

# Suivi post-adoption en CLSC

Adoption internationale



Les CLSC de la région du Bas-Saint-Laurent  
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent  
RRSSS Bas-Saint-Laurent

Mai 2002

# Ce document a été élaboré par



Danièle Couture,  
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent



Jocelyne Michaud,  
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation  
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de  
services sociaux du Bas-Saint-Laurent



Édith Samson,  
CLSC Rivières et marées

## NOTE IMPORTANTE :

Le présent document est une initiative, un travail d'équipe et de concertation entre les partenaires, CLSC, CJ et l'Agence, de la région du Bas-Saint-Laurent. Nous vous prions de ne pas reproduire ce document, ni en partie, ni en entier sans autorisation, ni en citer des extraits sans la mention complète de la source.

Cette restriction s'applique également au travail de madame Johanne Lemieux qui nous a gracieusement permis de diffuser deux de ses textes. Ceux-ci se retrouvent maintenant dans l'ouvrage « L'adoption internationale : Démystifier le rêve pour mieux vivre la réalité » publié récemment aux Éditions « Le monde est ailleurs inc. » 2002.

Document révisé : mars 2004

ISBN-2-921342-46-4  
Dépôt légal – 1<sup>er</sup> trimestre 2004  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

# Introduction

Le présent document est un guide à l'intention des intervenant(e)s concerné(e)s par le suivi post-adoption en CLSC. Il se veut un outil définissant un processus pour rejoindre, évaluer et soutenir une famille qui vient d'accueillir un enfant en provenance d'un autre pays. Ce processus s'inscrit dans le cadre d'un projet de vie pour l'enfant et vise conséquemment la santé de l'enfant et le mieux-être des familles.

L'intervention en post-adoption est retenue dans l'offre des services essentiels pour les 0-4 ans de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec (Allons à l'essentiel - Annexe I) et elle prend place, dans ce contexte, dans la continuité et la complémentarité des soins et des services en périnatalité et petite enfance du Programme régional Péri-M-êtrE .

# L'adoption internationale

## Des chiffres

Depuis le début des années 80, l'adoption internationale connaît une croissance limitée, mais incontestable. Les données recueillies au cours des dix dernières années montrent que le Québec accueille environ 850 enfants par année et la région 01 en reçoit moins de 30 (Tableau 1- données 1996-97 à 2000-01).

Tableau 1  
Répartition du nombre d'adoption internationale  
par secteurs Est et Ouest de la région du Bas-Saint-Laurent,  
pour les années 1996-1997 à 2000-2001

Années	Nombre secteur Est	Nombre secteur Ouest	Bas-Saint-Laurent
1996-1997	19	10	29
1997-1998	15	11	26
1998-1999	14	11	25
1999-2000 :	15	12	27
2000-2001	13	12	25

Compilation réalisée par Madame Danièle Couture, Secteur Adoption, CJBSL, janvier 2002



## La démarche d'adoption

Au Québec, les postulants qui s'inscrivent dans un projet d'adoption font l'objet d'une évaluation spécifique en regard de leurs capacités parentales et sont accompagnés tout au long du processus d'adoption.

Le cadre de référence L'adoption : un projet de vie précise les différentes étapes à franchir. On retrouve à l'annexe II, le processus d'intervention pour l'adoption d'un enfant domicilié hors Québec et les différents acteurs impliqués.

L'action particulière des CLSC s'amorce à l'annonce de l'arrivée de l'enfant (services post-adoption). Toutefois, au moment de leur inscription au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, une lettre est acheminée aux postulants à l'adoption les informant des services possibles en pré-adoption du CLSC de leur territoire et par les équipes pédiatriques, soit à Rivière-du-Loup ou à Rimouski.



## L'outil de référence CJ-CLSC

Cet outil se nomme Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adoption internationale, il se retrouve à l'annexe III.

## Le processus de référence

1. Normalement la Proposition de l'enfant aux adoptants (annexe V) arrive au CJBSL un à deux mois avant l'arrivée même de l'enfant. Le formulaire régional Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adoption internationale (annexe III) sera alors envoyé par la poste aux parents adoptants avec une enveloppe pré-adressée et pré-affranchie par l'intervenant(e) en adoption du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJBSL).

Les parents devront retourner le formulaire (annexe III) complété et signé au CJBSL dans un court délai. La lettre d'accompagnement est à l'annexe IV.

2. Si aucune réponse n'est reçue dans un délai raisonnable, l'intervenant(e) du CJBSL fera :
  - § une ou deux relances téléphoniques;
  - § une ultime relance si le CJ prévoit une rencontre à court terme avec la famille (i.e. 2-3 semaines après l'arrivée de l'enfant).
3. Dès que le CJBSL a reçu le formulaire (annexe III) complété et signé, la référence est envoyée par télécopieur au CLSC.

Afin d'assurer la confidentialité, les numéros de télécopieur pour chacun des CLSC sont les suivants :

Réseau Santé Kamouraska :

CLSC Les Aboiteaux : Saint-Pascal : (418) 492-5742

Réseau de santé et de services sociaux des Basques :

Centre de santé nord : (418) 851-1946 (Line Lavoie)

Réseau de santé du Témiscouata :

CLSC Cabano : (418) 854-0660 (Camilla Castonguay)

CLSC Dégelis : (418) 853-3852 (Yolaine Dubé)

CLSC Lac-des-Aigles : (418) 779-2744 (Dorothée Cyr)

CLSC des Frontières : (418) 859-3484 (Lisette Marchand)

CLSC Rivières et marées : (418) 867-8943

CLSC de la Vallée : (418) 629-2644

CLSC de Matane : (418) 562-8524

Centre mitissien de santé et de services communautaires :  
(418) 775-1241

CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette : (418) 727-5466

4. Le CJ conserve dans ses dossiers le formulaire original signé (annexe III).



# Le suivi post-adoption offert par le CLSC

Le CLSC aura à identifier l'infirmière ou les infirmières qui s'occupera(ront) des suivis post-adoption.

## Le suivi à l'arrivée de l'enfant

- § À la réception de la Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adoption internationale (annexe III), l'intervenante prendra contact avec la famille adoptante pour se présenter, faire l'offre de services (visite systématique, vaccination, autres rencontres selon les besoins, etc.) et prendre rendez-vous avec la famille.

Si l'enfant n'est pas arrivé, l'infirmière peut répondre à des besoins exprimés par les futurs parents.

- § La visite systématique post-adoption. Cette visite systématique se réalise le plus tôt possible à l'arrivée de l'enfant, idéalement dans les 2 premières semaines après l'arrivée de l'enfant.

Les buts de cette visite sont de :

- § évaluer certains éléments physiques de l'enfant;
- § transmettre une information sur des facteurs d'adaptation de l'enfant;
- § vérifier le processus d'attachement;
- § répondre aux besoins spécifiques des parents et de l'enfant;
- § transmettre ou rappeler aux parents adoptifs l'existence des groupes locaux de parents adoptifs.

Pour faciliter la cueillette de données, un outil élaboré par madame Édith Samson, infirmière au CLSC Rivières et marées est en annexe VI.

Pour mieux connaître ou cerner rapidement la réalité de l'adoption ou certains aspects particuliers de la cueillette de données, deux sections du site Québecadoption.net sont incluses à l'annexe VII.

- § Le CLSC fera un retour d'information au CJBSL en utilisant la section réservée à cet effet au bas du formulaire Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adop-



tion internationale (annexe III). Cette même information devrait aussi être transmise systématiquement aux médecins concernés.

## Le suivi subséquent

Le CLSC assure, dans le cadre des services de soutien parental offerts, le soutien, l'accompagnement et la référence en fonction des besoins des familles. La vaccination fait partie de ce suivi (annexe XI).

Un programme d'aide spécifique ou spécialisé en post-adoption internationale destiné aux parents adoptants dont les enfants présentent des difficultés d'intégration familiale ou sociale ou des problèmes d'ordre émotif, psychologique ou comportemental n'est pas développé dans le présent document. Madame Johanne Lemieux, travailleuse sociale, a développé une expertise dans ce domaine. Elle peut être rejointe aux coordonnées suivantes :

Bureau de consultation en adoption de Québec  
851 rue des Cormiers  
St-Jean-Chrysostome (Québec) G6Z 2M8

Tél. : 418-834-1093  
matoma@globetrotter.qc.ca

## Les collaborateurs

### Les médecins

#### Les coordonnées

##### Secteur EST du territoire

Clinique de pédiatrie de Rimouski  
Pédiatre répondant : Dr Yvan Bélanger  
161 rue Rouleau  
Rimouski (Québec) G5L 5T3

Téléphone : (418) 724-4221  
Télécopieur : (418) 725-3025

##### Secteur OUEST du territoire

Clinique pédiatrique de Rivière-du-Loup  
Pédiatre répondant : Dr François Déziel  
75 rue Saint-Henri, 1<sup>er</sup> étage (Pavillon Alphonse Couturier)  
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4

Téléphone : (418) 868-1010 poste 839  
Télécopieur : (418) 868-1032



Ces équipes médicales peuvent recevoir les postulants en pré-adoption et assurer un suivi dès les premières semaines d'arrivée de l'enfant au pays. Les parents sont informés de ces services par l'envoi d'une lettre de l'intervenant(e) du CJBSL concernant les services pré et post-adoption (annexe VIII). Les parents adoptifs prennent contact avec les équipes médicales selon les modalités mentionnées.

L'évaluation médicale de l'enfant se fait en fonction de l'âge de l'enfant. Des examens de laboratoire sont demandés et les pédiatres revoient, enfant et parents, 5 à 6 semaines plus tard afin de transmettre les résultats. Un contact plus rapide est fait si un problème est identifié. Deux visites sont ainsi minimalement réalisées. Le médecin de famille prend la relève par la suite à moins de difficultés particulières demandant un suivi plus spécialisé.

## Circulation de l'information entre le CLSC et l'équipe pédiatrique :

Le CLSC enverra une copie de la Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adoption internationale (annexe III) à l'équipe pédiatrique concernée de la région qui assurera ce premier suivi. Cette copie autorise la transmission de l'information entre les médecins et les autres professionnels concernés des établissements. La section CLSC de ce formulaire pourrait alors être complétée si la visite à domicile a été réalisée. Si ce n'est pas le cas, cette information plus spécifique devra être acheminée plus tard. Tout suivi particulier se fera sous une base d'information verbale pour accélérer le processus et éviter les délais. Toutefois, chaque professionnel(le) devra s'assurer d'inscrire dans ses dossiers respectifs le moment et l'objet de ces communications.

## Les regroupements locaux de parents adoptifs

Deux regroupements existent dans la région au moment de la rédaction de ce document :

Secteur Est du territoire :  
Regroupement de parents d'adoption internationale  
de l'Est du Québec

Secteur Ouest du territoire :  
Association Enfants d'ailleurs, Familles d'ici

L'objectif principal de ces regroupements est de permettre aux parents d'échanger, de partager sur leurs réalités et de créer des liens (voir les dépliants à l'annexe IX).



# Bibliographie

Bernier, Nicole et Jocelyne Michaud. Péri-M-êtrE. Programme régional de services intégrés en périnatalité et petite enfance. DSPPÉ, RRSSS Bas-St-Laurent. Décembre 2000. 67 pages.

L'Association des CLSC et CHSLD du Québec. Allons à l'essentiel. Offre minimale de services de base en CLSC aux familles, aux enfants et aux jeunes de 0-17 ans. 2001.

MSSS. L'adoption un projet de vie. Cadre de référence en matière d'adoption au Québec. Gouvernement du Québec. 1994. 87 pages.

Société canadienne de pédiatrie. Guide des soins aux enfants et adolescents néocanadiens. Société canadienne de pédiatrie. 1999. 224 pages. (pour achat voir annexe X).

