



Kids can't
wait to have
a family



Une famille...
le rêve
d'un enfant



1 877 J'ADOpte

Inscription du demandeur en adoption Guide de référence

Cette campagne d'adoption est rendue possible grâce à la communauté des affaires du Nouveau-Brunswick en collaboration avec Services familiaux et communautaires

Inscription du demandeur en adoption

Guide de référence

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	2
Les enfants ayant des besoins spéciaux.....	3
Sexe de l'enfant.....	4
Nombre d'enfants	4
Âge des enfants.....	4
Non-disponibilité de l'information sur la famille biologique	5
Un enfant conçu à la suite	5
Enfants nés prématurément.....	6
Facteurs et risques génétiques	7
Antécédents de consommation de drogues et d'alcool avant la naissance ou diagnostic.....	11
Déficiences intellectuelles	17
Déficiences physiques	19
Diagnostic médical.....	21
Pertes sensorielles	25
Troubles d'apprentissage.....	25
Expériences de l'enfant	27
Caractéristiques affectives et comportementales qu'un enfant peut afficher.....	31
Connaissances ou expérience des besoins spéciaux.....	32
Ouverture d'esprit liée à l'adoption.....	33
Origine raciale de l'enfant	36

INTRODUCTION

Le présent guide est conçu pour vous aider à remplir le formulaire d'inscription pour l'adoption en fournissant des renseignements aussi précis et complets que possible. Il présente des renseignements de base de sorte à vous aider dans votre prise de décision par rapport au type d'enfant que vous aimeriez adopter.

Le formulaire d'inscription est la première étape du processus de demande d'adoption auprès du ministère des Services familiaux et communautaires. Il vous offre l'occasion de déterminer les facteurs des antécédents et les besoins spéciaux de l'enfant ou des enfants que vous voulez adopter et il aide le Ministère à établir à quel moment entreprendre l'évaluation du domicile des demandeurs en adoption à partir des renseignements fournis dans le questionnaire.

La Loi sur les services à la famille du Nouveau-Brunswick régit le placement des enfants auprès de familles adoptives. Les enfants sont offerts en adoption par l'entremise du ministère des Services familiaux et communautaires, par la voie du consentement volontaire des parents biologiques ou d'une ordonnance de tutelle permanente. Les enfants offerts en adoption par l'entremise du Ministère comprennent :



Les enfants ayant des besoins spéciaux

- les enfants qui font partie d'une même famille;
- les enfants dont le patrimoine génétique comprend la schizophrénie, les troubles de l'humeur ou de la personnalité;
- les enfants ayant fait l'objet d'un diagnostic de déficience mentale ou de syndrome de Down ou dont le patrimoine génétique laisse indiquer un risque de déficience mentale;
- les enfants dont l'état de santé futur est imprévisible à cause d'un traumatisme prénatal ou à la naissance ou d'autres facteurs (comme la consommation de drogues et d'alcool durant la grossesse);
- les enfants ayant fait l'objet d'un diagnostic de syndrome de sevrage néonatal, de syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) ou des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF);
- les enfants ayant des retards de développement intellectuel ou physique;
- les enfants qui ont de graves problèmes de santé ou qui risquent d'en avoir;
- les enfants qui ont des troubles d'apprentissage ou qui risquent d'en avoir;
- les enfants qui ont été victimes de mauvais traitements physiques ou sexuels ou de négligence;
- les enfants qui démontrent des problèmes affectifs ou de comportement importants.

Les enfants offerts en adoption par l'entremise du Ministère peuvent avoir plusieurs besoins spéciaux liés à n'importe lequel des facteurs ci-dessus.

Nous recommandons vivement aux demandeurs qui prévoient adopter un enfant ou des enfants ayant des besoins spéciaux de se renseigner et de se préparer en :

1. consultant leur travailleur social, leurs médecins et leurs thérapeutes des services à l'enfance et à la famille;
2. communiquant avec d'autres parents adoptifs.

Sexe de l'enfant

Si vous avez une préférence marquée pour un garçon ou une fille, cochez une catégorie seulement. Cochez « l'un ou l'autre » si vous êtes disposé à accepter un enfant de l'un ou l'autre sexe.

Nombre d'enfants

Les demandeurs en adoption qui veulent adopter un enfant, des jumeaux ou des enfants d'une même famille peuvent cocher n'importe laquelle des catégories énumérées.

Âge des enfants

Indiquez en mois ou en années (de 0 à 18 ans), l'âge de l'enfant ou des enfants que vous voulez adopter. N'utilisez pas des termes comme nouveau-né, nourrisson, n'importe quel âge, adolescent, deux ans de moins que notre cadet, etc.



Non-disponibilité de l'information sur la famille biologique

Quoique l'information sur la mère biologique puisse être relativement complète, les renseignements sur le père biologique peuvent être très limités, voire inexistants. Dans le cas d'un enfant qui a été abandonné, aucun renseignement ne sera disponible sur ni l'un ni l'autre des parents. Le risque avec ces impondérables, c'est que les facteurs génétiques dans les antécédents familiaux risquent d'avoir un effet sur l'enfant dans l'immédiat ou plus tard.

Chaque fois que vous cochez une case, vous indiquez que vous êtes disposé à accepter la non-disponibilité de cette information.

Un enfant conçu à la suite

1. D'UNE AGRESSION SEXUELLE

Même si le père biologique est connu, les renseignements à son sujet sont habituellement relativement limités. Cela signifie que l'information importante sur les antécédents génétiques ne sera pas disponible. En tant que parents adoptifs, vous devez être conscients de vos sentiments à l'égard de l'agression sexuelle, car cela peut influencer vos sentiments ou votre attitude envers l'enfant.

2. D'UNE RELATION INCESTUEUSE

Il s'agit d'un enfant conçu à l'intérieur d'une relation entre deux personnes qui sont apparentées (comme un père et sa fille). Bien qu'un enfant conçu à partir d'une relation incestueuse soit plus susceptible que la moyenne de souffrir d'une anomalie congénitale, il est important de souligner que l'enfant pourrait également être en parfaite santé. Même si des anomalies congénitales sont présentes, on ne pourra pas nécessairement les dépister à la naissance. On peut mener une évaluation génétique, mais il est impossible d'exclure tous les risques. En tant que parents adoptifs, vous devez être conscients de vos sentiments et attitudes à l'égard de l'inceste.

Enfants nés prématurément

1. FAIBLE RISQUE

Un nourrisson présentant une ou plusieurs caractéristiques parmi les suivantes :

- naissance prématurée de moins d'un mois;
- poids à la naissance de plus de 4 livres (2,5 kg);
- n'a pas connu de traumatisme ou de maladie infantile comme des convulsions ou des troubles respiratoires;
- a bon appétit;
- a des antécédents familiaux qui ne laissent pas indiquer la présence de risques de retards physiques ou intellectuels ou de maladies.

