni visite ?
10. Combien d'enfants sont placés par décision judiciaire (car ils sont en danger dans leur famille) ?
11. Combien d'enfants vivent avec un handicap ou une spécificité médicale ? Parmi eux, combien peuvent réintégrer leur famille ou sont en attente d'une prise en charge familiale alternative ?
12. Combien d'enfants sont placés en raison de la tradition et/ou des pratiques religieuses (enfants sorciers, albinos, etc.) ? Parmi eux, combien peuvent réintégrer leur famille ou sont en attente d'une mesure de protection de type familiale ?
13. Combien y a-t-il de filles et de garçons ?
14. Quelle est la répartition des enfants par tranches d'âge (< 6 mois, 6-12 mois, 1-3 ans, 3-5 ans, + de 5 ans, etc.) ?
15. Combien y a-t-il de fratries placées ? Combien d'enfants ont des frères et sœurs qui ne sont pas placés et qui sont restés avec la famille d'origine ?
16. Quelle est la principale région d'origine des enfants (si connue) ?
17. Existe-t-il une ethnie plus représentée qu'une autre dans les cas de placement ?
18. Combien y a-t-il de cas d'enfants atteints de malnutrition modérée à sévère lors de leur arrivée ? Est-ce systématiquement vérifié et officiellement enregistré dans le dossier de l'enfant ?
19. Quelle est la part des enfants ayant réintégré leur famille de façon durable ? Quelle est la cause de sortie de l'institution des autres enfants ?