## Sites WEB

Québecadoption.net  
<http://www.quebecadoption.net>

Secrétariat à l'adoption internationale du Québec  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/adoption/>

Abandon, adoption, autres mondes  
<http://www.meanomadis.com>

## Outils pour les parents

Bouchard, Karine et collaborateurs. Vous m'accueillez dans votre famille! La prévention des infections. Document destiné aux familles d'accueil. Éditions de l'Hôpital Ste-Justine. 2000. 19 p. (ISBN 2-922770-41-9). Coût : 4,75 \$.





# Annexes

- Annexe I : L'offre des services essentiels pour les 0-4 ans – sommaire (Allons à l'essentiel).
- Annexe II : Le processus d'intervention pour l'adoption d'un enfant domicilié hors Québec (L'adoption : un projet de vie).
- Annexe III : Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adoption internationale.
- Annexe IV : La lettre d'accompagnement Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adoption internationale.
- Annexe V : La Proposition de l'enfant aux adoptants.
- Annexe VI : Un outil de cueillette de données.
- Annexe VII : Information sur les caractéristiques de l'enfant adopté et les pièges qui guettent les nouveaux parents adoptifs.
- Annexe VIII : Lettre concernant l'évaluation médicale envoyée par l'intervenant(e) du CJBSL.
- Annexe IX : Dépliants des regroupements locaux de parents adoptifs.
- Annexe X : Information : Guide des soins aux enfants et adolescents néocanadiens.
- Annexe XI : Mémorandum « Adoption internationale et vaccination au retour ». (Renée Roussel)
- Annexe XII : Mémo « Adoption internationale – Guide mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans – Édition 2003-2004 ». (Jocelyne Michaud)

## L'offre des services essentiels pour les 0 - 4 ans – sommaire

### Des transitions pour l'enfant et la famille

- § grossesse et naissance de l'enfant;
- § adoption d'un enfant;
- § développement rapide de l'enfant : marche, langage, propreté;
- § fin du congé parental : le retour au travail demande une réorganisation de la vie;
- § entrée en milieu de garde de l'enfant.

### Certaines conditions de vie difficiles

- § pauvreté des familles, sous-scolarisation, isolement social;
- § parents jeunes, notamment les parents adolescents;
- § déficience physique ou intellectuelle : selon Statistique Canada, la prévalence de jeunes (0-17 ans) souffrant d'un handicap physique représente 5,6 % de la population. Pour la déficience intellectuelle, le groupe de travail du MSSS (1999) fait état d'un taux de prévalence dans la population américaine de 3%;
- § problème de langage : environ 15% des enfants de 0 à 5 ans présentent des problèmes de langage et de communication dont 3% à 5% souffrent de difficultés sévères (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1998).
- § tout autre problème (ex. : santé mentale).

### Principaux objectifs d'intervention

- § s'assurer de l'état de santé des enfants et de leur développement;
- § dépister les retards de développement du langage et les troubles du comportement auprès des enfants et intervenir;
- § apporter du soutien aux parents et encourager le développement des compétences parentales;
- § favoriser un environnement sain et sécuritaire.

### Principaux partenaires

- § les médecins, sages-femmes et centres hospitaliers : référence des femmes lors de la grossesse et de la naissance;
- § la santé publique;
- § le Centre jeunesse : arrimage des services principalement pour les aspects de négligence, d'abus physique et d'abus sexuel;
- § le Centre de la petite enfance : des discussions avec le ministère de la Famille et de l'Enfance sont en cours afin d'élaborer un projet d'entente cadre qui prenne en compte la présente offre de services essentiels;
- § le Centre local d'emploi (CLE) : référence des femmes enceintes par le Bureau de la sécurité du revenu;
- § les organismes communautaires (familles);
- § les centres de réadaptation physique et intellectuelle (DP, DI).

### Les mesures proposées

Objectifs	Services
<b>Mesures à caractère universel</b>	
1. Promouvoir la santé du nourrisson et de la mère ainsi que l'adaptation des familles	1.1 contact avec les futurs parents 1.2 rencontres prénatales consultation à domicile systématique après la naissance ou l'adoption (internationale)
2. Prévenir les maladies	2. vaccination de base et consultation aux parents
3. Contrôler les problèmes de santé	3. soutien santé aux services de garde
4. Assurer une intervention précoce de soutien et d'aide	4.1 services de consultation psychosociale 4.2 services préventifs en orthophonie 4.3 soutien aux compétences parentales
5. Développer le soutien communautaire aux familles	5. action intersectorielle et communautaire
<b>Mesures à caractère sélectif</b>	
6. Intervention intensive pour réduire les problèmes vécus	suivi intensif des familles en difficulté pour les 0-2 ans (NEGS, OLO) intervention de stimulation précoce et groupes parents-enfants pour les 2-4 ans répét-dépannage
7. Soutenir l'adaptation des enfants présentant des troubles du développement (DI, DP, autisme)	7. accompagnement des familles ayant un enfant présentant des troubles du développement (DI, DP, autisme)

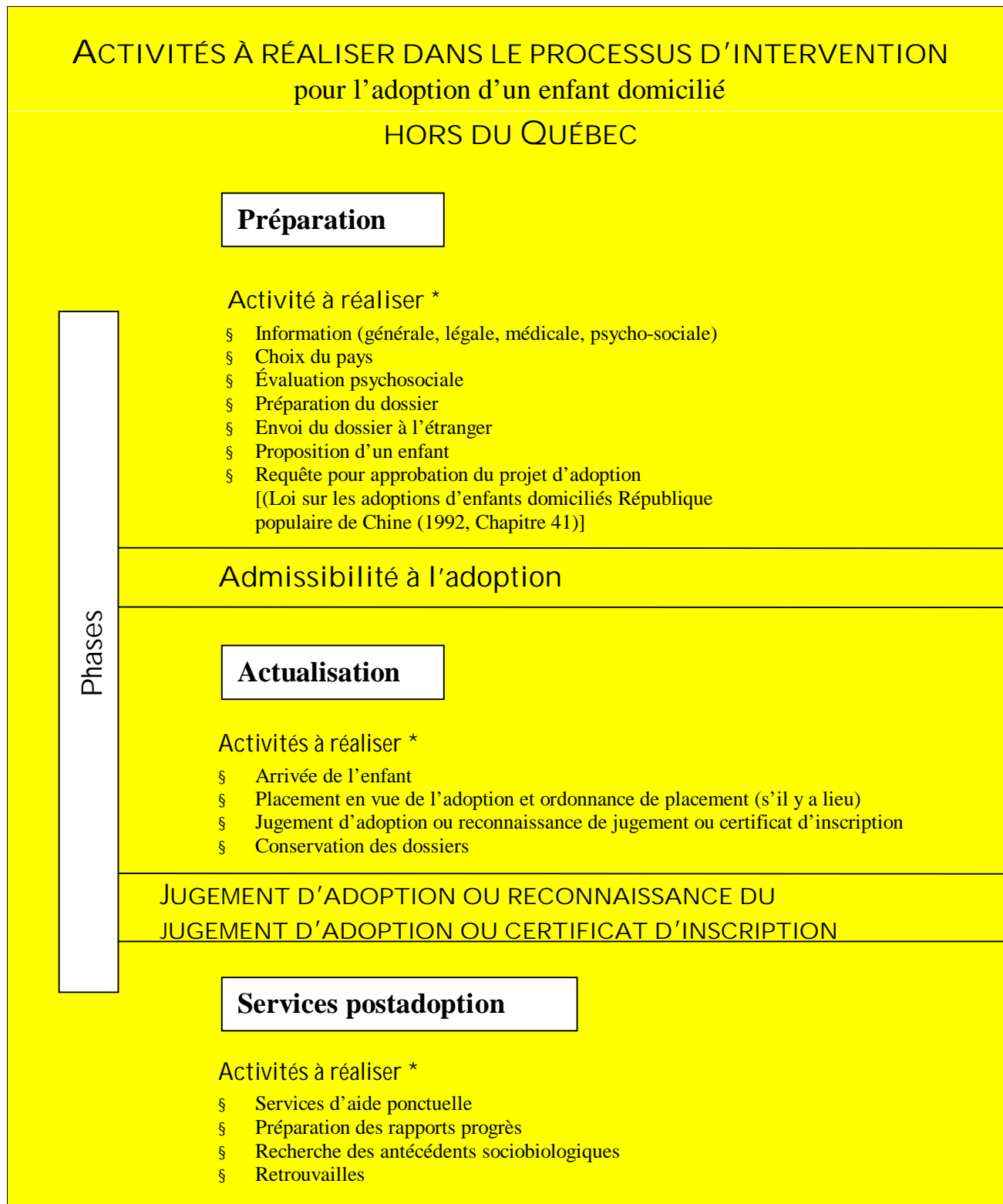
## L'offre de services pour les 0 – 4 ans

Service à caractère universel s'adressant à l'ensemble de la population sans égard à des facteurs de risque particuliers			
Objectifs visés	Services offerts	Ressources requises	Modèle de dispensation
<p><b>(1)</b> <b>Promouvoir la santé du nourrisson et de la mère ainsi que l'adaptation des familles</b>, en favorisant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ l'allaitement maternel;</li> <li>§ lien d'attachement parents-enfants;</li> <li>§ sécurité et développement de l'enfant, adaptation de la fratrie;</li> <li>§ habiletés parentales;</li> <li>§ implication du père.</li> </ul>	<p><b>(1.1)</b> <b>Contact</b> par une infirmière, dès réception de l'avis de grossesse, avec tous les futurs parents pour dépistage et information sur les services disponibles en CLSC et dans la communauté.</p> <p>Proposition d'une offre de services, le cas échéant</p>	<p><b>(1.1)</b> 20 minutes par contact pour un nombre estimé de 72 500 naissances, soit : 25 0000 heures services-infirmières. <b>Postes requis : 21</b> <b>Coût * : 1 424 585 \$</b></p>	<p><b>(1.1)</b> Responsabilité du CLSC en partenariat avec les sages-femmes, les médecins généralistes, les obstétriciens et les gynécologues.</p>
	<p><b>(1.2)</b> <b>Rencontres prénatales</b> (8) pour 85% des primipares (40% des naissances) : 24 650 femmes enceintes rejointes.</p>	<p><b>(1.2)</b> 3 heures services-infirmières par rencontre avec 10 couples participants, pour un total de 59 160 heures services-infirmières. <b>Postes requis : 50</b> <b>Coût * : 3 371 138 \$</b></p>	<p><b>(1.2)</b> Responsabilité du CLSC. Le CLSC est le dispensateur du service.</p> <p>Il faut adapter ce service pour la clientèle défavorisée.</p>
	<p><b>(1.3)</b> <b>Consultation postnatale (ou postadoption) systématique</b> par une infirmière. Cette consultation a lieu à domicile et inclut les activités dans le cadre des congés précoces.</p>	<p><b>(1.3)</b> Une visite de 1h30 par famille pour 72 500 naissances et 900 adoptions : 110 100 heures infirmières. <b>Postes requis : 93,3</b> <b>Coût * : 6 273 872 \$</b></p>	<p><b>(1.3)</b> Responsabilité du CLSC en partenariat avec les CH, le Secrétariat à l'adoption internationale et les organismes de soutien à l'allaitement, de marrainage, de soutien à l'adoption ou ceux à vocation familiale.</p>
<p><b>(2)</b> Prévenir l'apparition de maladies évitables par <b>l'immunisation et dépister les besoins</b> pour le développement de l'enfant et l'adaptation de la famille.</p>	<p><b>(2)</b> <b>Vaccination de base</b> lors de cliniques offrant dépistage, information, soutien à l'allaitement et soutien parental. <b>Vaccination à 2-4-6-12-18 mois</b> et pour le <b>rappel entre 4-6 ans</b>.</p>	<p><b>(2)</b> 30 minutes par vaccination. Avec un taux actuel de vaccination en CLSC de 55 % (idéalement on devrait viser 75 %) pour chacune des 6 doses de vaccin : 119 625 heures services-infirmières. <b>Postes requis : 101</b> <b>Coût * : 6 816 639 \$</b></p>	<p><b>(2)</b> Responsabilité partagée en CLSC avec les médecins. Chaque CLSC voit à s'associer au secteur communautaire pour le soutien à l'allaitement et le soutien au parent.</p>

\* Incluant les ressources administratives et d'hôtellerie.