2. RISQUE ÉLEVÉ

Un nourrisson présentant une ou plusieurs caractéristiques parmi les suivantes :

- naissance prématurée de plusieurs semaines;
- poids à la naissance inférieur à 4 livres (2,5 kg);
- a besoin d'une intervention médicale intensive, dont l'utilisation d'un système de maintien des fonctions vitales et une longue hospitalisation;
- a des antécédents familiaux qui laissent indiquer des risques de retards physiques ou intellectuels ou de maladies.

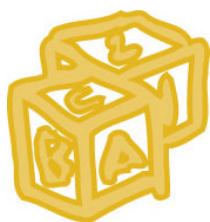
Pour faciliter la formation de liens affectifs, nous demandons habituellement aux parents adoptifs de participer aux soins dispensés au nourrisson si ce dernier était hospitalisé pendant une longue période.

Facteurs et risques génétiques

Le corps humain est constitué de milliards de cellules dont chacune est formée d'un noyau renfermant des chromosomes. Chaque cellule humaine compte 46 chromosomes. Les chromosomes sont composés de gènes, mais ce sont les chromosomes qui contrôlent l'apparence et le fonctionnement du corps. Les gènes sont les unités de base de l'hérédité qui transmettent les traits du parent à l'enfant durant la conception. Chaque parent a des gènes qui risquent de causer des maladies ou des troubles chez ses enfants. Les recherches les plus récentes indiquent que le corps humain est composé d'environ 30 000 gènes plutôt que de 100 000 gènes, comme on le croyait auparavant.

Les incidences des maladies génétiques et les risques connexes peuvent jouer un rôle important dans la vie des enfants adoptés et celle de leurs familles adoptives. Il est primordial que les parents adoptifs obtiennent autant de renseignements que possible sur les antécédents médicaux, sociaux et psychologiques de l'enfant qu'ils adoptent. L'information au sujet d'une maladie génétique peut mener à des interventions, à des traitements et à des mesures de prévention susceptibles d'améliorer la qualité de la vie d'un enfant.

Les « anomalies génétiques » désignent un vaste éventail de maladies dont les causes varient. On a identifié plus de 4 000 maladies héréditaires. En général, les anomalies génétiques, selon leur définition, sont des maladies familiales permanentes, complexes et chroniques. Il est incorrect de parler indifféremment d'anomalies génétiques et de troubles héréditaires. Même si tous les troubles héréditaires sont génétiques, toutes les anomalies génétiques ne sont pas héréditaires. Des facteurs de l'environnement comme les produits chimiques et d'autres contaminants peuvent contribuer à leur apparition.



Il y a quatre types d'anomalies génétiques : les anomalies déterminées par un seul gène, les anomalies chromosomiques, les anomalies multifactorielles et les anomalies attribuables aux facteurs du milieu.

1. Les anomalies déterminées par un seul gène comme la fibrose kystique, la neurofibromatose, la drépanocytose et l'hémophilie.
2. Les anomalies chromosomiques surviennent à la suite d'une mutation du nombre ou de la structure des chromosomes (fausses couches, infertilité et syndrome de Down).
3. Les anomalies multifactorielles sont causées par l'interaction de gènes spécifiques avec les facteurs du milieu. La grandeur et le poids sont des exemples courants de l'hérédité multifactorielle. Des exemples communs d'anomalies multifactorielles comprennent le spina-bifida, le bec-de-lièvre et la fissure du palais, le pied bot, le diabète, la cardiopathie congénitale, certaines formes de cancer et de déficience mentale. Des maladies mentales comme la schizophrénie peuvent être attribuables à une hérédité multifactorielle.
4. Certaines anomalies génétiques sont causées par des facteurs spécifiques du milieu dont les effets risquent d'être nocifs en cas d'exposition du fœtus à l'intérieur de l'utérus. Mentionnons, par exemple, les maladies transmises sexuellement et les infections.



Schizophrénie

Les chercheurs ont brossé un tableau complexe à plusieurs facettes de la schizophrénie, qui tient compte d'un vaste éventail d'approches et de conceptions théoriques. Les causes, toujours inconnues, de la schizophrénie suscitent beaucoup de controverse. Les recherches, cependant, laissent indiquer que les facteurs génétiques jouent un rôle important dans la schizophrénie, une maladie mentale. On ne comprend pas le mécanisme de transmission génétique.

La prévalence de la schizophrénie dans la population générale est d'environ un pour cent. Elle est plus élevée chez les gens ayant des liens biologiques avec une personne atteinte de schizophrénie. Les personnes qui sont élevées dans l'entourage immédiat d'un schizophrène, mais qui n'y sont pas apparentées, ne sont pas exposées à un risque plus grand que la population générale.

La schizophrénie se manifeste habituellement durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle comporte des altérations de plusieurs processus psychologiques d'intensité variable à différents stades. Il s'agit d'un trouble de la pensée accompagné d'idées délirantes et d'hallucinations le plus souvent auditives. Les difficultés interpersonnelles viennent du retrait social et du détachement émotionnel. La schizophrénie est une maladie mentale grave de nature chronique. Elle peut réduire sensiblement la capacité d'une personne à fonctionner à certains niveaux. Elle perturbe la vie professionnelle, les relations interpersonnelles, l'autocontrôle et la vie familiale de la personne atteinte. Une personne qui devient schizophrène peut avoir besoin de traitements périodiques dans un hôpital psychiatrique, de médicaments stabilisateurs et de programmes communautaires spécialisés pour la soutenir et l'aider à améliorer sa qualité de vie.

Troubles de l'humeur et de la personnalité

Plusieurs types de troubles psychologiques ont une cause génétique possible. Cependant, les deux troubles qui se présentent le plus souvent dans les antécédents des enfants que le Ministère offre en adoption sont les troubles de l'humeur et de la personnalité.

Les troubles de l'humeur sont classés en deux catégories : la dépression majeure et la maladie affective bipolaire. La dépression majeure comprend la mélancolie, la dépression avec caractéristiques psychotiques, les troubles affectifs saisonniers, la dépression atypique et le trouble dysthymique. La maladie affective bipolaire englobe les sous-types maniaque et hypomaniaque, avec ou sans dépression. La prévalence dans la population générale de la dépression majeure varie de 5 à 20 p. 100, alors qu'elle est de 1 à 2 p. 100 dans le cas de la maladie affective bipolaire. Les parents, les enfants ou les frères et sœurs d'une personne souffrant de dépression majeure sont deux fois plus susceptibles d'être affectés comparativement à la population générale. Les parents, les enfants ou les frères et sœurs d'une personne atteinte de maladie affective bipolaire sont de 4 à 5 fois plus susceptibles d'avoir une maladie affective bipolaire ou une dépression majeure que la population générale.

Une personne déprimée vit dans un état de désespoir et de léthargie alors qu'une personne à l'état maniaque peut se montrer hyperactive, follement optimiste et impulsive. Une personne atteinte de maladie affective bipolaire peut alterner entre les deux états ou traverser seulement des épisodes maniaques ou hypomaniaques.