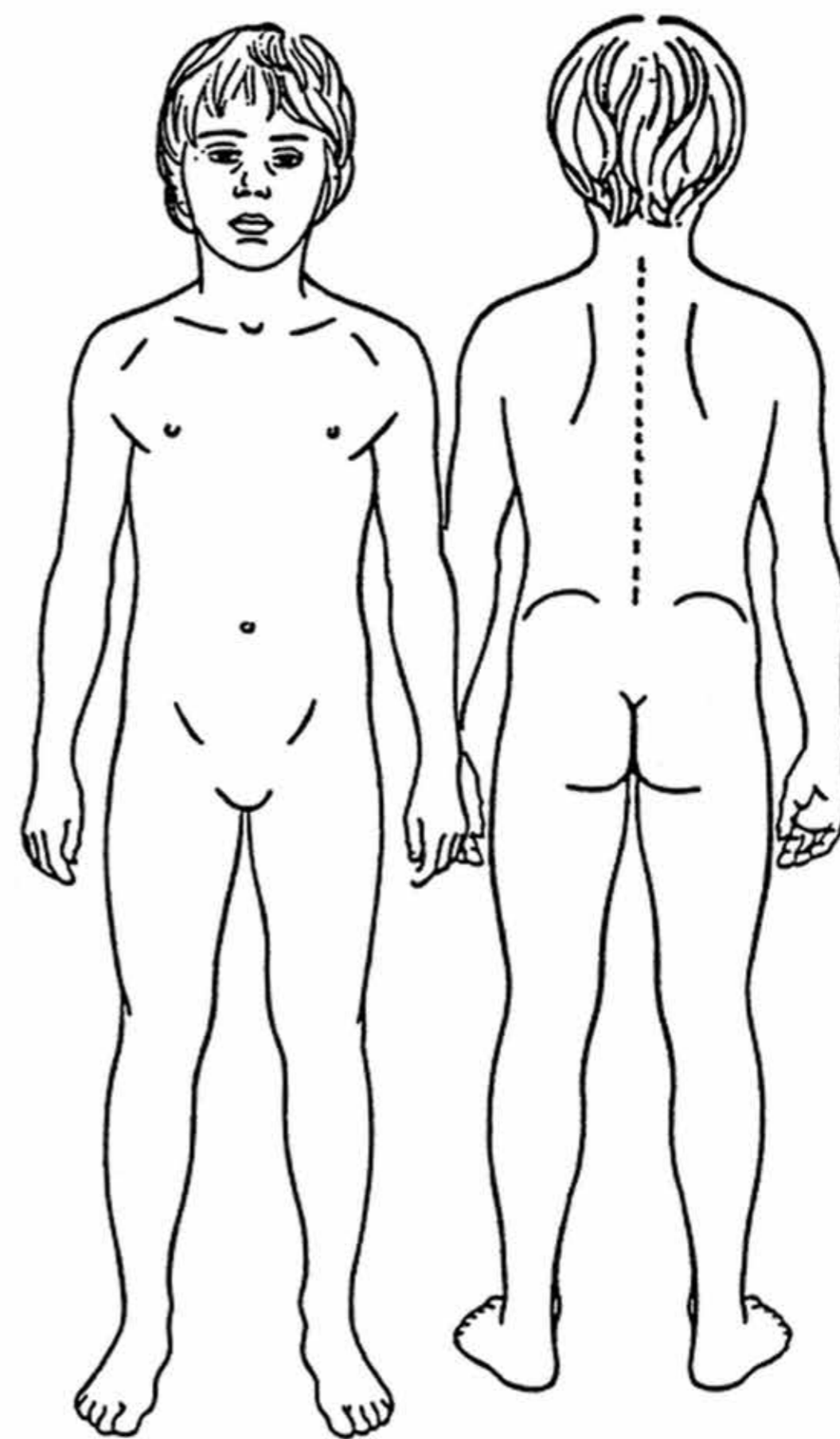
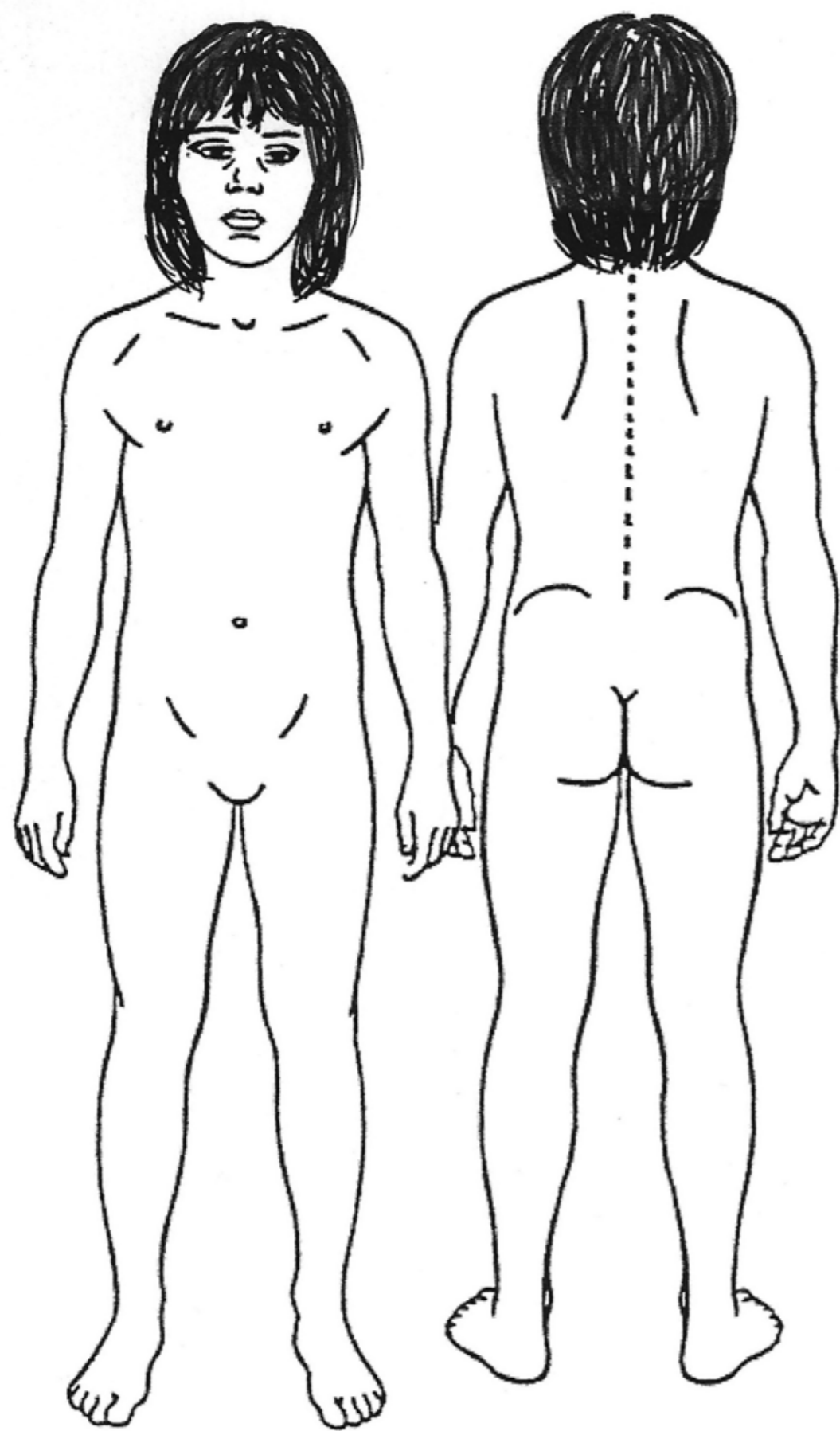
2.4 Statistiques concernant les enfants en attente d'une prise en charge familiale permanente