**Source :** L'Association des CLSC et CHSLD du Québec. Allons à l'essentiel. Offre minimale de services de base en CLSC aux familles, aux enfants et aux jeunes de 0-17 ans. 2001. p. 19-20.

**Le processus d'intervention pour l'adoption d'un enfant hors Québec**



- La chronologie des activités à réaliser peut différer selon les situations. De plus, certaines de ces activités ne sont pas nécessaires dans toutes les situations.

## CONTRIBUTION DES ACTEURS DANS LE PROCESSUS D'INTERVENTION POUR L'ADOPTION D'UN ENFANT DOMICILIÉ HORS DU QUÉBEC

ACTEUR	PHASES DU PROJET				
	PRÉPARATION	ADMISSIBILITÉ	ACTUALISATION	JUGEMENT	SERVICES- POSTADOPTION
Secrétariat à l'adoption internationale (SAI)					
Association					
Organismes agréés (ex. : Soleil des Nations, Formons une famille, Enfants du monde, etc.)					
Centre jeunesse					
Avocats					
Juge					
Professionnels de pratique privée					
CLSC					

**Note :** Les lignes en gras indiquent une contribution majeure des acteurs correspondants.

N.B. Certaines adoptions peuvent être réalisées par des contacts privés (contacts familiaux ou autres). Dans ces cas, le SAI doit quand même autoriser l'entrée de l'enfant au pays. Mais cette façon de faire ne fait pas partie du processus régulier et reconnu. Ce type d'adoption ne sera donc pas référé par le Centre jeunesse. Toutefois, cette clientèle peut être connue du CLSC et dans ce cas, elle doit bénéficier des mêmes services postadoption du CLSC.

**Source :** MSSS. L'adoption un projet de vie. Cadre de référence en matière d'adoption au Québec. Gouvernement du Québec. 1999. P. 57-58.

*Ces tableaux ont été modifiés légèrement pour inclure des changements plus récents ou pour faciliter la compréhension.*


**Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent**

- Services sociaux de protection et de réadaptation
- Services sociaux aux jeunes contrevenants

## DÉCLARATION D'ARRIVÉE D'UN ENFANT EN SITUATION D'ADOPTION INTERNATIONALE

Nom primaire de l'enfant : _____		Pays d'origine : _____	
Date de naissance : _____		Date prévue d'arrivée : _____	
IDENTIFICATION DES PARENTS ADOPTANTS			
MÈRE	PÈRE		
Nom, prénom : _____	Nom, prénom : _____		
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____		
Occupation : _____	Occupation : _____		
Scolarité terminée : _____	Scolarité terminée : _____		
Adresse : _____			
Tél. : (rés.) _____	Mère (trav.) : _____	Père (trav.) : _____	
Avez-vous déjà donné naissance ou adopté un enfant?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Né du couple 1 <sup>er</sup> enfant : Date de naissance : ____/____/____	2 <sup>ème</sup> enfant : Date de naissance : ____/____/____		
Adopté 1 <sup>er</sup> enfant : Date d'arrivée : ____/____/____	2 <sup>ème</sup> enfant : Date d'arrivée : ____/____/____		
Nombre d'enfants au domicile : _____			
INTERVENANT-E RESPONSABLE AU DOSSIER AU CJBSL			
Nom de l'intervenant-e : _____		No tél. : _____	
CONSETEMENT DES PARENTS			
<p>Pour favoriser la continuité des services et des soins, nous acceptons que les renseignements apparaissant au présent formulaire soient transmis par le CJBSL au CLSC. Nous autorisons également la transmission d'information liée à la santé et au bien-être de l'enfant entre le CLSC, l'équipe pédiatrique et le Centre jeunesse.</p>			
_____ Signature de la mère	_____ Signature du père	_____ Date	
SUIVI RÉALISÉ PAR L'INFIRMIER-E DU CLSC			
Une fois cette partie complétée, le formulaire doit être retourné au Centre jeunesse et à l'équipe pédiatrique.			
Date du premier contact : _____		Date de la visite systématique post-adoption : _____	
Intervention(s) réalisée(s) par le CLSC : _____			
_____			
_____			
Nom du CLSC : _____		Tél. : _____	
Nom de l'intervenant : _____		Date : _____	



- Services sociaux de protection et de réadaptation
- Services sociaux aux jeunes contrevenants

Le

Madame  
Monsieur  
No, Rue  
Ville (Québec) Code postal

OBJET : Déclaration d'arrivée d'un enfant

Madame, Monsieur,

Nous avons été informé par le Secrétariat à l'adoption internationale de la proposition de l'arrivée de votre enfant originaire de \_\_\_\_\_.

Afin de vous permettre de bénéficier des services post adoption offerts par le CLSC de votre territoire, nous vous acheminons le formulaire « *Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adoption internationale* » avec les données déjà disponibles.

Lorsque vous aurez complété les renseignements demandés, veuillez retourner le formulaire dans l'enveloppe ci-jointe. Dès réception, nous transmettrons les informations au CLSC de votre territoire et une intervenante de la santé entrera en contact avec vous pour déterminer une date de rencontre.

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour de plus amples informations. Nous vous remercions de votre collaboration. Recevez, Madame, Monsieur, nos salutations les plus sincères.

Intervenant-e  
Service Adoption

p.j. Formulaire  
Enveloppe de retour

Source : Suivi post-adoption en CLSC/CJBSL

DESTINATAIRES : Ministère des Relations avec les citoyens  
et de l'Immigration du Québec

Citoyenneté et Immigration Canada

Objet: Projet d'adoption d'un enfant domicilié hors du Québec  
Numéro Dossier :

---

Madame, Monsieur,

Le projet d'adoption de madame et de monsieur  
résidant à l'adresse suivante:

au sujet de l'enfant:

domiciliée à l'adresse suivante:  
région de Kemerovo, Russie

a été porté à la connaissance du Secrétariat à l'adoption internationale.

Aux fins de l'application de l'article 24.1 du Règlement sur la sélection des ressortissants étrangers (R.R.Q. 1981, chap. M-23.1, r.2) et de l'article 6 (1)c) du Règlement sur l'Immigration de 1978 (C.P. 1978-486 modifié), le Secrétariat à l'adoption internationale déclare avoir été informé que des dispositions sont prises par le garant pour accueillir cet enfant mineur et ne pas connaître de motif d'opposition.

La secrétaire à l'adoption internationale,



Luce de Bellefeuille

mars 2002

MRCI QUÉBEC – CJ BAS ST-LAURENT

# Collecte de données



## Visite systématique post-adoption

DATE DE LA VISITE

ENFANT	
Nom : _____	Nom primaire : _____
Date de naissance : _____	Date d'arrivée : _____
Pays d'origine : _____	Rang dans la fratrie : _____
Numéro de dossier (CLSC) : _____	Nb d'enfant(s) : _____ / _____
	Biologique      Adopté

### Identification des parents adoptants

MÈRE	PÈRE
Nom : _____	Nom : _____
Numéro de dossier : _____	Numéro de dossier : _____
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
Scolarité terminée : _____	Scolarité terminée : _____
Occupation : _____	Occupation : _____
Tél. au travail : _____	Tél. au travail : _____
Adresse : _____	
Tél. au domicile : _____	
Personne contact : _____	Lien : _____
Adresse : _____	Tél. : _____

### Suivi médical

Pédiatre : _____	Tél. : _____
Médecin de famille : _____	Tél. : _____

## État général de l'enfant

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Circonférence crânienne : \_\_\_\_\_  
cf : Tableau courbe de croissance

- Cheveux : \_\_\_\_\_
- Yeux : \_\_\_\_\_
- Nez : \_\_\_\_\_
- Oreilles : \_\_\_\_\_
- Bouche, langue : \_\_\_\_\_
  - État des muqueuses : \_\_\_\_\_
  - Présence de muguet : \_\_\_\_\_
  - Dentition : \_\_\_\_\_
- Organes génitaux : \_\_\_\_\_
- Membres inférieurs : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- État de la peau : \_\_\_\_\_
  - Taches mongoliennes : \_\_\_\_\_
  - Parasite : \_\_\_\_\_
- Respirations : \_\_\_\_\_
  - Toux (syndrome tuberculeux) : \_\_\_\_\_
- Pleurs : \_\_\_\_\_
- Élimination : \_\_\_\_\_
  - Mictions : \_\_\_\_\_
  - Selles : \_\_\_\_\_
  - Diarrhée (peut-être dû au stress, changement) : \_\_\_\_\_
  - Entraînement à la propreté : \_\_\_\_\_
- Sommeil : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Terreur nocturne : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Cauchemar : \_\_\_\_\_

## État général de l'enfant (suite)

Autres particularités : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Maladies connues (voir également maladie possible du pays d'origine) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examens sanguins (Hép. B, VIH, etc.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vaccination : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vaccination antérieure : \_\_\_\_\_  
Information sur la vaccination : \_\_\_\_\_

## Développement psycho-moteur (voir Denver)

Réaction aux sons : \_\_\_\_\_

Regard : \_\_\_\_\_

Motricité : \_\_\_\_\_

Langage : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stimulation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Particularité : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Nutrition

■ Biberon :	_____	Succion :	_____	Durée :	_____	Fréquence :	_____
■ Lait artificiel utilisé :	_____						
■ Alimentation solide :	_____						
	_____						
■ Particularité :	_____						
	_____						

## Hygiène

■ Soins à l'enfant:	_____						
	_____						
■ Aspect des lieux :	_____						
■ Particularité :	_____						
	_____						

## Sécurité

■ Couchette :	_____	Siège d'auto :	_____
■ Poussette:	_____		
■ Autres :	_____		
	_____		

## Histoire familiale antérieure à l'adoption

■ Éléments connus :							
De la grossesse et de l'accouchement :	_____						
	_____						
De la fratrie :	_____						
	_____						
Du temps en « institution » :	_____						
	_____						

## Premier contact

■ Comment s'est passé :

Le premier contact : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le voyage: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'accueil à l'aéroport: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Depuis votre arrivée : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bons moments vécus : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Difficultés rencontrées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Perception

■ De votre enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

■ De soi-même (mère) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

■ De soi-même (père) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Relations familiales

■ Avec la conjointe : \_\_\_\_\_

■ Avec le conjoint : \_\_\_\_\_

■ Avec les autres enfants : \_\_\_\_\_

■ Avec les grands-parents : \_\_\_\_\_

■ Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Attachement parental

- Adaptation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Liens : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Importance de prendre du temps avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Prise de congé parental : \_\_\_\_\_
- Date du retour au travail : \_\_\_\_\_
- Encadrement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Particularité : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Réseau d'aide à domicile

- Aide du père: \_\_\_\_\_
- Aide de la parenté : \_\_\_\_\_
- Autres: \_\_\_\_\_
- Référence auxiliaire familiale : \_\_\_\_\_
- C.A.B. : \_\_\_\_\_
- Aide-parents : \_\_\_\_\_
- Garderie : \_\_\_\_\_
- École : \_\_\_\_\_
- Nom de l'organisme d'adoption : \_\_\_\_\_
- Groupe d'entraide de parents adoptants : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Aspects légaux

<p>■ Où sont rendues les démarches? : _____ _____</p> <p>■ Importance de les finaliser : _____</p> <p>■ Carte d'assurance-maladie : _____ Citoyenneté canadienne : _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Suivi et/ou références à faire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Périnatalité/Formulaires/Collecte de données (visite post-adoption), Avril 2002