Les troubles de la personnalité sont caractérisés par des schémas de comportement rigides et durables qui nuisent au fonctionnement social de la personne.

Ces troubles peuvent présenter une vaste gamme de dysfonctions mineures ou graves. Si vous envisagez d'adopter un enfant dont l'un ou deux des parents biologiques souffrent de l'un de ces troubles psychologiques ou d'autres types, il serait important d'examiner des facteurs comme les risques génétiques, l'âge auquel est survenu le premier épisode, de même que la gestion par les médicaments et d'autres moyens.

Antécédents de consommation de drogues et d'alcool avant la naissance ou diagnostic

Les effets des drogues et de l'alcool sur les nourrissons peuvent varier grandement selon la nature des substances et les quantités consommées, les stades de la grossesse où il y a eu consommation, la fréquence de consommation, le bagage génétique de la mère et l'étendue des effets sur cette dernière de facteurs psychosociaux et d'autres éléments comme le régime alimentaire, la maladie, la pauvreté, le logement, l'expérience de la violence et les soins prénataux. De nombreux nourrissons ont été exposés à une combinaison de drogues, dont la nicotine et l'alcool, mais les renseignements sur les quantités et la période de consommation sont souvent peu fiables. Il est donc très difficile de prédire les besoins futurs d'un enfant. Tous les enfants ne réagissent pas de la même façon; il est donc impossible de prédire les problèmes que les enfants pourraient éprouver.

Ces enfants peuvent tirer profit d'un diagnostic et d'un soutien précoces, de même que d'une surveillance continue de leur état de santé et de leur développement. C'est un fait reconnu que ces enfants progressent mieux dans des foyers où ils connaissent stabilité, constance et amour.

1. EXPOSITION AUX DROGUES – CONSOMMATION CONNUE LIMITÉE

Les enfants, dont la mère biologique a consommé en quantités limitées certains médicaments sur ordonnance ou des drogues illicites durant les trois premiers mois de la grossesse, ou des petites quantités à quelques occasions durant un stade plus avancé de la grossesse, ont souvent l'air bien portants à la naissance. On ignore les effets à long terme de cette consommation. Il n'existe aucun indicateur connu qui puisse permettre à un médecin de prédire les effets plus tard. Ces enfants ont besoin d'une surveillance continue de leur développement et de leur état de santé et ils peuvent très bien se porter.

2. EXPOSITION AUX DROGUES – CONSOMMATION PROLONGÉE

Il est question ici de la catégorie désignée auparavant syndrome de sevrage néonatal, de même que de l'exposition prolongée, avant la naissance, aux drogues énumérées ci-dessous :

Opiacés

Le syndrome du sevrage néonatal est le diagnostic médical donné à un enfant qui présente des symptômes médicaux et comportementaux du sevrage aux opiacés comme l'héroïne et la méthadone. Ces symptômes se manifestent habituellement durant la période allant de la naissance au 14^e jour. À la naissance, ces enfants montrent des signes d'irritabilité du système nerveux central et ils peuvent être difficiles à consoler. Durant les six prochains mois de leur vie, ils peuvent être incapables de régulariser la structure du sommeil et la fonction de la faim. Il est impossible de prédire si un enfant aux prises avec ces problèmes éprouvera des difficultés avec le temps. De plus, ces enfants devraient faire l'objet d'une surveillance continue de leur état de santé et de leur développement. C'est un fait connu que de nombreux enfants réagissent très bien à la patience et à la constance et qu'ils peuvent très bien avoir un développement normal.

Cocaïne ou crack

Les nourrissons dont la mère a consommé de la cocaïne ou du crack sont souvent nés prématurément ou plus petits que la moyenne. De plus, ils subissent habituellement une évaluation en vue de déceler la présence d'anomalies congénitales des voies urinaires, du cœur ou du cerveau. Ils sont plus susceptibles également à la mort subite que les nourrissons non exposés. Ils peuvent avoir besoin d'une attention médicale pour des affections aiguës ou chroniques; bon nombre risquent de souffrir de retards du développement et de troubles d'apprentissage. Selon des études, si l'on prend soin de mettre les nourrissons à l'abri d'une hyperstimulation et qu'on leur offre un foyer et un milieu d'apprentissage revalorisants et structurés où l'accent est mis sur des routines stables et prévisibles, de nombreux enfants exposés à la cocaïne réagissent bien à leurs parents substituts et ont un développement normal.

Il faut évaluer chaque enfant à part, car l'exposition aux drogues en soi n'est pas un prédicteur fiable de l'état de santé futur ou des problèmes à long terme.

Autres médicaments sur ordonnance ou en vente libre

Selon la quantité consommée, les enfants exposés à d'autres drogues peuvent nécessiter une intervention initiale ayant trait au sevrage à l'apparition des symptômes, soit habituellement durant les deux premières semaines de leur vie. Selon les médecins, pour la majorité des enfants exposés à certaines drogues, il est difficile de discerner les drogues consommées et les quantités dans chaque cas. Les études sur les effets à long terme d'autres drogues ne sont pas concluantes, et les professionnels recommandent que chaque enfant soit soumis à une évaluation continue.



Caractéristiques des enfants affectés par une consommation prolongée de drogues avant la naissance

Les symptômes du sevrage aux drogues ne sont pas diagnostiqués nécessairement à la naissance. Cependant, certains de ces enfants risquent d'en subir les effets plus tard dans leur vie. Les symptômes du sevrage peuvent permettre de prédire les effets ultérieurs, mais cela ne s'applique pas nécessairement dans tous les cas.

Voici les effets possibles : perturbations du sommeil; difficulté à se concentrer; retard du développement de la parole et du langage; difficultés à comprendre et à utiliser l'information et faible inhibition. Ces enfants peuvent avoir de la difficulté à se faire des amis et à les garder. Certains enfants peuvent avoir un tonus musculaire faible et éprouver des problèmes de motricité et de coordination. D'autres ne pensent pas aux conséquences de leurs actes et peuvent avoir de la difficulté à faire des changements ou des choix de façon soudaine, ou à passer d'une activité à l'autre.

3. EXPOSITION À L'ALCOOL

Un nourrisson dont la mère biologique a consommé une quantité d'alcool indéterminée durant la grossesse peut avoir l'air en santé à la naissance, mais il risque d'en subir les effets plus tard dans sa vie. Il est impossible de prédire les effets futurs en raison des nombreuses variables, dont la quantité d'alcool consommée par jour, le stade de la grossesse et le nombre de jours où il y a eu consommation, et le moment où a cessé la consommation. Ce ne sont pas tous les enfants qui réagissent de la même façon à une exposition à des quantités limitées ou importantes d'alcool. Il est donc important d'évaluer l'expérience de chacun et de planifier dans chaque cas. On ignore, d'après les renseignements disponibles sur la consommation d'alcool par la mère ou les symptômes chez l'enfant à la naissance, si l'enfant va en subir ou non des effets limités plus tard dans sa vie.