Cette grille peut être remplie au niveau national et à l'échelle d'une institution précise :

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre total d'enfants en attente d'une prise en charge familiale permanente					
Nombre d'enfants handicapés en attente d'une prise en charge familiale permanente					
Nombre d'enfants adoptables					
Nombre d'enfants handicapés adoptables					
Proportion d'enfants adoptables parmi les enfants placés en institution					
Proportion d'enfants adoptables parmi les enfants handicapés placés en institution					
Nombre total d'enfants placés en famille d'accueil					
Nombre d'enfants handicapés placés en famille d'accueil					
Âge moyen des enfants placés en famille d'accueil					
Nombre d'adoptions nationales formelles/an					
Estimation du nombre d'adoptions nationales informelles/an					
Proportion d'enfants handicapés adoptés au niveau national					
Âge moyen des enfants adoptés au niveau national					
Nombre d'adoptions internationales/an (et pays d'accueil principaux)					
Proportion d'enfants handicapés adoptés au niveau international					
Âge moyen des enfants adoptés au niveau international					
Nombre d'enfants adoptables depuis plus de six mois sans apparemment					
Nombre d'enfants handicapés adoptables depuis plus de six mois sans apparemment					

ANNEXES

Cartographie pour repérer les zones de sensibilité (cf. p. 39-40)



Modèle complet du dossier (cf. partie B)

ACCUEIL DES ENFANTS HANDICAPÉS EN INSTITUTION

RAPPORT D'ENTRÉE : INFORMATIONS A OBTENIR A L'ARRIVÉE DE L'ENFANT DANS L'INSTITUTION

A remplir avec la personne qui amène l'enfant pour récolter le plus d'informations possible. Il arrive que ce soient les seuls éléments que l'enfant aura de son histoire passée, il importe donc de noter tous les détails que vous pourrez observer.

Nom de l'institution où l'enfant est accueilli

Date et heure d'arrivée à l'institution

I. INFORMATIONS DE BASE SUR L'ENFANT

<p>Pour l'institution, ces éléments sont les informations de base sur l'enfant. Ils permettent d'identifier et enregistrer l'enfant et facilitent la communication avec lui et sa prise en charge.</p> <p>Pour l'enfant, ces informations constituent la base de ses origines et de son histoire.</p>	Heure et date d'arrivée à l'institution	
	Nom(s) et prénom(s) de l'enfant	
	Sexe	
	Date de naissance	
	Lieu de naissance	Hôpital <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
	Religion si connue	
	Langue maternelle	
	Lieu de vie de l'enfant avant son arrivée à l'institution (indiquer le nom de(s) institution(s) et/ou hôpital/aux concerné(s) :	<input type="checkbox"/> Avec ses parents d'origine : du..... au..... <input type="checkbox"/> Avec des proches : du..... au..... <input type="checkbox"/> Dans une autre institution : du..... au..... <input type="checkbox"/> Dans un hôpital : du..... au.....
Description physique et, si possible, photographie de l'enfant (en pièce jointe)		

II. INFORMATIONS SUR LA PERSONNE QUI AMÈNE L'ENFANT

<p>Pour l'institution, ces informations sont précieuses pour le cas où il est nécessaire de recontacter la personne qui a amené l'enfant et avoir des précisions sur les origines de l'enfant et les circonstances de son placement.</p> <p>Pour l'enfant, ces informations constituent la base de ses origines et de son histoire.</p>	Nom(s), prénom(s), sexe	
	Age	
	Adresse	
	Numéro de téléphone	
	Lien entre l'enfant et la personne (père, mère, famille élargie, police, services de protection de l'enfance, autorités locales, services des affaires sociales, etc.)	
Fonction exacte de la personne s'il s'agit d'une instance officielle		
En pièce jointe : copie de la pièce d'identité de la personne et photographie de la personne		