## La santé de l'enfant adopté : les problèmes de santé à craindre

Pays - région	À quoi s'attendre ou ce qui est possible
<b>Amérique centrale et du sud</b>	Enfants mis à l'adoption après avoir été achetés Sous-estimation de l'âge des enfants
<b>Amériques</b>	Hépatite B
<b>Asie du sud-est</b>	Enfants mis à l'adoption après avoir été achetés Hépatite B
<b>Bosnie</b>	Guerre civile Stress post-traumatique
<b>Colombie</b>	Famine, désastre, pauvreté
<b>Corée</b>	Enfants prématurés
<b>Chine</b>	Politique de l'enfant unique (seulement des filles sont disponibles) Substitution d'enfants Ségrégation ethnique et handicaps Malnutrition protéino-calorique Rachitisme Déficience en iode Contamination au plomb et aux radiations
<b>Chine du Sud (Yunan)</b>	Infection au VIH
<b>Fédération russe</b>	Dossiers falsifiés Ségrégation ethnique et handicaps Sous-estimation de l'âge des enfants Malnutrition protéino-calorique Rachitisme Privation socio-affective et syndrome alcoolo-fœtal Contamination au plomb et aux radiations
<b>Haïti</b>	Enfants mis à l'adoption après avoir été achetés Substitution d'enfants Malnutrition protéino-calorique Hépatite B Infection au VIH
<b>Honduras</b>	Famine, désastre, pauvreté
<b>Inde</b>	Enfants de la rue, prostitution et esclavage
<b>Mexique</b>	Famine, désastre, pauvreté
<b>Pakistan</b>	Enfants de la rue, prostitution et esclavage
<b>Roumanie</b>	Enfants mis à l'adoption après avoir été achetés Dossiers falsifiés Ségrégation ethnique et handicaps« Sous-estimation de l'âge des enfants Malnutrition protéino-calorique Rachitisme Hépatite B Infection au VIH Privation socio-affective et syndrome alcoolo-foeta Contamination au plomb et aux radiations  Sur les problèmes de santé des enfants roumains dans le passé, vous pouvez consulter les résultats d'une <a href="#">étude canadienne</a> (en anglais). Toutefois, la situation s'est peut-être améliorée.
<b>Rwanda</b>	Guerre civile Stress post-traumatique
<b>Taiwan</b>	Enfants prématurés
<b>Thaïlande</b>	Enfants de la rue, prostitution et esclavage Infection au VIH
<b>Vietnam</b>	Famine, désastre, pauvreté Déficience en iode Infection au VIH Contamination au plomb et aux radiations

Source 4

Note du webmestre :

Ce tableau ne signifie pas que tous les enfants de ces pays auront ces problèmes ni que les enfants des autres pays sont absents de problèmes. Il s'agit comme le dit le magazine Protégez-vous de « certaines situations et certains problèmes (qui) sont plus fréquents qu'ailleurs ».



# Pour l'infirmière du CLSC



Famille :

<input type="checkbox"/>	Réception de Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adoption inter-nationale : _____ Date
<input type="checkbox"/>	Premier contact téléphonique avec la famille : _____ Date
<input type="checkbox"/>	Intervention avant l'arrivée de l'enfant (facultative) : _____ Date
<input type="checkbox"/>	Autre(s) contact(s) téléphonique(s) avant l'arrivée de l'enfant (si nécessaire) : _____ _____
<input type="checkbox"/>	Visite systématique post-adoption (à l'arrivée de l'enfant) : _____ Date
<input type="checkbox"/>	Transmission à la clinique pédiatrique du formulaire Déclaration d'arrivée d'un enfant en situation d'adoption internationale : q autorisation pour la transmission de l'information et du suivi : _____ q autorisation pour la transmission de l'information seulement : _____ q suivi seulement : _____
<input type="checkbox"/>	Suivi spécifique réalisé auprès de la famille : _____ _____
<input type="checkbox"/>	Communication avec : q Infirmière q Pédiatre q Autre(s) professionnel(s)
<input type="checkbox"/>	Autorisation pour la vaccination
<input type="checkbox"/>	Référence au groupe d'entraide de parents adoptants

# Les 12 caractéristiques de l'enfant adopté

1. L'instinct du survivant
2. L'incomparable
3. Les sommeils difficiles
4. L'enfant Téflon ou Velcro?
5. La reproduction de leurs modèles de survie
6. Le développement en escalier
7. La phase de régression
8. Le séducteur ou l'indifférent
9. La peur exagérée du rejet et de l'abandon
10. La non permanence des choses
11. La fragilité dans leurs besoins primaires
12. L'instinct du petit saumon

Notre expérience en post-adoption auprès des enfants nous a amenées à identifier certaines caractéristiques propres aux enfants adoptés. Il s'agit des caractéristiques qui s'appliquent surtout aux 0-12 ans, même si certaines caractéristiques peuvent demeurer toute la vie, comme le fait d'être fragile dans ses besoins primaires. Par ailleurs, plusieurs enfants biologiques peuvent présenter les mêmes comportements, mais ce que nous constatons chez les enfants adoptés, c'est l'intensité, la généralisation et la fréquence de ces réactions.

## 1. L'instinct du survivant

Nos enfants par adoption sont tous d'extraordinaires survivants. Depuis leur conception, ils ont survécu physiquement et émotivement à une série d'obstacles qui défient l'imagination lorsqu'on s'y arrête pour y réfléchir un moment.

In vivo : ils ont survécus à une grossesse assurément difficile : malnutrition probable de la mère biologique, absence de suivi prénatal, fortes possibilités de stress de la mère quant à son avenir et à l'avenir de l'enfant, possibilités d'exposition à des contaminants (drogue, alcool, produits chimiques en agriculture et en usine), possibilités d'exposition à des maladies infectieuses (sida, hépatite et autres maladies transmises sexuellement).

Lors de l'accouchement : les circonstances de la naissance, à part de rares cas d'accouchement sous supervision médicale, ont dû aussi être assez difficiles, avec des séquelles autant pour l'enfant que pour la mère : souffrance fœtale due à un travail trop long, manque d'oxygène etc.

Premiers jours après la naissance : a-t-il été nourri et soigné convenablement ? A-t-il eu peur ? Froid ou mal ? Comment s'est vécu la séparation avec la mère : dans le calme ? Ou dans la violence ?

Le moment de l'abandon : la nuit, seul dans un lieu public où il s'est réveillé en pleurant ? Pour combien d'heures avant d'être trouvé ?

La qualité des soins chez une famille substitut ou dans un orphelinat: y avait-il suffisamment de nourrices pour leur donner un peu de tendresse, d'attention ? La nourriture était-elle suffisante ? De bonne qualité ? A-t-il été soigné en cas de fièvre, irritation aux fesses ? A-t-il été changé régulièrement ? A-t-il subi "seulement" de la négligence affective ou pire a-t-il été frappé, blessé, attaché? Combien de temps a-t-il passé à l'orphelinat? Des jours? Des mois? Des années ?

Pourquoi a-t-il été choisi pour être adoptable ? Parce qu'il était malade ou parce qu'il était en bonne santé ? Comment a-t-il vécu le premier contact avec ses nouveaux parents : comme bizarre? Menaçant ? Un arrachement aux gens qu'il aimait ?

Autant de questions sans réponses qui nous indiquent cependant la course à obstacle incroyable que l'enfant a dû franchir avant de trouver une famille . D'ailleurs dans le milieu de l'adoption on s'entend pour dire que pour environ dix enfants qui arrivent à l'orphelinat (on ne sait pas combien d'autres ne sont même pas arrivés là) un seul sera finalement adopté.

## 2. L'incomparable

Sans le vouloir les amis, la famille et même certains intervenants de la santé peuvent faire la vie dure aux nouveaux parents en comparant toujours l'enfant adopté aux enfants biologiques. Que ce soit dans la courbe de croissance ou l'âge dit "normal" de la propreté ou les habiletés psychomotrices la comparaison peut inutilement inquiéter les parents. Durant les premiers 6 mois après son arrivée, il faut se faire à l'idée qu'il sera "incomparable" et ce dans plusieurs sens du mot. Il sera incomparable car il ne correspondra pas à ce qu'un enfant du même âge né et élevé au Québec «doit être». Il sera aussi incomparable car dans ces premiers 6 mois à 12 mois, il se développera à un rythme extraordinaire si on tient compte de son état au premier jour de l'adoption. Ainsi comme parents, il faut toujours se recentrer, ne pas se laisser blesser ou déstabiliser par les remarques des autres. Il faut toujours comparer son enfant à lui-même. Nous seul savons vraiment le chemin qu'il a parcouru depuis son adoption.

## 3. Les sommeils difficiles

Durant la première année mais souvent bien au-delà, les enfants adoptés vivent et font vivre à leurs parents des nuits difficiles! Refus de s'endormir, terreurs nocturnes, énurésie, cauchemars fréquents, sommeil agité sont choses courantes et prévisibles en adoption. La qualité du sommeil d'un enfant est le reflet de sa santé physique et de son état émotif. C'est la nuit que le cerveau et le corps se nettoient de leurs fatigues et de leurs émotions. Les enfants adoptés ont à accomplir des tâches énormes durant le jour : apprendre une langue nouvelle, s'approprier à des odeurs, des sons, des couleurs nouvelles, entrer en relation affective avec de nouvelles personnes, se laisser aimer, approcher etc. Cette réalité actuelle s'ajoute à des ancrages dans leur passé comme avoir été abandonné en pleine nuit, avoir entendu des bébés pleurer toutes les nuits à l'orphelinat, avoir eu faim, soif ou mal la nuit sans être consolé ou soigné car le personnel était réduit la nuit. Un adulte y perdrait son latin comme on dit ! Nous avons tous eu des nuits agitées avant un examen, une entrevue. Comme adulte c'était difficile de contrôler ces nuits agitées alors il est bien difficile de demander à un enfant de le faire.

## 4. L'enfant Téflon ou Velcro?

Lorsqu'ils arrivent dans notre vie, les enfants se situent généralement dans une des deux catégories : téflon ou velcro! C'est à dire soit ils vont s'accrocher désespérément à nous comme un bébé koala dans la fourrure de sa mère ou encore ils vont sembler nous ignorer et avoir une relation très utilitaire avec nous. Ni un ni l'autre de ces comportements ne sont souhaitables. Un enfant Velcro n'est pas un gage d'un attachement

instantané ou d'une relation saine à long terme et un enfant Téflon n'est pas non plus le gage que cet enfant ne s'attachera jamais à vous. Durant la première année, il y aura une ambivalence entre ses deux modes de fonctionnement : parfois Velcro parfois Téflon. Il ne faut pas s'inquiéter outre mesure durant les premiers mois surtout si l'enfant a été adopté après l'âge de 12 mois. Par contre, si après un an ces comportements perdurent de façon très intense, il faudra penser à explorer la possibilité qu'il s'agisse de symptômes de troubles plus ou moins graves de l'attachement.

## 5. La reproduction de leurs modèles de survie

Si votre enfant a des comportements que vous considérez étranges, hors normes ou agaçants ou «incompréhensibles», il y a de fortes chances qu'il reproduise une habitude ou des comportements qui l'ont aidé à survivre. S'il se «brasse» pour s'endormir, c'est sans doute la façon dont il s'est «autobercé» parce que personne ne le faisait pour lui. S'il attire toujours l'attention avec des mauvais coups, il est fort possible qu'il est obtenu l'attention des adultes seulement lorsqu'il était tannant. S'il cache de la nourriture c'est qu'il en a manqué et qu'il n'est pas certain d'en avoir demain. Alors, au lieu de voir ce comportement comme une nuisance, il faut d'abord l'accueillir comme une preuve de sa créativité, de son instinct de survie. Il faut ensuite le rassurer qu'il n'a plus à faire cela maintenant, que vous êtes là comme parents pour répondre à ses besoins, qu'il n'est plus seul pour s'occuper de lui-même.

## 6. Le développement en escalier

Le développement physique, émotif, social et cognitif d'un enfant ne se fait pas de façon continue et linéaire. C'est encore plus vrai chez les enfants adoptés. Nous avons constaté qu'ils ont encore plus tendance à se développer par longues étapes où rien ne semble évoluer puis «tout à coup» se mettre à parler, marcher, bien dormir, manipuler des objets avec dextérité, etc.