4. EFFETS DE L'ALCOOL SUR LE FŒTUS (EAF) / SYNDROME D'ALCOOLISME FŒTAL (SAF)

On parle des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) lorsqu'on sait que l'enfant a été exposé à l'alcool avant la naissance et qu'il répond à deux des trois critères établis pour le diagnostic du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF). Même si ces enfants sont susceptibles d'éprouver moins d'effets physiques, les problèmes du système nerveux central peuvent être tout aussi graves que dans le cas d'un enfant souffrant du SAF.

Le SAF est un trouble attribuable à la consommation d'une quantité importante d'alcool durant la grossesse. Les effets sur l'enfant sont permanents et varient à l'adolescence et à l'âge adulte. Il n'existe pas de résultats concluants pour ce qui est de prédire qu'une quantité d'alcool donnée et qu'un stade de la grossesse en particulier sont associés au diagnostic du syndrome d'alcoolisme fœtal.

On croit que d'autres facteurs contribuent aux effets de l'exposition à l'alcool du fœtus, dont le régime alimentaire et l'état de santé de la mère durant la grossesse, de même que son bagage génétique, qui détermine sa capacité de métaboliser l'alcool. On ignore la quantité d'alcool que l'on peut consommer durant la grossesse sans danger.

Pour faire l'objet d'un diagnostic du SAF, un enfant doit avoir été exposé avant la naissance à l'alcool et répondre aux trois critères suivants :

- a) Des caractéristiques faciales distinctives comme des petites fentes palpébrales et un sillon plat entre le nez et la lèvre.
- b) Un retard de croissance intra-utérine et postnatale.
- c) Des signes de dommages au système nerveux central. La plupart des enfants démontreront des troubles d'apprentissage légers ou graves en plus de problèmes comportementaux et affectifs qui varient avec les années. Ils peuvent avoir de la difficulté à s'adapter aux changements de conditions ou de circonstances. L'effet de l'exposition à l'alcool à l'intérieur

de l'utérus sur le QI des enfants peut varier considérablement entre les enfants ayant l'EAF et ceux ayant le SAF, qui peut se situer dans la moyenne ou bien en deçà.

Caractéristiques des enfants ayant l'EAF et le SAF

Voici quelques-unes des tendances parmi de nombreux indicateurs généraux qui sont constatés chez certains enfants, selon les nombreux facteurs, dont l'état de santé et les expériences tant de l'enfant que de la mère. Certains effets se manifestent à un plus jeune âge que d'autres.

Les nourrissons ayant l'EAF et le SAF peuvent être irritables et avoir des problèmes d'alimentation et des troubles du sommeil. Ils peuvent également souffrir de retards du développement moteur et du langage.

Les enfants d'âge préscolaire peuvent continuer d'afficher des retards du développement moteur, du langage et de l'apprentissage. Ils résistent souvent au changement de routine et sont portés à éprouver facilement de la frustration. Ils peuvent avoir une perception très limitée du danger. Ils bénéficient grandement d'un diagnostic précoce, d'une supervision intensive et d'un milieu très structuré.

Les enfants âgés de 6 à 12 ans peuvent avoir besoin d'aide sur le plan du comportement social et de l'apprentissage. Ils ne sont pas capables d'appliquer la pensée abstraite et ont de la difficulté à penser aux conséquences de leurs actes. Ils peuvent afficher un comportement perturbateur et hyperactif et avoir de la difficulté à se concentrer très longtemps.

Les adolescents ayant l'EAF et le SAF continuent d'avoir de la difficulté à l'école et ont besoin d'aide pour l'apprentissage et les relations sociales. Impulsifs et facilement distraits, ils peuvent manquer d'inhibition. Il leur est difficile de faire montre d'esprit critique et de raisonnement abstrait. De plus, ils peuvent avoir

besoin d'attention personnelle à la maison et à l'école pour structurer leurs milieux d'apprentissage et social, ce qui favorise les occasions de réussir.

Déficiences intellectuelles

La présente section fournit des renseignements généraux sur les enfants offerts en adoption dont le fonctionnement et le développement en général sont affectés par un retard mental, une déficience mentale ou le syndrome de Down. Les termes énumérés ci-dessous sont utilisés souvent dans des cadres éducatifs et médicaux pour poser un diagnostic et satisfaire de façon appropriée les besoins spéciaux de ces enfants. Les parents adoptifs doivent faire abstraction des limitations de ces enfants pour se concentrer sur leur multitude de points forts et leurs potentialités. De nombreuses collectivités offrent des mesures de soutien et des services à l'intention des familles et de leurs enfants ayant des déficiences mentales. Mentionnons les programmes de développement de la petite enfance, les auxiliaires familiales, les garderies pour enfants ayant des besoins spéciaux, les programmes spécialisés à l'école et les services de relève.

1. RETARD MENTAL

On parle de retard mental lorsqu'un enfant franchit toutes les phases normales, mais à un âge plus avancé que prévu. L'enfant peut enregistrer des retards du langage et de la parole, de la cognition ou de la croissance socioaffective. Malgré le décalage, la progression de l'enfant est normale. Des retards mentaux peuvent se manifester chez des nourrissons prématurés jusqu'à un certain âge, ou en présence de dommages au cerveau ou au système nerveux, ou de traumatismes dûs aux mauvais traitements et à la négligence.

2. DÉFICIENCE MENTALE

Le terme « déficience mentale » décrit toute déficience marquée du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptif social que montre une personne durant la période de développement allant de la naissance à l'âge de 18 ans. La déficience mentale peut être légère, moyenne ou profonde selon la classification du QI. Le plus souvent, la déficience mentale est légère (QI de 50 à 70). Parmi les causes possibles, mentionnons les infections prénatales, les complications à l'accouchement, les maladies infantiles, les traumatismes dûs aux mauvais traitements et à la privation, les accidents, les toxines et les anomalies génétiques ou chromosomiques.

Les enfants ayant une déficience mentale sont lents ou accusent un retard dans tous les aspects du développement : pensée, parole, motricité, croissance socio-affective et initiative. Ils apprennent et progressent plus lentement que les autres et ont toujours besoin d'aide et de répétition pour accomplir les tâches. Les enfants d'âge préscolaire accusent un retard dans les activités motrices (ramper, s'asseoir, marcher et manger) et les aptitudes à communiquer. Quant aux enfants d'âge scolaire, ils ont de la difficulté à apprendre à l'école et à appliquer leurs habiletés intellectuelles.