III. MOTIFS DU PLACEMENT EN INSTITUTION

<p>Pour l'institution, ces informations permettent de lancer rapidement les premières démarches sociales et de soutenir au mieux l'enfant dans cette étape toujours traumatisante.</p> <p>Pour l'enfant, ces informations lui apportent des renseignements sur les circonstances de son placement et lui permettront de mieux comprendre le geste de ses parents d'origine.</p>	<input type="checkbox"/> Orphelin : <input type="checkbox"/> Abandonné dans un lieu public, sans filiation connue : précisez les circonstances de l'abandon (lieu de découverte, détails, personne ayant trouvé l'enfant, etc.) <input type="checkbox"/> Retiré de l'autorité parentale par décision judiciaire <input type="checkbox"/> Confié directement par sa famille d'origine
	Si l'enfant est confié directement par sa famille d'origine, quelle est la demande des parents, si connue (placement temporaire, à plus long terme, à préciser) ?
	Si l'enfant a été amené par sa famille ou retiré de l'autorité parentale, quelles sont les raisons et circonstances du placement (pauvreté, maladie, maltraitance, etc.) ?

IV. INFORMATIONS SUR LA FAMILLE D'ORIGINE

<p>Pour l'institution, ces informations sont primordiales pour entamer le travail social et l'enquête familiale en vue de déterminer rapidement le statut juridique de l'enfant. Elles permettent d'avoir des informations sur la fratrie de l'enfant pour tenter de les réunifier s'ils sont eux aussi sous mesures de protection.</p> <p>Pour l'enfant, ces informations lui donnent des éléments essentiels pour rechercher ses origines s'il le souhaite plus tard.</p>	Nom et âge de la mère si connus	
	Nom et âge du père si connus	
	Adresse, numéro de téléphone de la mère et/ou du père	
	Origine ethnique des parents si connue	
	Etat civil, années de vie commune des parents, liens entre les parents	
	Nombre de frères/sœurs et s'il y a lieu, le rang de l'enfant dans sa fratrie	
	Ses frères et sœurs sont-ils :	
	- restés avec les parents/famille ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	- placés dans la même institution ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	- placés dans une autre institution ?	Oui <input type="checkbox"/> Nom de l' institution : Non <input type="checkbox"/>
- placés en famille d'accueil ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- autres ?		

V. HISTOIRE MEDICALE DE L'ENFANT

<p>Pour l'institution, pour assurer un suivi médical de l'enfant et une prise en charge adaptée. La personne qui accompagne l'enfant peut avoir des informations cruciales sur la santé de l'enfant, il est donc important de lui poser ces questions.</p> <p>Pour l'enfant, ces éléments permettent de connaître son développement, son historique médical et les éventuelles conséquences à long terme.</p>	Etat de santé de l'enfant à sa naissance (si connu) :	
	Poids et taille à la naissance kg cm
	Périmètre crânien à la naissance cm
	La grossesse a-t-elle été suivie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	L'accouchement s'est-il déroulé normalement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Accouchement prématuré <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
	Lieu de l'accouchement :	
	Détails connus sur l'accouchement :	
	Antécédents médicaux connus, maladies survenues par le passé, traitements spécifiques, etc. :	
Evaluation des besoins médicaux immédiats de l'enfant (état de malnutrition, déshydratation, etc.) :		
<p>Liste des effets personnels de l'enfant à son arrivée (vêtement(s), tissu(s), lettre(s), bijou(x), jouet(s), etc.) (Il est important de garder les effets personnels de l'enfant, c'est souvent son seul lien avec son passé)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

Signature de la personne qui amène l'enfant

Signature du professionnel de l'institution
chargé de l'admission de l'enfant

CONSULTATION MEDICALE A REALISER DANS LES 1^{ERS} JOURS SUIVANT L'ARRIVEE DE L'ENFANT

Cette fiche permet de connaître l'état de santé de l'enfant et entamer un suivi et une prise en charge médicale adaptée.

Ces données donnent une 1ère indication sur le développement de l'enfant.	Taille : Poids : Périmètre crânien :
La malnutrition peut induire des retards de développement.	Malnutrition : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
L'enfant est-il malade, fatigué, en forme, etc. ?	Quel est l'état de santé global de l'enfant ?
Ces éléments permettent d'organiser la prise en charge de l'enfant et prévoir les éventuelles adaptations nécessaires.	L'enfant présente-t-il un handicap visible et/ou connu à son arrivée ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : • Le(es)quel(s) et quels sont les traitements/thérapies envisagés et leur fréquence ? • Quel est l'impact du handicap sur la vie de l'enfant (vie quotidienne, autonomie, etc.)
Ces éléments permettent de prévoir les traitements adaptés pour l'enfant.	Des pathologies chroniques ou autres problèmes graves de santé de l'enfant sont-ils détectés à son arrivée ? Préciser les traitements à prévoir et leur calendrier.
Ces éléments permettent de préciser l'état de santé global de l'enfant et les éventuelles conséquences pour sa vie actuelle et future.	L'enfant a-t-il été malade par le passé ? Maladies infantiles ordinaires (coqueluche, rougeole, varicelle, rubéole, oreillons) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Veuillez indiquer l'âge de l'enfant pour chaque maladie et mentionner les éventuelles complications : Maladie le à mois/ans ; complications : Maladie le à mois/ans ; complications : Maladie le à mois/ans ; complications :