Certains parents vont s'inquiéter de ce processus. Il ne faut pas surtout pendant les deux ans après l'arrivée de l'enfant. Comme nous l'avons expliqué, un enfant adopté arrive souvent très fragilisé dans ses besoins fondamentaux : manger à sa faim, boire, se sentir en sécurité physique, créer un lien de confiance et d'attachement avec ses nouveaux parents. La réponse à ses besoins est prioritaire pour cet enfant et il ne peut pas passer aux autres étapes comme l'apprentissage du langage ou de l'écriture avant d'être très sécurisé dans les besoins de bases. Certains parents oublient cela et se concentrent beaucoup trop tôt sur l'acquisition d'apprentissages car ils sont inquiets que l'enfant arrive à la garderie ou à l'école et ait trop de "retard" par rapport aux autres enfants. Il faut être très patient et très vigilant à ne pas laisser nos propres inquiétudes nous faire oublier l'essentiel : le bonheur plutôt que la performance.

## 7. La phase de régression

Parce qu'ils ont très souvent été fragilisés dans leurs besoins fondamentaux (revoir la pyramide de Maslow), les enfants adoptés ont des phases où ils semblent perdre subitement leurs acquis. En situation de stress ou de changement, ils vont recommencer à uriner au lit, après un déménagement, par exemple. Ils vont recommencer à faire des crises d'insécurité épouvantable, après un séjour à l'hôpital. Ils vont oublier comment écrire alors qu'ils sont en deuxième année, à l'arrivée d'un autre enfant dans la famille.

Ceci peut décourager un parent qui a mis tant d'effort pour aider l'enfant à s'adapter. Le parent peut se demander s'il est fautif, si ce qu'il a fait n'a rien donné, etc. De façon générale, ces phases de régressions sont un pas en arrière pour prendre un élan afin de «sauter» plus loin. Mais il faut les décoder, les comprendre et ne pas se laisser abattre.

## 8. Le séducteur ou l'indifférent

Les enfants adoptés sont très souvent des enfants très charmants voire même charmeurs! Ils savent quoi faire et quoi dire pour attendrir et séduire les adultes. On peut supposer qu'ils reproduisent dans le présent une formule gagnante pour eux dans le passé. Ils ont ainsi obtenu l'attention minimale nécessaire de la part des nourrices par exemple.

Par contre ces comportements peuvent rester parfois très superficiels et l'enfant peut devenir totalement indifférent si l'adulte veut créer trop vite une véritable intimité affective avec lui. S'il n'est pas prêt à vivre cette intimité il repoussera l'adulte ou pire deviendra carrément agressif. Ceci peut dérouter un parent ou un proche. L'enfant demande de façon charmante qu'on s'occupe de lui et le repousse dès qu'on s'occupe vraiment de lui. Il faut se rappeler que l'enfant a reçu une petite cuillère d'affection chaque jour avant son adoption, il peut se sentir étouffé ou carrément noyé si on lui offre un immense pichet à la fois!

## 9. La peur exagérée du rejet et de l'abandon

Une chose est certaine : la grande majorité des adoptés, grands ou petits, ont une sensibilité extrême face à toutes situations où ils perçoivent une forme de rejet ou pire un risque d'abandon. Des adultes adoptés très jeunes au Québec et qui ont vécu dans des familles aimantes, nous en témoignent régulièrement. Ils ont des rêves récurants où une personne chère ne vient jamais les chercher à l'école, après le travail, etc. Toute forme de critiques même constructive est vécue comme un blâme, un rejet. Certains ont des difficultés à faire confiance et sont très "indépendant " émotivement : je ne m'attache pas donc je n'aurais pas mal! D'autres n'arrivent pas à avoir des relations amoureuses durables car dès que le couple devient intime ils préfèrent quitter tout de suite plutôt que de prendre le risque d'être laissé un jour par l'autre.

Chez les jeunes enfants, cela se manifeste par le besoin de toujours demander à quelle heure et qui viendra les chercher à la garderie ou à l'école. Ou par les besoins de toujours insister pour que tous les membres de la famille soient toujours ensemble, dans la même chambre, dans la même voiture, etc. Cela peut durer des mois ou des années.

## 10. La non permanence des choses

Tous les êtres humains envisagent le futur à partir de la réalité de leur passé. Par exemple un homme ou une femme qui a été trompé(e) par de nombreux amoureux auront beaucoup de difficulté à croire à l'amour, à l'engagement sincère. Une personne âgée qui a vécu la grande dépression des années 30, gardera toujours son bas de laine sous son matelas plutôt que de déposer son argent à la banque, etc. Au moment de son adoption, un enfant a vécu au moins (parfois beaucoup plus) à deux endroits : avec sa mère biologique et ensuite dans son milieu substitut. Dans sa courte vie, il s'est habitué puis a été arraché à deux milieux. Le voilà maintenant dans un troisième ! Si le passé est garant du futur, il se dira que ce n'est que temporaire comme les autres fois ! Il y a donc un décalage énorme entre l'engagement et la certitude du parent, pour qui il est absolument certain que l'enfant demeurera "toujours" avec lui, et la perception de l'enfant qui s'attend, avec une forte probabilité, de repartir bientôt ou un jour !

Ceci déroute aussi beaucoup les parents lorsque par exemple l'enfant demande tous les jours, sans cesse, s'ils l'aiment ou si l'enfant devient exagérément terrorisé lorsqu'on le dispute, même pour une petite faute. Cela fait qu'ils sont aussi très facilement fragilisés et anxieux devant tout changement : déménagement, changement de garderie, changement de chambre, séparation des parents, etc.

Il faut donc constamment se mettre dans leur peau et trouver correct que rien ne soit permanent pour eux. Il faut répéter notre amour inconditionnel, faire la différence entre un comportement que l'on ne veut pas et lui

que l'on aime malgré ses petits écarts de conduite. Il faut être d'une grande stabilité dans nos habitudes de vie, le milieu de garde, les écoles, les maisons, etc.

## 11. La fragilité dans leurs besoins primaires

Il ne faut pas être dérouter par certains comportements qui perdurent chez les enfants. Ils sont simplement le signe de l'ampleur des blessures invisibles. Certains parents s'étonnent qu'une enfant âgée de 10 ans et adoptée à 18 mois cache parfois encore de la nourriture. Ceci n'est que la douloureuse confirmation qu'elle a eu bien faim. Alors au lieu qu'elle le fasse en cachette et dans la honte, pourquoi ne pas lui offrir d'avoir toujours une barre tendre dans un tiroir de chambre par exemple. Vous l'accueillez dans son besoin et vous évitez aussi les mauvaises odeurs ou surprises!

## 12. L'instinct du petit saumon

Le questionnement et la compréhension des origines varient selon l'âge émotif et mental de l'enfant puis de l'adulte. Cette recherche n'a pas la même importance et signification pour tous. À preuve la plupart des adoptés québécois ne font pas de demandes de retrouvailles et ce même si depuis 1984 la loi le leur permet.

Cependant, pour certains, ce besoin de savoir devient une quête avec une signification énorme. Comme le saumon, ils sont prêts à se briser les nageoires sur les roches et de se rendre au bout de leur énergie vitale pour avoir une réponse à cet instinct de retour aux sources. Ce besoin est souvent interprété par le parent comme un désaveu de la relation adoptive, comme un échec de l'amour mutuel. Les parents pensent à tort qu'ils ne l'ont pas assez aimé, qu'ils n'ont pas assez réparé le passé, qu'ils vont perdre quelque chose de spécial avec l'enfant s'il le laisse ou l'encourage à retourner dans son pays. Certains parents veulent aussi éviter à l'enfant de souffrir, d'être déçu s'il ne trouve pas les réponses ou l'objet de son désir.

Il faut donc comme parent se préparer mentalement à accepter cette étape. La meilleure façon est de régler nos contentieux et notre «logique privée» avec les parents biologiques de nos enfants et ce même si, en Chine par exemple, les chances de retracer les parents biologiques seront bien minces. Si comme parent adoptif nous considérons les parents biologiques comme faisant partie de notre vie, comme ayant été et étant encore des personnes significatives pour nos enfants, nous n'éviterons pas l'éveil de l'instinct du «petit saumon» mais nous le vivrons d'une façon beaucoup plus constructive. Un refus de la légitimité de cette quête peut vraiment mettre en péril la qualité de la relation parent-enfant. Alors qu'une ouverture sincère ne peut que l'enrichir.

Michelle Bernier,  
Johanne Lemieux  
travailleuses sociales, octobre 1999.  
Bureau de consultation en adoption de Québec  
418-834-1093  
<mailto:webmestre@quebecadoption.net>  
<http://www.quebecadoption.net>

© Copyright 1997 Gilles Breton - Johanne Lemieux - Tous droits réservés.  
Ce document a été préparé par le Bureau de Consultation en Adoption de Québec  
et il ne peut pas être reproduit sans la permission des deux auteurs:  
Johanne Lemieux et Michelle Bernier, travailleuses sociales, [matoma@globetrotter.qc.ca](mailto:matoma@globetrotter.qc.ca)  
URL = <http://www.quebecadoption.net/adoption/postadopt/caractenfant.html>

Dernière mise à jour :  
Le samedi 5 janvier 2001

# Les douze pièges qui guettent les nouveaux parents adoptifs

1. Le mythe de l'attachement mutuel instantané
2. Le syndrome de réparation
3. Le piédestal
4. La lune de miel
5. C'est merveilleux! Il est bien partout!
6. J'en veux! J'en veux!
7. Je suis enfin parent, alors pourquoi je me sens triste?
8. Je pensais avoir réglé ça!
9. On s'entendait si bien avant!!!
10. L'amour peut tout arranger!
11. L'inavouable déception
12. Je souligne la différence, j'ignore la différence

Choisir de fonder une famille en adoptant, c'est toute une aventure! Il y a des moments de doute, d'émerveillement, d'angoisse, de frustration avant, pendant mais aussi après l'arrivée de l'enfant. Devenir parent adoptif, c'est d'abord et avant tout devenir parent tout court. Cependant, pour se sentir compétent comme nouveau parent adoptant, il y a des spécificités que l'on doit comprendre, des outils différents pour remplir le même rôle.

Hors, il y a très peu de littérature ou de services disponibles pour outiller spécifiquement les nouveaux parents adoptants. C'est comme dans les contes où toutes les difficultés se terminent avec l'arrivée de l'enfant tant désiré! Pourtant la réalité est trop souvent bien différente et les parents risquent de tomber dans plusieurs «pièges» qui peuvent avoir des conséquences assez graves pour eux et leur enfant. Voici les dix pièges les plus fréquents en adoption.

## 1- Le mythe de l'attachement mutuel instantané

Ce mythe vient de l'époque où les parents québécois qui désiraient adopter étaient invités à visiter les crèches des orphelinats. On leur disait «celui qui vous tendra les bras, c'est le vôtre». Ce mythe origine aussi d'un autre mythe: celui qui prétendait que lorsqu'une mère accouche, dès qu'elle voit son enfant, c'est l'amour automatique.

L'expérience nous démontre que chaque cas est unique et se vit de façon unique. Les sentiments positifs ou négatifs qui sont ressentis très intensément au moment du premier contact, ne sont ni la garantie du succès, ni de l'échec de l'attachement et de l'amour. Une adoption, tout comme une naissance, c'est la rencontre de deux êtres totalement différents. Ils ont désespérément besoin l'un de l'autre, mais tout est à faire, à bâtir. Tout comme en amour, cela peut être un coup de foudre ou se construire très lentement.

Une autre page du site est justement consacrée à [l'attachement au nouvel enfant](#).

## 2- Le syndrome de réparation

En plus de la possibilité que l'appropriation demande du temps, les parents adoptifs doivent aussi composer avec la culpabilité, très irrationnelle, de ne pas avoir été là pour leur enfant avant l'adoption. Plus l'attachement mutuel se concrétise, plus ils constatent les petites insécurités, les problèmes de santé, les retards causés par le manque de stimulation, et plus ils se disent: «Cela n'arriverait pas si j'avais été là depuis sa

naissance et même avant !» Ceci est particulièrement vécu par les parents d'enfants plus âgés car «l'absence» a été plus longue.