3. SYNDROME DE DOWN

Le syndrome de Down désigne les enfants nés avec un chromosome en trop à la 21^e paire, ce qui cause des déficiences mentales et des caractéristiques physiques distinctives. Cette maladie chromosomique est rarement héréditaire – seulement dans 4 p. 100 des cas. Les enfants ayant le syndrome de Down affichent un retard physique et comportemental. De plus, ils ont des caractéristiques faciales et physiques distinctives. Aucun enfant n'a

toutes les caractéristiques possibles du syndrome de Down, qui peuvent prendre la forme de différentes combinaisons sans aucun lien avec le degré de déficience mentale. Pour ce qui est du niveau de fonctionnement mental, il varie sensiblement. Par une stimulation et un encouragement additionnels à apprendre en bas âge et durant l'enfance, les enfants ayant le syndrome de Down arrivent à se développer pleinement. Bon nombre d'entre eux peuvent fréquenter le système scolaire général et acquérir un sens de l'initiative qui contribuera à leur indépendance à l'âge adulte. Les problèmes médicaux associés au syndrome de Down sont les suivants : cardiopathie congénitale; blocage gastro-intestinal; troubles de la vue; perte de l'ouïe et vulnérabilité aux infections respiratoires. En dépit de certains problèmes de santé, il est important de souligner que la majorité des personnes ayant le syndrome de Down ont une vie longue et parfaitement fonctionnelle.

Déficiences physiques

1. RETARD DU DÉVELOPPEMENT

On parle de retard de développement lorsqu'un enfant franchit toutes les phases, mais à un âge plus avancé que prévu. Il peut accuser un retard moteur (rouler, s'asseoir, ramper et marcher).

2. SPINA-BIFIDA

Le spina-bifida est une maladie caractérisée par une formation incomplète de certaines vertèbres de la moelle épinière et par un défaut de fermeture des arcs postérieurs et de l'apophyse épineuse d'une ou de plusieurs vertèbres. Une intervention chirurgicale à un jeune âge peut contribuer à prévenir l'infection, mais ne peut pas corriger la malformation. Le spina-bifida est associé à différentes déficiences, dont les anomalies physiques et les troubles d'apprentissage. L'enfant souffrant du spina-bifida aura parfois une hydrocéphalie.

3. INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE

L'infirmité motrice ou paralysie cérébrale désigne des troubles causés par des dommages au cerveau durant la grossesse par suite d'un traumatisme à la naissance ou à des difficultés en bas âge comme la méningite, un traumatisme crânien ou un empoisonnement. Elle est caractérisée par l'incapacité d'accomplir ou de contrôler les fonctions motrices. Elle peut être associée également à des déficiences comme les troubles de langage et de la parole et des crises épileptiques.

4. MALFORMATIONS ORTHOPÉDIQUES

- a) Pied bot – Déformation du pied et de la cheville. Le plus souvent, le pied est orienté vers le bas et tourné vers l'intérieur.

Les problèmes mineurs peuvent être corrigés par l'exercice. Des problèmes plus complexes peuvent nécessiter un plâtre ou une intervention chirurgicale.

- b) Polydactylie – Enfant né avec des doigts ou des orteils de trop. On les enlève par la voie d'une intervention chirurgicale mineure.
- c) Syndactylie – Soudure de la peau ou des os de deux doigts ou orteils ou plus, que l'on peut corriger par une intervention chirurgicale mineure.
- d) Absence d'un membre.



5. MALFORMATIONS FACIALES

- a) Le bec-de-lièvre et la fissure du palais sont une séparation ou une fissure de la lèvre supérieure. Il peut s'agir d'une séparation mineure de la lèvre supérieure ou d'une fissure complète qui s'étend du bord de la lèvre jusqu'à la narine et qui englobe l'os qui forme la structure de la gencive et des dents supérieures. Cette malformation peut se présenter d'un côté ou des deux. Le bec-de-lièvre est une fissure horizontale de la voûte du palais, formant la cavité du nez et de la bouche. Il peut être mineur (s'étendre seulement à l'arrière de la voûte du palais) ou complet. Cette malformation risque de nuire au développement des dents, de même qu'à l'élocution et à l'alimentation.
- b) Nævus et taches de vin – Taches rouges attribuables à une croissance excessive des vaisseaux sanguins sur une partie confinée du corps. De surface plane ou surélevée, elles peuvent se présenter n'importe où sur le corps; elles vont d'un rouge pâle à un bleu noirâtre. Certaines sont permanentes, alors que d'autres disparaissent graduellement. On devrait consulter un dermatologue.

Diagnostic médical

1. ALLERGIES

Une allergie désigne la réaction inhabituelle d'une personne à des substances généralement inoffensives. Ces substances peuvent entrer dans l'organisme par inhalation, par ingestion ou par contact dermique. Le meilleur traitement est le retrait total des causes de l'allergie. Sinon, des médicaments peuvent en atténuer les symptômes. Comme bon nombre des allergènes se retrouvent dans les aliments, les diètes spéciales sont courantes.

2. ASTHME

Le mot asthme est dérivé du mot grec qui signifie « respiration difficile ». On peut définir l'asthme comme un trouble allergique des

voies respiratoires où il se produit une obstruction temporaire des voies aériennes. Une crise d'asthme est caractérisée par une toux virulente, des sifflements, un essoufflement et une respiration difficile. Il n'existe pas de remède pour l'asthme. Cependant, des mesures contribuent à en limiter les effets, ce qui permet à la personne de mener une vie relativement normale. L'asthme chez certains enfants disparaît avec les années, sans traitement spécifique. Les enfants montrant des symptômes de l'asthme devraient consulter un médecin à un jeune âge pour éviter des dommages permanents aux poumons et à la paroi de la cage thoracique.

3. DIABÈTE JUVÉNILE

Il s'agit d'une maladie où le corps ne produit pas suffisamment d'insuline. Lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline, les cellules ne peuvent pas utiliser le sucre des aliments, et le foie et les muscles ne peuvent pas l'emmagasiner. Le traitement du diabète juvénile prend la forme d'injections d'insuline et d'une diète spéciale. Les enfants ayant le diabète devront prendre de l'insuline pour le reste de leur vie.

4. ÉPILEPSIE

L'épilepsie est un trouble du système nerveux. La personne épileptique est portée à avoir des crises, causées par des décharges électriques irrégulières et non contrôlées dans le cerveau. Les trois formes les plus courantes d'épilepsie sont les crises de grand mal, les crises de petit mal et l'épilepsie temporale. La plupart des crises épileptiques peuvent être contrôlées par des médicaments anticonvulsifs. Ainsi, la personne épileptique peut mener une vie normale et productive.

5. TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION

Le trouble déficitaire de l'attention requiert un traitement intensif de longue durée. Parmi les symptômes de ce trouble, mentionnons une faible durée de concentration, un comportement impulsif, la distractibilité et l'hyperactivité. Le diagnostic dépend de la présence de ce groupe de symptômes et de l'exclusion d'autres facteurs à l'origine de comportements comparables. Le comportement de l'enfant se traduit habituellement par de sérieuses perturbations dans ses relations avec ses parents, ses enseignants, ses amis, ses frères et sœurs, ainsi que par des problèmes à l'école.