Ces éléments permettent de préciser l'état de santé global de l'enfant et les éventuelles conséquences pour sa vie actuelle et future.	Résultats des examens cliniques suivants en précisant la date : • Cutanés (faits le) • Cardio-pulmonaires (faits le) • Abdominal-pelvien (faits le) • Neurologique (faits le) • De l'appareil locomoteur (faits le) • Autres (faits le)
	Résultats des examens biologiques suivants en précisant la date : • Hémogramme (faits le) • Fer Sérique (faits le) • Dépistage de la drépanocytose (faits le) • Sérologie (HIV, Syphilis, Hépatites B et C si possible) (faits le) • Divers (faits le)

DESCRIPTION GENERALE DE L'ENFANT	
L'enfant semble-t-il désorienté, déprimé, agressif, etc. ?	Personnalité de l'enfant (caractère, comportement avec les autres enfants/adultes, sommeil, difficultés particulières, etc.). Décrivez le plus possible :
Motricité	- L'enfant s'assoit sans aide Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/> - L'enfant se déplace à 4 pattes Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/> - L'enfant se tient debout avec appui Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/> - L'enfant marche Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/>
Langage	- L'enfant commence à babiller Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/> - L'enfant dit des mots simples Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/> - L'enfant fait des phrases Oui <input type="checkbox"/> Non pas encore <input type="checkbox"/>
Interaction sociale	- L'enfant recherche le contact physique avec les adultes : Toujours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> - L'enfant communique et joue facilement avec les autres enfants : Oui souvent <input type="checkbox"/> Oui rarement <input type="checkbox"/> Non jamais <input type="checkbox"/>
Affectivité	L'enfant manifeste ses émotions (colère, peur, joie, tristesse, surprise) ? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/>
Niveau d'activité générale	Passif <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/>
Si l'enfant est à l'école :	- En quelle classe est-il actuellement ? - L'enfant sait faire un dessin : Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> N'y arrive pas <input type="checkbox"/> - Connaît-il les lettres de l'alphabet : Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> N'y arrive pas <input type="checkbox"/> - L'enfant sait lire : Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> N'y arrive pas <input type="checkbox"/>
HYPOTHESE/SUGGESTION DE PRISE EN CHARGE	
Avoir une première idée des besoins immédiats de l'enfant pour la prise en charge à court terme.

EVALUATION SYSTEMATIQUE ET REGULIERE DES ENFANTS

EVALUATION DU STATUT JURIDIQUE

Cette évaluation aide à définir le projet de vie de l'enfant en fonction de sa situation personnelle. Pour l'enfant, ces informations sont importantes pour qu'il sache ce qui a été fait pour lui.

Cet élément est le point de départ pour aider les professionnels à comprendre la situation de l'enfant et entreprendre les démarches nécessaires.	Statut de l'enfant : <input type="checkbox"/> Orphelin <input type="checkbox"/> Abandonné sans filiation connue <input type="checkbox"/> Abandonné avec filiation connue (confié par sa famille d'origine en vue de son adoption) <input type="checkbox"/> Délaissé par sa famille d'origine <input type="checkbox"/> Confié temporairement par sa famille d'origine <input type="checkbox"/> Retiré de l'autorité parentale par décision judiciaire
Pour l'institution, cela permet d'avoir une trace écrite de ce qui a été fait pour retracer la famille d'origine de l'enfant.	Détails sur l'enquête sociale (à remplir au moment où elle est réalisée) <ul style="list-style-type: none"> • Réalisée par : • Date de début de l'enquête : • Durée de l'enquête : • Les différentes étapes et actions menées :
Ces éléments permettent aux professionnels de savoir si la réintégration familiale est possible et, en fonction, d'élaborer le projet de vie de l'enfant. Pour l'enfant, ces éléments lui permettront de connaître les efforts qui ont été faits pour le réintégrer dans sa famille d'origine.	Un travail social a-t-il été mené pour tenter de réintégrer l'enfant dans sa famille d'origine ou élargie ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, qu'est-ce qui a été fait :
Conclusion datée des services compétents (copie du compte rendu à joindre en annexe)	
.....	