Rationnellement, les parents veulent être réalistes, aider sans mettre de pression, ne pas avoir trop d'attentes. Mais émotivement, plusieurs parents peuvent vivre un profond sentiment d'échec ou d'impuissance ou de frustration devant tous les efforts demandés à l'enfant pour «rattraper le temps perdu» et l'amener rapidement au niveau de développement où il serait s'il avait été avec eux depuis sa naissance. C'est ce que nous appelons le syndrome de réparation, c'est-à-dire, l'illusion qu'avec assez d'amour, de temps, d'effort, nous pourrions effacer les blessures du passé.

### 3- Le piédestal

Lorsque des parents adoptifs sont confrontés à des problèmes de comportement, de retard scolaire, d'instabilité émotive de leur enfant, ils essaient d'abord de se débrouiller seul, comme tout le monde. Par contre, lorsque ces problèmes dépassent les compétences de base et qu'ils doivent consulter un professionnel, certains parents hésitent, attendent trop, s'épuisent par peur d'être mal jugés.

Après tout se disent-ils, contrairement aux parents « ordinaires », ils ont été évalués comme ayant les capacités nécessaires pour être des parents adéquats! Alors pourquoi se sentent-ils si incompetents face à ce problème? Ils ont peur de se faire dire : «Vous avez tout fait pour avoir cet enfant! Débrouillez-vous maintenant !!»

### 4- La lune de miel

Parfois le premier contact, les premiers jours se passent tellement bien. L'enfant est calme, docile, semble heureux. Tout est parfait et les parents pensent que la partie est gagnée, qu'ils sont faits l'un pour l'autre et que cela va toujours continuer. Bien sûr, c'est vrai dans certains cas. Mais plus souvent qu'autrement, c'est ce qu'on appelle la lune de miel.

L'enfant est heureux d'être adopté mais il a si peur qu'on le rejette, qu'il se conforme exactement à ce que ses nouveaux parents attendent de lui. Puis, lorsqu'il est rassuré, lorsqu'il sait qu'il est dans un milieu stable et définitif, lorsqu'il commence à sentir l'attachement, commence la période de testing. Inconsciemment l'enfant se dit: «ils disent qu'ils m'aiment, mais m'aimeront-ils encore si je casse mes jouets, si je crie, si je refuse d'aller à l'école etc. ?»

Cette période peut durer quelques semaines ou littéralement des années. Dans certains cas extrêmes, l'enfant ne sera jamais rassuré à cause de carences affectives trop graves. Le lien sera toujours fragile. Les parents auront beau répéter mots, gestes, l'enfant n'intégrera rien, comme s'il était une chaudière sans fond. Il aura toujours soif même si on lui donne tout l'eau du monde. Il y a alors risque d'épuisement des parents qui, malgré toute la meilleure volonté du monde, n'arrivent pas à se sentir «adoptés» par l'enfant.

### 5- C'est merveilleux! Il est bien partout!

Après l'arrivée de l'enfant, certains parents sont très fiers de dire à quel point leur petit est sociable, facile en public; ils sont fiers qu'il aille dans les bras de tout le monde sans avoir peur, qu'il ne pleure pas lorsqu'on le laisse à la garderie.

Il faut être prudent dans notre interprétation: ce comportement, chez un enfant biologique, élevé par ses parents depuis sa naissance, est un signe de sécurité, une capacité à se détacher sainement d'eux; par contre

chez un enfant adopté, ce même comportement peut être signe d'une difficulté à créer un lien significatif avec ses parents.

Pour cet enfant, tous les adultes gentils sont égaux dans son cœur du moment où ils répondent à ses besoins. L'enfant reproduit alors le modèle qu'il a vécu en orphelinat où plusieurs nounous s'occupaient de plusieurs enfants. Si ce comportement dure trop longtemps, on devra alors parler de «troubles de l'attachement»

C'est pourquoi il est si important de prendre beaucoup de temps avec l'enfant à son arrivée, afin que pour lui, ses parents, ses frères et soeurs deviennent vraiment sa référence, sa sécurité.

## 6- J'en veux! J'en veux!

A l'heure du déjeuner dans le restaurant de l'hôtel, une petite guatémaltèque de trois ans est debout sur sa chaise dans le restaurant de l'hôtel et crie en piochant des pieds «Dos helados! Dos helados!» (deux crèmes glacées). Ses nouveaux parents, voulant l'appivoiser (et parce qu'ils sont un peu embarrassés), lui donnent de la crème glacée pour déjeuner et ce pendant 2 semaines. Voilà donc le grand défi ! Comment appivoiser un enfant doucement sans accepter tous ses caprices!

Il faut d'abord comprendre que, pour un enfant en orphelinat, les preuves d'attention et de tendresse n'ont souvent été obtenues que par la nourriture ou des objets. L'enfant va donc essayer le même comportement. Il faut aussi comprendre que l'enfant n'a aucune idée de ce que sont les règles de vie normale dans une maison, dans une famille.

Comme parents, on doit d'abord créer un lien affectif, démontrer que les vraies preuves d'amour sont davantage les caresses, l'attention, la disponibilité, la préoccupation, l'écoute, la consolation, la valorisation, plutôt que des preuves uniquement matérielles.

On doit en même temps apprendre rapidement à l'enfant des règles de vie qu'il aurait appris graduellement, s'il était dans la maison depuis sa naissance. Si on se mettait à compter vraiment toutes les règles dans une maison, il y en aurait des centaines. Alors, comme parent, il faut y aller graduellement et établir ensemble pas plus de 10 règles très claires au début. Ces règles doivent concerner des mesures de sécurité et de comportements qui correspondent à notre vie quotidienne à nous, à nos valeurs. Il faut aussi favoriser dans la mesure du possible des renforcements positifs plutôt que l'application de conséquences punitives.

## 7- Je suis enfin parent, alors pourquoi je me sens triste? <sup>3</sup>

On connaît tous une maman qui a souffert de dépression post-partum. Sans minimiser les origines en partie purement biologiques de ce problème dans le cas d'un accouchement, plusieurs études récentes parlent de la réalité du «Syndrome de dépression post-adoption». Il y aurait un phénomène de «sevrage d'adrénaline» purement physique en plus de tous les ajustements psychologiques normaux lorsqu'on passe du projet, du rêve, à la réalité quotidienne. Ce syndrome se caractérise par :

- un étrange sentiment d'anxiété devant l'ampleur de la responsabilité que l'on vient d'accepter pour la vie;
- une mélancolie du quotidien après des mois, voire des années d'émotions très fortes;
- un sentiment d'impuissance devant certains comportements de l'enfant;
- le deuil de notre vie antérieure;
- l'incompréhension de notre réseau de support naturel (parents, amis), ce qui cause un sentiment d'isolement.

## 8- Je pensais avoir réglé ça!

Une maman va patiner avec sa fillette de 4 ans qui a un plaisir fou et qui se jette dans ses bras en lui disant «Maman, je t'aime gros !!» Cette maman se met à pleurer de façon incontrôlable car sa propre mère n'a jamais pris le temps de jouer avec elle.

Pour devenir un adulte accompli et mûr, l'être humain a besoin d'apprendre à vivre avec les douleurs, grandes ou petites, de l'enfance. Il apprend à rationaliser, à régler, à vivre avec la mort d'une mère, les relations tendues avec un père, la jalousie ressentie envers un frère ou une soeur etc. Nos parents étaient trop sévères? Nous nous promettons bien de ne pas l'être trop! Nos parents ne nous encadraient pas assez? Nous nous promettons bien d'avoir de la discipline avec nos enfants!!

Lorsqu'on devient parent, les choses ne sont plus si simples. Les décisions que nous avons prises auparavant étaient théoriques, rationnelles. Mais au quotidien, avec un enfant, ce sont souvent les émotions qui prennent la place. Les «fantômes» du passé reviennent malgré notre volonté. Il faut alors s'arrêter, réfléchir, accueillir ces émotions et évaluer ce qui appartient à notre relation présente avec l'enfant et ce qui relève de notre relation passée avec nos parents.

## 9- On s'entendait si bien avant!!!

Les statistiques sont précises: l'arrivée d'un enfant, par adoption ou biologiquement, représente le plus grand test de la solidité d'un couple. Un fort pourcentage de séparations se produit dans l'année après l'arrivée d'un enfant. Nous étions un couple d'amoureux; maintenant nous devenons un couple parental. Nous devons nous transformer en une équipe efficace et cohérente pour répondre adéquatement aux besoins d'un petit être en devenir.

C'est à ce moment que les petites fragilités ressortent: problèmes de communication, habiletés à résoudre les conflits, différences dans nos méthodes éducatives qui nous viennent des modèles de nos parents, irritants avec la belle-famille, etc. La fatigue des nouvelles responsabilités aidant, les confrontations, les mécontentes peuvent être beaucoup plus fréquentes.

Il faut alors se rappeler qu' «une famille heureuse, ce n'est pas une famille sans problèmes, mais une famille qui est capable de faire face efficacement aux problèmes, de les surmonter au fur et à mesure».

## 10- L'amour peut tout arranger!

Voilà un mythe qui peut avoir des conséquences graves dans les situations d'adoption d'un enfant plus âgé qui présente des carences affectives importantes.

Certains enfants n'ont pas eu, à certaines étapes de leur développement, les bases d'affection qui leur étaient nécessaires; les tendresses, les attentions, les encouragements qui leur auraient permis de se bâtir une estime de soi, une conviction qu'il vaut la peine qu'on s'occupe d'eux!

Ils ont des troubles sérieux de carences affectives. Au sens figuré du terme, on pourrait comparer ces enfants à une maison qui a été bâtie sans fondation. Les parents peuvent essayer autant qu'ils le peuvent, de colmater les brèches, la maison demeure toujours très fragile, prête à s'écrouler à tout moment.

## 11- L'inavouable déception

Que ce soit dans les premiers jours, semaines ou mois après l'arrivée, plusieurs parents vivent une profonde déception par rapport à l'enfant qui leur a été confié. On peut être déçu par rapport à l'enfant: parce qu'il est moins beau que nous l'espérions, parce qu'il refuse de venir dans nos bras mais reste sans problème dans les bras de notre conjoint, parce qu'il nous semble "anormal " dans ses réactions et que l'on craint un retard mental, parce que l'on découvre plus tard une maladie grave.

On peut aussi être très déçu face à nous-mêmes: on ne se sent pas aussi bon parent que l'on pensait, on est déçu de nos émotions profondes face à cet enfant, déçu de notre conjoint comme père ou mère, etc.

Mais à qui donc va-t-on avouer cela quand tout notre entourage nous félicite, nous dit qu'il est beau, que l'on doit donc être content après tant d'années d'efforts. Ce n'est pas non plus au pique-nique annuel de l'agence que l'on va parler de ça aux autres parents adoptifs. On n'osera pas non plus avouer tout cela à la travailleuse sociale qui vient faire le rapport progrès pour le jugement du tribunal !!!

Il faut cependant se mettre en contact avec ses déceptions, ne pas les nier si on veut faire le deuil de l'enfant "rêvé" et accueillir l'enfant réel. Comme dans tous les deuils, il y a une phase de négation, de colère, de dépression pour ensuite finir par trouver une certaine sérénité vis-à-vis cette perte.

## 12- Je souligne la différence, j'ignore la différence

Un autre piège qui guette les nouveaux parents adoptants, c'est d'exagérer le fait de l'adoption ou de minimiser le fait de l'adoption. Par exemple, certains parents sont si fiers de leur petite d'origine chinoise qu'ils transforment la maison en pagode, se mettent à manger avec des baguettes tous les jours, apprennent le mandarin en famille et racontent à tous continuellement devant l'enfant leur magnifique expérience d'adoption!!