Le trouble déficitaire de l'attention n'est pas un trouble d'apprentissage. Toutefois, faute de traitement, il risque de nuire sérieusement à la capacité d'apprentissage d'un enfant. Les enfants souffrant du trouble déficitaire de l'attention affichent des comportements marqués par la défiance et la rébellion envers les adultes, de même que par des attaques verbales et physiques à l'endroit de leurs amis et de leurs frères et sœurs. De nombreux enfants souffrant du trouble déficitaire de l'attention ont également des troubles d'apprentissage.



6. CARDIOPATHIE

Certaines cardiopathies présentes à la naissance de l'enfant peuvent se corriger d'elles-mêmes, alors que d'autres nécessitent une intervention chirurgicale et un suivi annuel. Le plus souvent, ces enfants mènent une vie normale et en santé. Dans les cas graves, une malformation cardiaque chez un enfant peut nécessiter une intervention chirurgicale majeure et un suivi journalier par les parents pendant un certain nombre d'années.

7. HYDROCÉPHALIE

Cette anomalie, diagnostiquée habituellement à la naissance ou peu après, est caractérisée par une accumulation anormale de liquide céphalorachidien spinal à l'intérieur du cerveau. Cette accumulation provoque un accroissement de la tête, ce qui entraîne une pression contre le tissu cérébral. Cette pression risque de causer des dommages permanents au cerveau. Un traitement à un jeune âge, qui consiste à implanter une valve pour drainer le liquide du cerveau, et une bonne gestion médicale peuvent réduire ou éliminer les risques de dommages cérébraux.

8. RETARD DE CROISSANCE

Ce terme s'applique aux nourrissons et aux enfants qui ne réussissent pas à gagner du poids ou même qui en perdent sans cause apparente. Le « retard de croissance » est réputé être une forme de « dépression infantile » attribuable à une privation d'affection ou à des perturbations du milieu.

9. FAIBLE ESPÉRANCE DE VIE

On parle des enfants dont le diagnostic médical se traduit par une faible espérance de vie.

10. SÉROPOSITIF POUR LE VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine est l'agent à l'origine de la maladie du sida (syndrome d'immunodéficience acquise). Les nourrissons nés de mères VIH positives seront VIH positifs à la naissance. Comme le développement du système immunitaire des bébés prend de 15 à 25 mois, ces enfants devraient être testés à des intervalles de six mois pendant les deux premières années de leur vie. Des résultats positifs après cette période indiquent que les enfants ont été infectés par le virus et qu'ils développeront probablement les symptômes du sida au cours des premières années de leur vie. Des résultats négatifs signifient qu'ils n'ont pas été infectés et qu'ils ne risquent plus de devenir séropositifs par suite du contact intra-utérin. Environ la moitié des nourrissons séropositifs pour le VIH accusent certains retards du développement ou un recul par rapport aux progrès réalisés à cet égard. Ces retards devraient empirer à mesure que la maladie progresse. Les enfants peuvent également perdre leur tonus musculaire et être incapables de marcher sans soutien. De nombreux enfants éprouvent des problèmes d'élocution, comme une prononciation inadéquate. Se combineront à ces problèmes les autres signes du syndrome apparentés au sida comme une fièvre chronique, la diarrhée, une faible croissance et différentes infections bactériennes. L'espérance de vie des enfants nés avec le sida s'accroît depuis la découverte de nouveaux traitements.

11. ALIMENTATION ET DIÈTE SPÉCIALE

Certains enfants doivent être nourris par intraveineuse à cause de problèmes de santé. Il ne s'agit pas de maladies graves, mais les administrations quotidiennes sont laborieuses pour les parents adoptifs. Les diètes spéciales, parfois coûteuses, peuvent nécessiter une préparation à part du repas familial et une surveillance constante.

Pertes sensorielles

1. DÉFICIENCE AUDITIVE

Il est question ici d'un enfant qui est sourd ou dont le sens de l'ouïe n'est pas fonctionnel. L'interprétation gestuelle devra être le principal moyen de communication.

2. DÉFICIENCE VISUELLE

Il est question ici d'un enfant qui a une déficience visuelle grave et qui est considéré aveugle.

Troubles d'apprentissage

Les troubles d'apprentissage regroupent une foule de difficultés d'apprentissage que peuvent éprouver les enfants, surtout lorsque la possibilité d'une déficience mentale a été éliminée. Les enfants souffrant de troubles d'apprentissage peuvent être hyperactifs, avoir des problèmes perceptuels et moteurs, des

problèmes d'attention ou des troubles de la mémoire et de la pensée conceptuelle. Les experts ne s'entendent pas sur les causes des troubles d'apprentissage ni sur leur traitement.

1. LECTURE ET ÉCRITURE

Les troubles de la lecture sont de loin la forme la plus courante de troubles d'apprentissage. Comme la lecture est la première habileté dans l'apprentissage de la langue, ces troubles précèdent temporairement les problèmes d'orthographe et d'expression écrite. De plus, un enfant qui a des problèmes dans l'apprentissage de la langue a souvent de la difficulté en écriture et en arithmétique.

2. TROUBLE DU LANGAGE ORAL OU DE LA PAROLE

Le trouble de la parole peut comprendre la difficulté à produire des phonèmes, à maintenir le rythme de la parole ou à contrôler la fonction vocale. Des problèmes comme la production de phonèmes sont appelés troubles d'articulation. Ils peuvent être caractérisés par des omissions, des substitutions, des distorsions ou des ajouts de phonèmes. Les causes peuvent être fonctionnelles (pauvres modèles d'élocution) ou organiques (perte auditive majeure). Les problèmes de maintien du rythme de la parole comprennent le bégaiement et le bredouillement. Il existe de nombreuses théories entourant leurs causes. Les troubles du langage oral sont caractérisés par une déviance importante de la norme de la société par rapport à la qualité, au ton, à l'intensité ou à la fluidité de la fonction vocale. Pour toutes ces difficultés, on devrait faire appel à un orthophoniste aux fins d'évaluation et de correction.

Expériences de l'enfant

Le ministère des Services familiaux et communautaires voit à planifier l'adoption d'enfants qui ont été victimes de mauvais traitements physiques, sexuels et affectifs ou de négligence physique et psychologique. Certains de ces enfants peuvent avoir été séparés de leur famille biologique, de même que de personnes parentes ou importantes pour eux. Les enfants plus âgés peuvent connaître une série de séparations de différents parents-substituts avant d'être placés dans leur famille adoptive. L'effet combiné des expériences traumatiques causées par les sévices et la perte ou la séparation de personnes familières et importantes contribue à la vulnérabilité d'un enfant offert en adoption. Les demandeurs en adoption qui prévoient adopter un enfant qui a connu des mauvais traitements doivent avoir une idée réaliste de ce que cet enfant a traversé. Nous vous offrons un aperçu général des facteurs du contexte, dont un enfant peut avoir eu l'expérience, qui vise à donner aux demandeurs en adoption des renseignements généraux et à les familiariser relativement aux expériences

préalables au placement d'un grand nombre d'enfants dont le Ministère planifie l'adoption.