EVALUATION MEDICALE

Cette évaluation permet de consigner les informations importantes sur la santé de l'enfant lors de son passage dans l'institution. Elle permet d'affiner un projet de vie adapté à l'état de santé de l'enfant.

• SUIVI RÉGULIER DES DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES ET OBSERVATIONS GÉNÉRALES

(ce relevé régulier d'informations est un outil simple et efficace pour détecter les éventuels retards de développement de l'enfant)

Données Date + Age	Taille	Poids	Périmètre Crânien	Malnutrition (oui-non)	Observations générales sur le développement de l'enfant et/ou élément important à signaler et suivre

• VACCINATIONS

Vaccins		Date de vaccination	Date de rappel	Date de rappel	Date de rappel	Date de rappel
Tuberculose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Diphtérie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Poliomyélite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Hépatite B	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Autres vaccinations (p. ex. rougeole, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					

• SPÉCIFICITÉS MÉDICALES

<p>Pour l'institution, ces éléments permettent de suivre l'état de santé de l'enfant lors de son séjour.</p>	<p>Maladies survenues pendant la prise en charge de l'enfant en institution ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, veuillez préciser quelle(s) maladie(s), indiquer l'âge de l'enfant lorsqu'elle(s) est(sont) survenue(s) ainsi que les complications :</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications</p> <p>Maladie le à mois/ans ; complications</p>
<p>Pour l'enfant, ces éléments sont très importants à connaître pour sa vie future.</p>	<p>Hospitalisations de l'enfant pendant sa prise en charge en institution (date, circonstances, nom de l'hôpital et traitements donnés)</p>
<p>Pour l'institution, ces éléments sont très importants pour assurer une prise en charge adaptée, élaborer un projet de vie et, le cas échéant, trouver une famille adéquate pour l'enfant.</p>	<p>Dépistage d'un handicap / d'une spécificité médicale lors de la prise en charge de l'enfant en institution ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, veuillez préciser quel(s) handicap(s) et indiquer l'âge de l'enfant lorsqu'il(s) a(ont) été dépisté(s) :</p>
<p>Pour l'enfant et sa famille, ces éléments permettent de savoir les soins qu'il a reçu lors de son passage en institution et assurer le suivi de sa prise en charge.</p>	<p>Quels sont les traitements / thérapies envisagés et leurs fréquences ?</p> <p>L'enfant est-il suivi par un spécialiste ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui quel type de spécialiste :</p>
<p>Cet avis contribue à élaborer un projet de vie le plus adapté aux besoins de l'enfant et aider les candidats adoptants à prendre une décision pour l'enfant.</p>	<p>Avis du spécialiste ou médecin de référence sur l'évolution de la maladie / handicap de l'enfant, de l'impact pour sa vie quotidienne ainsi que sur l'évaluation des possibilités futures de vie autonome (joindre rapport) :</p>

Conclusions et avis du médecin sur le projet de vie permanent adéquat envisagé ou à envisager pour l'enfant (détailler les perspectives et risques, l'implication pour sa future famille).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUATION PSYCHOSOCIALE

Cette évaluation permet de connaître de façon précise les besoins de l'enfant, ses potentiels, ses ressources et ses difficultés. Ces éléments sont essentiels pour assurer une prise en charge adaptée et définir le projet de vie le plus adéquat pour l'enfant. Ils seront aussi utiles, le cas échéant, pour trouver une famille qui puisse répondre à ses besoins.

• **HISTOIRE AFFECTIVE DE L'ENFANT ET POTENTIELLES CIRCONSTANCES SPÉCIALES :**

Ces éléments permettent de comprendre les liens de l'enfant avec sa famille d'origine et élargie et de savoir si la réintégration de l'enfant est possible, sûre et dans son intérêt.	Nature et fréquence des contacts avec la famille d'origine :
	Evaluation des relations sociales et affectives entre l'enfant et chaque membre de sa famille d'origine (père, mère, fratrie, grands parents)
Cet élément est important à déterminer pour affiner le projet de vie le plus adapté aux besoins de l'enfant.	Evaluation des possibilités pour l'enfant de nouer de nouveaux liens familiaux si la réintégration familiale n'est pas possible :
Si l'enfant est en âge d'être consulté, il est important que soit consigné ce que pense l'enfant du projet de vie envisagé pour lui.	Compte rendu du travail de consultation avec l'enfant :

PROPOSITION ET MOTIF DE LA MESURE PERMANENTE ENVISAGÉE POUR L'ENFANT

Permet de comprendre le processus qui a mené au projet de vie de l'enfant. Ces informations sont importantes pour l'enfant et sa nouvelle famille, le cas échéant.