À l'opposé, certains parents cherchent à effacer toutes traces du passé de l'enfant comme ce couple qui pensait bien faire en jetant tous les vêtements et petits objets de l'enfant dans les poubelles de l'aéroport, pour que l'enfant reparte "en neuf ", pour qu'il oublie son passé pénible.

Dans les deux cas ces gens font de graves erreurs qui auront des conséquences plus tard. L'enfant doit apprendre à fonctionner avec ses deux identités en ayant la permission d'être chinois ou roumain lorsqu'il en ressent le besoin et d'être "québécois pure laine " lorsqu'il le désire. Cela dépendra des périodes de sa vie, des événements, des sujets abordés, des difficultés rencontrées.

De même, pour les parents, il faut savoir faire la part des choses : si l'enfant va bien ou mal, il ne faut pas tout expliquer par l'adoption ou toujours nier qu'il peut y avoir une partie d'explications dans le passé de l'enfant ou dans son bagage génétique. Le grand défi est de suivre le rythme de l'enfant et les étapes de son développement. C'est aussi de rester objectif et ouvert: parfois les difficultés viendront du fait de l'adoption et d'autres fois il faudra se questionner dans nos attitudes parentales et les réajuster.

**Michelle Bernier**, travailleuse sociale  
**Johanne Lemieux**, travailleuse sociale  
Bureau de consultation en adoption de Québec  
418-834-1093  
Novembre 1998

**Notes :**

1. Steinhauer, Paul.D «Traiter les troubles de l'attachement : un modèle de traitement en foyer de groupe», Revue Prisme, automne 1996, traduit par Denise Marchand.
2. HISTOIRE D'AMOUR entre France, Stéphanie et Charles.
3. ROOTS & WINGS, Adoption Magazine, Post Adoption Depression Syndrome, June Bond.

<mailto:webmestre@quebecadoption.net>

<http://www.quebecadoption.net/>

© Copyright 1998 Johanne Lemieux . Tous droits réservés.

URL = <http://www.quebecadoption.net/adoption/postadopt/pieges.html>

Dernière mise à jour:  
le vendredi 8 Mars 2002



## Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

- Services sociaux de protection et de réadaptation
- Services sociaux aux jeunes contrevenants

Aux postulants à l'adoption internationale  
Territoire du KRTB (Québec)

### OBJET : Évaluation médicale et services pré et post-adoption

Madame, Monsieur,

Au cours des dernières années, les médecins pédiatres et les CLSC de la région ont développé une expertise en regard des enfants en provenance des pays ouverts à l'adoption internationale. Ils ont mis sur pied des services permettant aux enfants de bénéficier d'une **première** évaluation médicale adaptée et aux parents de recevoir toute l'information et le soutien nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins de leur enfant.

Ainsi, la Clinique pédiatrique de Rivière-du-Loup, située 75, rue Saint-Henri, 1<sup>er</sup> étage (Pavillon Alphonse Couturier), à Rivière-du-Loup offre un service de consultation pré-adoption, pour apporter des réponses aux questions des parents adoptants relativement à la santé de l'enfant lorsqu'ils reçoivent une proposition. Soulignons toutefois que vous devez assumer les coûts de cette rencontre pré-adoption avec le médecin pédiatre.

Quant à la première évaluation médicale de votre enfant à son arrivée au Québec, il suffit simplement **que vous preniez rendez-vous avec la clinique pédiatrique** au numéro : (418) 868-1010 poste 839, dès que votre organisme agréé vous informe de la date d'arrivée de l'enfant et ce, afin d'éviter les délais d'attente.

Le CLSC de votre territoire peut aussi vous informer et vous accompagner dans ce processus en vous proposant des services tant en pré qu'en post-adoption. Dans ce cadre, une visite à domicile est prévue à l'arrivée de votre enfant à la maison.

Espérant que le tout sera à votre entière satisfaction, nous vous prions de recevoir l'assurance de nos salutations distinguées.

DC/cm

Danièle Couture, t.s.  
Secteur Adoption



# Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

- Services sociaux de protection et de réadaptation
- Services sociaux aux jeunes contrevenants

Aux postulants à l'adoption internationale  
Territoire de l'Est du Québec

## *OBJET : Évaluation médicale et services pré et post-adoption*

Madame, Monsieur,

Au cours des dernières années, les médecins pédiatres et les CLSC de la région ont développé une expertise en regard des enfants en provenance des pays ouverts à l'adoption internationale. Ils ont mis sur pied des services permettant aux enfants de bénéficier d'une **première** évaluation médicale adaptée et aux parents de recevoir toute l'information et le soutien nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins de leur enfant.

Ainsi, la Clinique de pédiatrie de Rimouski, située au 161, rue Rouleau à Rimouski offre un service de consultation pré-adoption, pour apporter des réponses aux questions des parents adoptants relativement à la santé de l'enfant lorsqu'ils reçoivent une proposition. Soulignons toutefois que vous devez assumer les coûts de cette rencontre pré-adoption avec le médecin pédiatre.

Quant à la première évaluation médicale de votre enfant à son arrivée au Québec, il suffit simplement **que vous preniez rendez-vous avec la clinique pédiatrique** au numéro : (418) 724-4221, dès que votre organisme agréé vous informe de la date d'arrivée de l'enfant et ce, afin d'éviter les délais d'attente.

Le CLSC de votre territoire peut aussi vous informer et vous accompagner dans ce processus en vous proposant des services tant en pré qu'en post-adoption. Dans ce cadre, une visite à domicile est prévue à l'arrivée de votre enfant à la maison.

Espérant que le tout sera à votre entière satisfaction, nous vous prions de recevoir l'assurance de nos salutations distinguées.

ND/CB/cm

Noëlle Dubé et Christian Boucher  
Secteur Adoption

**REGROUPEMENT DE PARENTS D'ADOPTION  
INTERNATIONALE  
DE L'EST DU QUÉBEC**

Vous êtes en procédure d'adoption internationale ? Vous revenez d'un long voyage avec votre petit trésor ? Nous avons aussi vécu ces moments mêlés de bonheur et d'appréhension. Afin de tisser un réseau de contacts entre nous, des parents de la région qui ont vécu une adoption internationale ont fondé un regroupement, voilà maintenant quatre ans.

Son but premier consiste à organiser des activités familiales (brunch automnal) afin que nos enfants se côtoient et qu'il se crée des liens entre les parents. Nous souhaitons aussi diffuser de l'information utile aux parents lors de rencontres de formation ou par l'envoi de documentation par la poste. Nos moyens sont modestes mais l'atmosphère est sympathique !

Devenir membre du Regroupement vous assure d'être invité(e) aux 2 à 3 activités organisées chaque année et de recevoir de l'information, dont celle qui nous est transmise par la Fédération des parents adoptants du Québec.

Ainsi en 2001-2002, en plus du brunch familial (début novembre), nous organisons une activité de formation (janvier) avec madame Johanne Lemieux sur les défis qui attendent les parents en post-adoption. Il peut aussi se tenir des activités locales à l'initiative des parents qui habitent un même secteur.

Il en coûte annuellement 5,00 \$ par famille pour être membre du Regroupement.

Si vous désirez entre en contact avec nous, appeler une des personnes suivantes selon le secteur géographique le plus près de chez vous.

Secteur Rimouski-Mitis, Véronique Le Hir : (418) 723-7940 (soir)

Secteur Matapédia, Normand Michaud : (418) 743-5470

Secteur Matane et Ste-Anne-des-Monts : Réal Isabel (418) 729-3682.



Toutes nationalités d'origine confondues, nous voulons réunir des enfants d'Asie, d'Europe de l'Est, d'Amérique Latine et d'Afrique. Pas question de discrimination parmi nous! Notre groupe tout nouveau essaie de se réunir au moins deux fois par an (présentement pour fêter le Nouvel An chinois en février et pour un pique-nique pendant la période estivale).



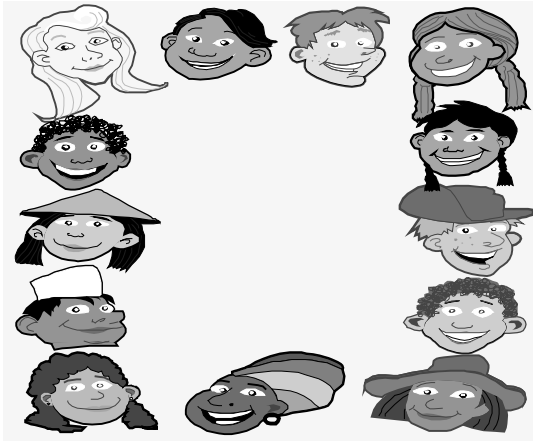
Une liste des familles adoptantes avec les coordonnées des parents et des enfants est mise à jour régulièrement. Si vous désirez vous y inscrire pour que l'on puisse vous faire part de nos activités, n'hésitez pas à nous contacter.

Nihao! A bientôt!

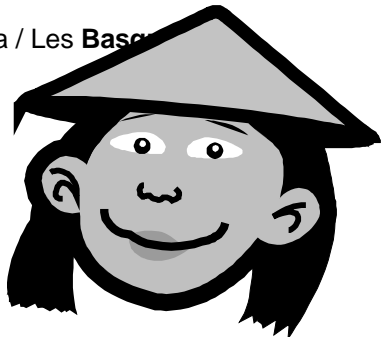
Sylvie Saint Arneault **(418) 862-1039**

Martine Cormier **(418) 862-5462**





Saviez-vous que la région du Bas Saint-Laurent est l'endroit au Québec ayant accueilli le plus d'enfants étrangers en adoption (au prorata de la population qui y habite)? Nos yeux voient sûrement à toutes les semaines de petits visages aux yeux bridés ou à la peau basanée qui nous fascinent tellement... Pour aider les familles adoptantes à échanger sur leur vécu et aider les enfants à se retrouver en « pays connu », un groupe de familles adoptantes existe maintenant pour toute la région du KRTB-(Kamouraska / Rivière-du-Loup / Témiscouata / Les Bascs



D'autres activités ponctuelles seront organisées selon les besoins exprimés par les parents ou les enfants. Chaque participant est invité à indiquer ce qui pourrait l'intéresser en rapport avec ce groupe (conférences, sessions sur les difficultés rencontrées par les enfants, etc...).



Si vous êtes une de ces familles ou si vous connaissez quelqu'un dans cette situation, n'hésitez pas à vous manifester.



## Guide des soins aux enfants et adolescents néocanadiens

1999, reliure spirale, 224 pages

ISBN : 0-9682409-2-5

Prix : 39,95 \$

Prix pour les membres : 33,95 \$

**Guide des soins aux enfants et adolescents néocanadiens** est un nouvel ouvrage publié par la Société canadienne de pédiatrie à l'intention des dispensateurs de soins qui s'occupent d'enfants immigrants, réfugiés, adoptés à l'étranger ou nés de visiteurs étrangers vivant au Canada.

Au moins 25 % des plus de 200 000 immigrants qui arrivent chaque année au Canada sont des enfants. Pour qu'ils aient toutes les chances de jouir d'une bonne santé, ces enfants ont besoin de dispensateurs de soins qui comprennent les liens entre la culture et la santé.

Ce livre peut vous aider, car il contient des chapitres sur les sujets suivants :

- l'immigration et l'adoption internationale,
- la première entrevue médicale et le suivi,
- l'évaluation psychosociale,
- les signes et symptômes que déclarent les immigrants et les réfugiés,
- la prise en charge de maladies infectieuses,
- les problèmes de santé par région,
- des renseignements en matière de promotion de la santé pour les parents,
- des ressources multiculturelles au Canada.

Des capsules, des avertissements et des conseils vous aiderons à faire face à des situations réelles.

**Guide des soins aux enfants et adolescents néocanadiens** a exigé l'apport de plus de 50 spécialistes de la pédiatrie, des maladies infectieuses, de la santé multiculturelle, des services communautaires et d'immigration, de la médecine de famille, des politiques et de la promotion de la santé, de la psychiatrie et de la santé publique.