1. MAUVAIS TRAITEMENTS SEXUELS

Les mauvais traitements sexuels désignent un comportement sexuel déplacé à l'endroit des enfants. Le plus souvent, ils sont infligés par des adultes, mais ils peuvent l'être aussi par des enfants plus âgés, des frères et sœurs ou des jeunes. Le jeu sexuel entre des enfants ou des jeunes de même âge consentants ne constitue pas des mauvais traitements sexuels.

Les mauvais traitements sexuels comprennent les attouchements sexuels, la relation sexuelle, l'exploitation sexuelle, l'agression sexuelle et l'inceste. Les enfants dépendent de leur unité familiale pour leur sécurité tant affective que physique. Les mauvais traitements sexuels infligés aux enfants exploitent les besoins d'affection et d'approbation des enfants, de même que leur sexualité naturelle. La grande majorité des enfants qui sont victimes de mauvais traitements sexuels le sont aux mains d'une personne qui leur est familière. Ils souffriront de séquelles physiques, développementales et psychologiques. Ces enfants sont plus susceptibles d'être victimes à nouveau de mauvais traitements sexuels infligés par d'autres, à cause de leurs expériences antérieures et de leur vulnérabilité affective. Ils ont besoin habituellement d'une intervention psychologique pour atténuer les effets du traumatisme.

2. MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUES

Les mauvais traitements physiques consistent à recourir à la force physique contre un enfant, et ce, d'une façon délibérée qui va au-delà de la discipline raisonnable. Parmi les blessures physiques infligées aux enfants, mentionnons les suivantes : ecchymoses, brûlures, fractures ou blessures multiples.

3. MAUVAIS TRAITEMENTS AFFECTIFS

Les mauvais traitements affectifs désignent un comportement violent persistant de la part d'adultes, qui porte atteinte à la faculté intellectuelle, psychologique et affective de l'enfant. Ces attaques peuvent empêcher l'enfant de devenir un adulte sain sur le plan affectif.

4. NÉGLIGENCE

La négligence est un manque d'attention flagrant de la part des parents biologiques ou substituts face aux besoins physiques ou affectifs de l'enfant. La négligence physique consiste à omettre de répondre aux besoins naturels de base d'un enfant : alimentation, vêtements, logement, sécurité, supervision, éducation et soins médicaux.

L'abandon d'un enfant est également une forme de négligence de la part d'un gardien adulte. La négligence psychologique est un manque d'attention flagrant aux besoins affectifs et sociaux d'un enfant. Dans l'ensemble, la négligence peut provoquer des retards mentaux et physiques, un retard de croissance, des problèmes liés à la formation de liens affectifs, la malnutrition, des problèmes médicaux et des troubles affectifs et comportementaux.

5. RÔLE PARENTAL NUISIBLE

Les enfants, dont les parents abusent de substances intoxicantes (drogues ou alcool) ou souffrent de limitations graves en raison d'une maladie ou d'une déficience mentale, sont exposés à plus de stress que la moyenne dans leurs familles. Ces facteurs contribuent à une famille dysfonctionnelle où les enfants risquent d'être soumis à des mauvais traitements, à la négligence et à un mode de vie constamment désordonné. Les enfants peuvent être victimes de violence ou d'un comportement sexuel déplacé au foyer familial. Les limitations des parents nuisent considérablement à leur responsabilité parentale consistant à répondre aux besoins de leurs enfants et à leur offrir un milieu stable et sûr sur le plan affectif. Ces parents peuvent être inconscients ou désintéressés des effets de leur situation sur leur enfant, ou incapables de composer avec ces effets. Bien souvent, les enfants élevés par ces parents acquièrent des comportements de survie afin de s'adapter à leur milieu familial marqué par le stress. Par exemple, l'enfant pourrait assumer le rôle parental en dirigeant le ménage et en s'occupant des plus jeunes. Les comportements de survie de l'enfant peuvent créer des conflits pour lui et pour ses parents adoptifs durant la période d'adaptation aux rôles traditionnels des membres de la famille et à ce qui est attendu de chacun.

6. ATTACHEMENT ET SÉPARATIONS MULTIPLES

L'attachement et la séparation sont des questions importantes qui touchent la majorité des enfants pris en charge par le Ministère et qui attendent l'adoption. Pour bon nombre de ces enfants, le processus normal de formation des liens affectifs a été perturbé par la séparation des parents ou des substituts, et ce, à plusieurs reprises. Chez ces enfants, la formation de liens affectifs est une source de problèmes ou l'attachement principal est perturbé par les mauvais traitements et la négligence.

La séparation des parents ou des substituts à qui ils sont attachés est une expérience traumatique pour les enfants. Ces derniers peuvent éprouver une gamme de sentiments intenses par rapport à leurs circonstances personnelles. De nombreux facteurs peuvent influencer la réaction d'un enfant à la séparation. Mentionnons, entre autres, la nature de l'attachement de l'enfant à ses parents-substituts, les circonstances de la séparation, le milieu qu'il quitte et la perception qu'a l'enfant de la raison qui motive la séparation. En cas de séparations abruptes, les enfants éprouvent des sentiments de douleur et de perte qui, faute de résolution, peuvent nuire à la formation de nouveaux liens affectifs. Chaque nouveau placement comporte un élément d'incertitude pour un enfant qui a connu de nombreux placements. Cela contribue au stress et à l'anxiété de l'enfant, à sa méfiance accrue envers les autres lorsqu'il y a formation de nouvelles relations, en plus de l'empêcher à devenir autonome.



Certains nourrissons et enfants victimes de négligence et de mauvais traitements graves n'établissent jamais de liens affectifs primaires. Ces enfants ont énormément de difficulté à créer et à entretenir des relations. Ayant reçu peu d'amour, ils ont de la difficulté à exprimer ce sentiment en retour et à accepter les marques d'amour qui leur sont témoignées.

Caractéristiques affectives et comportementales qu'un enfant peut afficher

Dans cette section, nous vous demandons de réfléchir à certaines des caractéristiques affectives et comportementales typiques que présentent les enfants ayant des besoins spéciaux à cause du contexte dans lequel ils ont évolué. Pour résumer, ces enfants ont connu différentes expériences traumatisantes : pertes importantes; plusieurs placements et parents-substituts; mauvais traitements sexuels, physiques et affectifs; négligence physique et psychologique et absence d'une relation durable marquée par la confiance avec un adulte. Les enfants qui vivent des expériences traumatisantes dues aux mauvais traitements et aux séparations réagissent de différentes façons. Ces réactions peuvent se manifester par les comportements suivants : mensonges; vol; crises de colère; incontinence d'urine; cauchemars; hyperactivité; propension à détruire; retrait; dépendance profonde et comportement sexuel déplacé. Chez certains enfants, les comportements énumérés plus tôt sont transitoires pendant qu'ils s'adaptent à leur nouveau foyer adoptif. Chez d'autres, il s'agit de comportements graves et chroniques.