<p>Pour l'enfant, ces informations sont importantes pour qu'il sache que son projet de vie résulte d'un choix pris par des entités autorisées et compétentes pour le faire.</p>	Choix du projet de vie :
	Entité/s qui a/ont fait le choix du projet de vie :
<p>Pour l'enfant, ces indications permettent de comprendre pourquoi cette décision a été prise à son sujet (synthèse des différentes évaluations et avis professionnels).</p> <p>Pour les autorités compétentes, elles permettent d'avoir une trace du processus qui a mené à cette décision.</p>	<p>Motifs du choix du projet de vie (principaux éléments juridiques, sociaux, psychologiques, médicaux) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Ces éléments donnés par le personnel en charge de l'enfant, permettront aux professionnels de faciliter la recherche de la famille la plus appropriée pour l'enfant.	<p>Si le projet de vie implique la recherche d'une famille d'adoption ou d'accueil pour l'enfant :</p> <p>Orientations sur le type de famille susceptible de répondre aux besoins de l'enfant et de faciliter son insertion au sein de la société environnante (constitution de la famille, caractère, âge, etc.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Pour l'enfant et sa famille adoptante, ces éléments sont essentiels pour comprendre pourquoi l'adoption a été choisie et comment cette décision a été prise.</p>	<p>Si l'adoption est l'option envisagée pour l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • date à laquelle l'enfant a été déclaré adoptable : • entité qui a établi l'adoptabilité : • motifs de la déclaration d'adoptabilité : • circonstances et motifs du consentement à l'adoption des parents biologiques (le cas échéant) : • démarches entreprises pour trouver une famille au niveau national :

Pour l'enfant et sa famille adoptante, ces éléments sont essentiels pour comprendre pourquoi l'adoption internationale a été choisie et comment cette décision a été prise.

Pour les autorités compétentes du pays d'accueil de l'enfant, ces informations sont importantes pour établir les démarches nécessaires pour l'obtention du visa de l'enfant.

Si l'adoptabilité internationale est envisagée :

- date à laquelle cette solution a été décidée :
- entité/s qui a/ont pris cette décision :
- motifs de la décision :
- démarches entreprises pour trouver une famille au niveau international :

Avis et commentaires de l'équipe pluridisciplinaire en lien direct avec l'enfant sur le ou les projets de vie permanents adéquats pour l'enfant :

Visa de l'organe compétent
Le Directeur (Signé et cachet)

..... le
Le rapporteur (Signé)

BIBLIOGRAPHIE

Conventions

NATIONS UNIES (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*.
En ligne <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

NATIONS UNIES (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif*.
En ligne <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

Lignes et principes directeurs

L'AGENCE DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS (2008). *Principes directeurs du HCR relatifs à la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant*, pp. 1-100.
En ligne <http://www.unhcr.fr/4b151b9f2d.html>

L'AGENCE DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS (2011). *Manuel de terrain pour la mise en œuvre des principes directeurs du HCR relatifs à la DIS*, pp. 1-153.
En ligne <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4e4a57ff2>.

LA CONFÉRENCE DE LA HAYE DE DROIT INTERNATIONAL PRIVÉ (1993). *Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale*.
En ligne http://www.hcch.net/index_fr.php?act=conventions.text&cid=69

NATIONS UNIES. Résolution adoptée par l'Assemblée générale (2010). *Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants*.
En ligne <http://www.unicef.org/french/protection/files/100407-UNGA-Res-64-142.fr.pdf>

Lois

COMMISSION POUR LES ADOPTIONS INTERNATIONALES (1983). Loi n° 184 : *Droit du mineur à une famille*, pp. 1-34.
En ligne http://www.commissioneadozioni.it/media/61978/revisione_testo_legge_184_per_sito_web_cai.rt_fra.pdf

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA RÉPUBLIQUE DE LETTONIE (2002, 2005). *Art. 169. 2 of the Civil law of Latvia : family law, adoption*.
En ligne <http://www.lm.gov.lv/text/1125>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA RÉPUBLIQUE DE LETTONIE (2003). *Arts. 5. 3 and 10 of the Procedures for Adoption*.
En ligne <http://www.lm.gov.lv/text/1128>

Service Social International (nous consulter pour obtenir une copie des bulletins)

DELIGNE, I. (août 2014). L'observation piklérienne : une révolution pour les enfants placés en milieu institutionnel. *Article du bulletin du Service Social International*, n° 184, pp. 9-11.