Approuvé par le Collège des médecins de famille du Canada.

Source : <http://cpsweb.cps.ca/francais/publications/Librairie/GuideDesSoins.htm>

2002/01/22



## Mémoire

À : Personnel vaccinateur des CLSC du Bas-Saint-Laurent

De : Renée Roussel, Direction de la santé publique à Rivière-du-Loup

Date : 03/10/03

Re : Adoption internationale et la vaccination au retour

Il y a quelques années (janvier 2000), j'ai transmis aux vaccinatrices des CLSC du Bas-Saint-Laurent, des consignes quant à la conduite face aux enfants adoptés à l'extérieur du Canada pour la poursuite de leur vaccination.

Le présent avis ne change rien aux consignes de l'époque à savoir :

« qu'un dossier écrit de vaccination d'un enfant immunisé dans d'autres pays est jugé valide lorsque le type de vaccin administré et la date d'administration sont inscrits dans le dossier d'immunisation remis aux parents<sup>1</sup> et que l'âge du début de la vaccination et les intervalles entre les doses d'un même vaccin sont respectés. »

Toutefois, il est recommandé présentement que les enfants en provenance des ex-républiques soviétiques soient réimmunisés adéquatement selon leur âge, peu importe le relevé de vaccination avec lequel ils arrivent de leur pays natal et ceci en raison de la non fiabilité de ce relevé ou encore en raison de la mauvaise conservation des produits immunisants dans ces pays. Ces pays sont :

- Belarus
- Russie
- Estonie
- Lettonie
- Lituanie
- Ukraine
- Moldavie
- Azerbaïdjan
- Ouzbékistan
- Turkménistan
- Tadjikistan
- Kirghizistan
- Kazakhstan
- Ukraine

Il en est de même pour tous les pays de la Fédération de Russie (voir liste en annexe).

Nous maintenons aussi l'avis que tous les enfants sans dossier d'immunisation écrit devraient suivre le calendrier québécois de vaccination systématique correspondant à leur âge.<sup>1-2</sup>

De plus, il faut tenir compte des choses suivantes. Le vaccin RRO, le vaccin antipoliomyélite inactivé et le vaccin conjugué contre l'*haemophilus influenza* de type b peuvent être administrés sans inquiétude parce que leur administration répétée n'entraîne aucun effet indésirable démontré.<sup>1</sup> Toutefois, des manifestations cliniques supplémentaires peuvent survenir si on inocule des doses additionnelles d'anatoxines tétanique et diphtérique et du vaccin anticoquelucheux. Les enfants qui présentent une réaction indésirable localisée grave aux premiers vaccins peuvent être exclus de la vaccination. Cependant, ils devraient pouvoir recevoir le vaccin Hib et antipoliomyélite séparément sur d'autres sites d'injection intramusculaire.

À titre d'information, je désire vous rappeler que l'OMS avec l'aide d'organismes philanthropiques a mis en place un programme d'immunisation minimal à l'échelle planétaire. Dans les pays en voie de développement, les autorités sanitaires n'immunisent qu'en fonction du minimum requis (tuberculose, poliomyélite avec l'aide du vaccin oral, diphtérie, tétanos, coqueluche, rougeole pour tous les pays; l'hépatite B pour les pays où la transmission périnatale est fréquente, c'est-à-dire en Asie du Sud-est ou relativement fréquente, c'est-à-dire en Afrique subsaharienne; la fièvre jaune pour les pays où cette maladie présente un risque). Comme vous pouvez le constater, le vaccin contre les infections invasives à *haemophilus influenzae* de type b, les oreillons et la rubéole ne sont généralement pas administrés dans les pays sous-développés. De plus, les calendriers d'administration peuvent différer d'un pays à l'autre. Finalement, selon l'information que j'ai recueillie, il semble que les vaccins utilisés dans le cadre du programme de l'OMS respectent des normes fiables de qualité et d'efficacité.

J'ai cru bon d'annexer au présent mémo, la couverture vaccinale par pays des principaux produits immunisants.

Comme toujours, je demeure disponible pour toute demande d'information supplémentaire.

Renée Roussel, md.

P.S. Il demeure de la responsabilité des parents adoptants de faire traduire le carnet de vaccination de l'enfant. Sinon, la vaccination complète de l'enfant pourrait être recommencée.

---

<sup>1</sup> Guide des soins aux enfants adolescents néocanadiens. Société canadienne de pédiatrie. 1999.

<sup>2</sup> Protocole d'immunisation du Québec. MSSS. 1999.

## La Constitution de la Fédération de Russie

# La Fédération de Russie

### Article 65

1. Existent au sein de la Fédération de Russie les sujets de la Fédération de Russie: la République des Adygeï (Adygeï), la République de l'Altai, la République du Bachkortostan, la République de Bouriatie, la République du Daghestan, la République de Ingouche, la République Kabardino-Balkare, la République de Kalmoukie, la République Karatchaïevo-Tcherkesse, la République de Carélie, la République des Komi, la République de Mariï-Eï, la République de Mordovie, la République de Sakha (Iakoutie), la République d'Ossétie du Nord - Alania, la République du Tatarstan (Tatarstan), la République de Touva, la République d'Oudmourtie, la République Khakasse, la République Tchetchène, la République Tchouvache;

le territoire de l'Altai, le territoire de Krasnodar, le territoire de Krasnoïarsk, le territoire de Primorié, le territoire de Stavropol, le territoire de Khabarovsk;

la région d'Amour, la région d'Arkhangelsk, la région d'Astrakhan, la région de Belgorod, la région de Briansk, la région de Vladimir, la région de Volgograd, la région de Vologda, la région de Voronej, la région d'Ivanovo, la région d'Irkoutsk, la région de Kaliningrad, la région de Kalouga, la région du Kamtchatka, la région de Kémérovo, la région de Kirov, la région de Kostroma, la région de Kourgan, la région de Koursk, la région de Léninegrad, la région de Lipetsk, la région de Magadan, la région de Moscou, la région de Mourmansk, la région de Nijni-Novgorod, la région de Novgorod, la région de Novossibirsk, la région d'Omsk, la région d'Orenbourg, la région d'Orel, la région de Penza, la région de Perm, la région de Pskov, la région de Rostov, la région de Riazan, la région de Samara, la région de Saratov, la région de Sakhaline, la région de Sverdlovsk, la région de Smolensk, la région de Tambov, la région de Tver, la région de Tomsk, la région de Toula, la région de Tioumen, la région de d'Oulianovsk, la région de Tchéliabinsk, la région de Tchita, la région de d'Iaroslavl;

Moscou, Saint-Pétersbourg - villes d'importance fédérale;

la région autonome juive;

le district autonome Bouriate d'Aguïnskoë, le district autonome Komi-Permiak, le district autonome des Koriaks, le district autonome des Nenets, le district autonome de Taimyr (des Dolgano-Nénets), le district autonome Bouriate d'Oust-Orda, le district autonome des Khanty-Mansi - Ugra, le district autonome des Tchuktches, le district autonome des Evenks, le district autonome des Iamalo-Nénets.

Source : Internet 6 octobre 2003  
<http://www.constitution.ru/fr/>



# -- Mémo --

Le 20 octobre 2003

AUX : Directeurs-trices des programme et services en famille-enfance-jeunesse des CLSC du Bas-Saint-Laurent

OBJET : ADOPTION INTERNATIONALE - Guide Mieux Vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans –Édition 2003-2004

---

Bonjour,

Dans le cadre du Suivi post-adoption en CLSC lié à l'adoption internationale, il a été convenu avec le Centre jeunesse que les intervenantes qui assureront la visite systématique post-adoption à domicile remettront le Guide « Mieux Vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans » –Édition 2003-2004 aux parents adoptants. Il pourrait aussi être remis en pré-adoption si un contact a pu être établi avec les futurs parents avant l'arrivée de l'enfant.

Vous trouverez donc, ci-joint, quelques exemplaires de ce guide destinés exclusivement à cette clientèle adoptante. Si vos besoins à cet égard se révélaient plus grands en cours d'année, je vous invite à communiquer avec moi; j'ai conservé une quantité limitée de ces guides pour dépanner.

Je vous remercie de votre collaboration et vous salue bien cordialement,

Jocelyne Michaud,  
Agente de planification –programmation.

C.c. Madame Danielle Couture, CJ Bas-Saint-Laurent

# LE MONDE EST AILLEURS inc.

Vous êtes infirmière, médecin, éducateur, travailleur social ou psychologue ?

Suite à la lecture du document « *Le suivi post-adoption en CLSC. Adoption internationale* », vous sentez que vous avez besoin de formation pour mieux accueillir, évaluer ou intervenir auprès des parents adoptants et des enfants adoptés ? Vous pouvez maintenant communiquer avec

## *Le monde est ailleurs au (514) 634-1738.*

Pour répondre à la demande croissante et nécessaire de formation en pré et en post-adoption, *Le monde est ailleurs* offre depuis le printemps 2002 une gamme complète de services de formations spécialisées en médecine, en nursing, en intervention psychosociale et autres domaines relatifs à la prise en charge des familles, de l'enfance internationale et de la jeunesse du monde.

L'équipe de *Le monde est ailleurs* se spécialise dans l'élaboration et la production de contenus pédagogiques autour de la santé et des droits de l'enfance et de la jeunesse au sein des nouvelles technologies de l'information et des communications, à la télévision, à la radio, dans l'écrit ainsi que dans les cours/ateliers et les conférences. Elle est composée de plusieurs professionnels de la santé et des communications dont madame Johanne Lemieux (travailleuse sociale spécialisée en adoption internationale), du docteur Jean-François Chicoine (pédiatre en santé internationale) et de madame Patricia Germain (infirmière, M.Sc. en adoption internationale).

### **Voici un aperçu des formations possibles :**

Cours/ateliers par madame Germain : « **Préparation des parents à l'adoption internationale** »

Série de 4 ateliers de 2h30 chacun, adressés aux parents adoptants et leur permettant d'envisager l'attente, le voyage d'adoption et le retour au pays avec un regard nouveau, des connaissances enrichies sur leur rôle de parent et des compétences accrues dans les soins de base et l'accueil de l'enfant adopté. Ces cours/ateliers sont des activités pédagogiques et non des activités cliniques pour obtenir des conseils/renseignements sur la santé ou les dossiers médicaux des enfants en particulier. Ils sont le contenu même des années d'expériences, de recherches, d'enseignement et de publications du docteur Jean-François Chicoine, pédiatre en santé internationale et de madame Patricia Germain, infirmière en santé internationale.

Conférences par madame Lemieux : « **Devenir parent par adoption internationale** »

- Les conditions gagnantes d'un attachement sain.
- Les mythes et pièges des nouveaux parents adoptants.
- Les blessures invisibles.
- Les phases normales de la première année après l'adoption : le principe du CAAASÉ.
- Et bien d'autres thèmes !

Formation pour les intervenants par madame Germain : « **Préparation à l'adoption internationale** »

Cette formation offerte aux intervenants est d'une durée d'une journée en adoption internationale. Cette formation permet aux intervenants d'actualiser leurs connaissances sur l'adoption internationale et de mieux comprendre les particularités de la santé des enfants adoptés. Les thèmes abordés seront : nutrition, croissance, développement, maladies infectieuses, aspects psychosociaux, immunisation, suivi de la famille et équipe soignante multidisciplinaire.

Formation pour les intervenants par madame Lemieux : « **L'adopteparentalité** »

Une formation offerte pour les intervenants qui souhaitent travailler en pré et en post adoption :

Journée 1 : Introduction à la méthode : mieux saisir la réalité des parents et des enfants.

Journée 2 : Comprendre les outils d'évaluations et d'interventions psychosociales de l'approche Adopteparentalité.

Journée 3 : Savoir utiliser les outils d'évaluations et d'interventions concernant les troubles de l'attachement, les problèmes de comportements, les problèmes d'angoisses, les problèmes de sommeil, les problèmes d'alimentation, etc.