Même s'il y a plusieurs explications des graves problèmes de comportement chez les enfants, nous ne pouvons pas prédire ni affirmer avec certitude qu'un traumatisme spécifique entraînera une réaction comportementale spécifique. Il est important de reconnaître que ces comportements soudains, violents et agressifs pour réduire la tension intérieure sont des symptômes des mauvais traitements et non le vrai problème. L'enfant victime de mauvais traitements a appris à se méfier des sentiments ou de la communication. Bon nombre croient qu'ils sont responsables des mauvais traitements qui leur ont été infligés, car ils supposent qu'ils sont méchants. Les besoins, les valeurs et les intérêts qui leur sont propres n'ont pas été respectés. Leurs réactions comportementales sont souvent des expressions de leurs profonds sentiments d'anxiété, de rejet et de honte. Les expériences traumatiques du passé peuvent leur revenir à l'esprit et laisser des séquelles à différentes phases du développement.

Certains comportements qui deviennent graves et chroniques sont très stressants pour les familles adoptives. Les parents et les familles acceptent et réussissent à s'adapter à des degrés variables selon leurs attentes, leurs modes de vie, leurs ressources et leurs réseaux de soutien. La disposition à accepter les services dispensés par un professionnel de l'extérieur peut avoir un effet bénéfique tant pour l'enfant que pour sa famille adoptive.

Connaissances ou expérience des besoins spéciaux

Cette section sera remplie par les demandeurs en adoption qui ont des connaissances ou une expérience de besoins spéciaux spécifiques qui ne sont pas mentionnés dans le questionnaire et qui seraient disposés à accepter un enfant ayant ces besoins. Veuillez donner une brève description de vos connaissances ou de votre expérience.



Ouverture d'esprit liée à l'adoption

Les demandeurs en adoption ont la possibilité d'indiquer sur leur questionnaire le degré de contact qu'ils envisagent dans le cadre de la demande initiale en adoption. Lorsqu'ils devront subir l'évaluation du domicile, leur travailleur social examinera en profondeur le degré de communication ou de contact qu'ils souhaitent avoir.

L'évolution des attitudes sociales et la nature complexe et permanente de l'adoption ont amené les gens à reconnaître qu'il y a un désir et un besoin de communication et de participation plus grandes dans le processus d'adoption de la part des parents adoptifs, des parents biologiques et des enfants adoptés. Grâce à une ouverture d'esprit, de nombreuses formes d'échange d'information et de contacts peuvent prendre place entre les parents adoptifs et les parents biologiques. Un tel arrangement est laissé au choix et à la décision mutuelle des parents adoptifs et des parents biologiques. Un éventail d'options comportant des degrés variables de communication est offert par le programme d'adoption du Ministère. Ces options tiennent compte des circonstances particulières à chaque adoption et comprennent les suivantes :

1. ADOPTION SEMI-OUVERTE

Une adoption semi-ouverte prévoit différents contacts possibles entre les parents biologiques et les parents adoptifs à tout moment, avant ou après la délivrance de l'ordonnance d'adoption. Par contre, elle ne comporte pas un échange de renseignements qui permettent d'identifier l'une ou l'autre partie.

Voici des exemples d'adoption semi-ouverte :

Avant le placement en adoption :

- une rencontre ou un entretien téléphonique entre les parents adoptifs et les parents biologiques (sans identification);
- la visite du nourrisson à l'hôpital.

Avant la délivrance de l'ordonnance d'adoption durant la période d'essai :

- les parents biologiques peuvent fournir des photos ou des lettres à l'intention de l'enfant;
- les parents adoptifs peuvent fournir des lettres faisant état du développement de l'enfant;
- les parents biologiques sont informés du prénom que les parents adoptifs donnent à l'enfant;
- les parents adoptifs sont informés du prénom donné à l'enfant à la naissance.

Après la délivrance de l'ordonnance d'adoption :

- il peut y avoir échange de lettres, de cadeaux et de photos par l'entremise du Ministère ou d'un autre intermédiaire.



2. ADOPTION OUVERTE

L'adoption ouverte comporte différents contacts et différentes occasions d'échange d'information entre les parents adoptifs et les parents biologiques avant ou après la délivrance de l'ordonnance d'adoption. Il y a échange de renseignements permettant d'identifier les parties. Les exemples d'adoption ouverte comprennent toutes les options décrites dans la partie traitant de l'adoption semi-ouverte. Il est possible également de demeurer continuellement en contact tout au long des années de développement de l'enfant; l'enfant peut connaître l'identité du parent ou des parents biologiques.

L'adoption ouverte est un concept qui est intégré de plus en plus au plan d'adoption des enfants qui sont séparés de leurs familles et pris en charge par le Ministère. Pour bon nombre de ces enfants, il est impossible d'ignorer les relations importantes et les liens avec la famille qui se sont tissés. Leurs antécédents et leurs expériences font partie intégrante de leur identité et de leur sécurité. Dans certains cas, les travailleurs sociaux pourraient recommander des contacts directs ou indirects entre l'enfant adopté, les parents adoptifs et les parents biologiques ou des personnes parentes, le cas échéant. La fréquence des contacts serait convenue mutuellement par les parties à l'adoption et dans les cas où l'enfant en manifeste le désir et où elle est dans l'intérêt primordial de ce dernier.

Les demandeurs en adoption voudront peut-être se renseigner au sujet de l'adoption ouverte en discutant avec le travailleur social des services d'adoption de leur région, en lisant les articles et les documents disponibles à ce sujet, en communiquant avec des organisations de parents adoptifs, d'enfants adoptés et de parents biologiques, ou en assistant à des ateliers sur l'adoption ouverte.

Origine raciale de l'enfant

Dans cette section, il est question de l'origine raciale des enfants qui sont offerts en adoption au Nouveau-Brunswick. Veuillez cocher toutes les origines raciales de l'enfant ou des enfants que vous voulez adopter. Le Ministère recherche activement des demandeurs en adoption qui ont la même origine raciale ou culturelle que l'enfant dont il planifie l'adoption. La préservation du patrimoine racial, ethnique et culturel de l'enfant dans le cadre du processus d'adoption est importante. La continuité ethnique et culturelle chez l'enfant contribue à l'acquisition des compétences nécessaires à la réussite de son intégration dans une société multiethnique.

Nota :

Un enfant autochtone est un enfant inscrit en vertu de la Loi sur les Indiens (Canada) ou dont un parent biologique est inscrit en vertu de la Loi, ou qui a moins de 12 ans et dont un parent biologique est d'ascendance autochtone et se considère Autochtone, ou qui a 12 ans ou plus, est d'ascendance autochtone et se considère Autochtone.