Fiches thématiques du SSI/CIR sur la *prise en charge des enfants privés de famille, ou en risque de l'être, en besoin d'adoption ou déjà adoptés*.
En ligne <http://www.iss-ssi.org/index.php/fr/ressources/formation-et-sensibilisation#fiches-pratiques>

SERVICE SOCIAL INTERNATIONAL (août 2014). Edition spéciale : observation du jeune enfant. *Éditorial du bulletin du Service Social International*, n° 184, pp. 1-2.
En ligne http://www.iss-ssi.org/images/editorial-monthly-review/Editorials_fra/2014/Edito_2014_184Aout_fra.pdf

SERVICE SOCIAL INTERNATIONAL (janvier 2009). Perspectives globales : mise en œuvre du droit de l'enfant à la participation dans le contexte de la prise en charge alternative. *Bulletin du Service Social International*, n° 1, pp. 6-8.

SERVICE SOCIAL INTERNATIONAL (juillet 2009). Le Comité adopte l'Observation générale 12 sur le droit de l'enfant à être entendu. *Bulletin du Service Social International*, n° 7, pp. 4-5.

SERVICE SOCIAL INTERNATIONAL (mai 2010). Mise en œuvre du droit de l'enfant à être consulté : aménagement d'un climat favorable à l'expression de l'enfant (2ème partie). *Bulletin du Service Social International*, n° 5, pp. 3-4.

SERVICE SOCIAL INTERNATIONAL (juin - juillet 2010). Mise en œuvre du droit de l'enfant à être consulté (partie 3) : accueil et prise en compte de l'opinion de l'enfant. *Bulletin du Service Social International*, n° 6-7, pp. 8-9.

Autres sources

ASSOCIATION PIKLER LÓCZY. *Méthode d'Emmi Pikler*.
En ligne <http://www.pikler.fr/>

BETTER CARE NETWORK & EVERYCHILD (2012). *Enabling Reform – Why supporting children with disabilities must be at the heart of successful child care reform*. New York and London : Better Care Network & EveryChild.
En ligne http://www.crin.org/docs/Enabling%20Reform_March2012.pdf

CANTWELL, N. (2014). *The Best Interests of the Child in Intercountry Adoption*. Innocenti Insight, Florence : UNICEF Office of Research.
En ligne http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/unicef%20best%20interest%20document_web_re-supply.pdf

COUSINS, J. (novembre 2014). *Finding Families for Disabled Child*. Conférence APFEL, Genève.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF, 2004). *De-institutionalisation of Children's services in Romania*. Bucarest : MarLink.

HOPKINS-BEST, M. (1997). *Toddler Adoption : The Weaver's Craft* (1ère éd.). Mishawaka, IN, U.S.A : Perspectives Pr.

LA CONFÉRENCE DE LA HAYE DE DROIT INTERNATIONAL PRIVÉ (2008). *Guide de Bonnes Pratiques : rapport médical de l'enfant, n° 1*, annexe 7 pp. 6-13.

En ligne http://www.hcch.net/upload/adoguide_f.pdf

LA CONFÉRENCE DE LA HAYE DE DROIT INTERNATIONAL PRIVÉ (2008). *Guide de Bonnes Pratiques : réglementation des coûts de l'adoption internationale, n° 1*, pp. 66-67.

En ligne http://www.hcch.net/upload/adoguide_f.pdf

MCINTURE, J. W. (1986). Preparing Special-Needs Children for Adoption Through Use of a Life Book. *Child Welfare*, n° 65(4), pp. 373.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (Décembre 2004). *Aide-mémoire n° 352*, Handicap et santé.

En ligne <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/index.html>

SAVE THE CHILDREN ROMANIA (1997). *Reintegration of institutionalized children in their natural families*, pp. 1-6.

UNICEF (2006), Lesotho. *Guidelines & standards : residential care for vulnerable children & youth*, pp. 34-35.

En ligne http://ovcsupport.net/wp-content/uploads/Documents/Guidelines_and_standards_residential_care_for_vulnerable_children_and_youth_1.pdf

Graphisme : Cecilia STEFAÑUK.



Pour en savoir plus : www.iss-ssi.org

ISBN 978-2-9700976-4-8