



Comité National de l'Enfance

13 boulevard Lefebvre 75015 Paris

ADOPTION INTERNATIONALE
AIDE A L'INTÉGRATION DE L'ENFANT DANS SA FAMILLE
ET DANS SON PAYS D'ADOPTION

Conférence présidée par

Le Docteur Jean LAVAUD

Président du Comité National de l'Enfance

avec la participation

de Madame Édith SUDRE

Magistrat

Adjointe de l'Ambassadeur

Chargé de l'adoption internationale

Présentation du Service de l'Adoption Internationale et contexte de l'adoption

du Docteur Aurélie HARF

Psychiatre - Maison de Solenn – Paris

Les aspects transculturels

du Docteur Anne de TRUCHIS

Pédiatre – Versailles

Les aspects médicaux

du Docteur Marie-Odile PEROUSE de MONTCLOS

Les aspects psychologiques

Psychiatre - Hôpital Sainte-Anne Paris

26 mai 2010



DOCTEUR JEAN LAVAUD

Bonjour à tous.

Je voudrais tout d'abord remercier mon ami le Professeur Dominique GENDREL, chef du service de pédiatrie de l'Hôpital Saint Vincent de Paul, qui met cet amphithéâtre à notre disposition.

Nous avons choisi de parler aujourd'hui de l'Adoption internationale et des problèmes d'intégration des enfants adoptés à l'étranger à la fois dans leur pays d'adoption et leur famille.

Vous savez qu'à la suite du rapport de M. COLOMBANI sur l'adoption, a été constitué l'an dernier, au sein du Ministère des Affaires étrangères et européennes un service de l'Adoption Internationale (SAI).

M. Jean-Paul MONCHAU, ambassadeur en charge de ce service devait venir. Malheureusement, il en a été empêché et a donc demandé à Mme SUDRE, qui est magistrate, de le remplacer.

Ensuite, nous aborderons les aspects transculturels qui seront traités par Mme le Docteur Aurélie HARF et qui vient de la Maison de Solenn ; je pense qu'elle partage dans ce domaine les points de vue de Mme MORO.

Puis, les aspects médicaux avec Mme le Dr. de TRUCHIS, qui vient de publier un article remarquable dans « Pédiatrie Pratique ».

On terminera avec Mme le Dr. Marie-Odile PÉROUSE de MONTCLOS, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Sainte Anne.

Je pense que ces différents interventions vous permettront de faire le point sur tout ce qui a changé dans ce domaine et susciteront un grand nombre de questions.

Je passe immédiatement la parole à Madame Edith SUDRE.



MADAME EDITH SUDRE
PRÉSENTATION DU SERVICE DE L'ADOPTION INTERNATIONALE
ET CONTEXTE DE L'ADOPTION

Merci beaucoup Docteur LAVAUD.

Comme vient de vous le dire le Docteur LAVAUD, c'est à la suite du rapport de Monsieur Jean-Marie Colombani, remis au Président de la République en mars 2008 (cela fait déjà deux ans et ce rapport est déjà dépassé par certains côtés, tant les évolutions sont rapides dans ce domaine) qu'a été créé le Service de l'Adoption Internationale (SAI).

Dans ce rapport, Monsieur Jean-Marie Colombani faisait le point sur l'adoption en France. Il a ainsi relevé un certain nombre de difficultés et fait plusieurs recommandations afin de permettre aux candidats français à l'adoption de réaliser leur projet dans des conditions optimales.

Les grands principes

L'adoption internationale repose sur deux textes internationaux fondamentaux : la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) du 10 novembre 1989 et la Convention de la Haye sur la protection de l'enfant et la coopération en matière d'adoption internationale du 29 mai 1993.

Ces textes sont les fondements du SAI. On ne peut travailler au SAI sans être totalement imprégné par les principes qui résultent de ces textes.

Concernant la **Convention Internationale des Droits de l'enfant**, je voudrais citer l'article 21 qui fait état de la notion d'intérêt supérieur de l'enfant. C'est une notion à géométrie variable sur laquelle on pourrait disserter des heures durant. C'est une notion difficile à manier à laquelle les juristes sont souvent confrontés. Je pense notamment à ces situations dont les médias se font parfois l'écho et qui sont portées devant les tribunaux auxquels on demande de se prononcer pour déterminer si l'intérêt de l'enfant est d'être confié à une famille adoptive ou d'être remis à sa famille d'origine qui le réclame. Poser le problème comme cela c'est déjà mal le poser parce que c'est le poser par rapport par rapport à une famille. Or, l'intérêt de l'enfant ne peut se confondre avec celui de la famille à qui il est confié qu'elle soit biologique ou adoptive. L'intérêt supérieur de l'enfant impose de tout centrer sur l'enfant, son histoire, son vécu. C'est aussi tenter de faire une prospective sur son avenir.

L'adoption est d'abord une mesure de protection de l'enfance. Elle a pour objectif de rechercher le cadre familial le plus adapté, le plus harmonieux, pour permettre à un enfant de bénéficier du cadre de vie le plus équilibré et le plus épanouissant.

Lorsqu'ils sont amenés à statuer sur des situations juridiques parfois très épineuses, la réflexion des magistrats doit être empreinte de cette notion d'intérêt supérieur de l'enfant tout en étant liée bien sûr au cadre juridique auquel ils sont confrontés.

Concernant la **Convention de la Haye du 29 mai 1993** que la France a ratifié en 1998, je voudrais citer le préambule de ce texte qui souligne le caractère subsidiaire de l'adoption. L'adoption ne peut être envisagée que si aucune autre possibilité de prendre en charge un enfant dans son pays d'origine ne peut être trouvée.

Les grands principes édictés par ce texte sont :

- l'intérêt supérieur de l'enfant
- le principe de subsidiarité
- la prohibition de profits indus pour prévenir tout trafic d'enfant et lutter contre tout risque d'enlèvement d'enfants. Vous vous souvenez sans doute de l'affaire de l'Arche de Zoé qui a fait couler beaucoup d'encre. Au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant, on a vu des « illuminés » procéder à de véritables enlèvements d'enfants. C'est contre ce genre de comportement que nous devons vigoureusement et fermement lutter au quotidien.
- La mise en place de garanties dans le pays d'origine : choix des organes chargés de se prononcer sur l'adoptabilité des enfants, de procéder à l'apparement des enfants. Il importe que cet apparement qui consiste à proposer un enfant à une famille ne se fasse pas par le biais d'associations privées mais soit réalisé par des autorités indépendantes, compétentes et contrôlées. Ces garanties doivent aussi être mises en place dans le pays d'accueil : recours à des organismes agréés c'est-à-dire à des structures contrôlées et encadrées pour conduire les procédures d'adoption
- La mise en œuvre d'une coopération entre les Etats pour améliorer les conditions de fonctionnement et faire avancer les choses au quotidien. Au mois de juin prochain, une réunion des pays membres de



la CLH 93 se tiendra à la Haye pour réfléchir notamment à l'édition d'un deuxième « guide des bonnes pratiques ». Il importe en effet, d'adapter concrètement les grands principes aux réalités quotidiennes de chacun des pays.

A ce jour, 81 Etats ont ratifié officiellement la CLH 93. Le Kazakhstan qui sera le 82^{ème} Etat n'a pas encore déposé les actes officiels. Sur le continent américain, seule l'Argentine n'a pas ratifié la CLH 93. En Afrique où l'on compte beaucoup d'enfants des rues et d'enfants privés de famille (conséquences du sida notamment) on compte 11 pays signataires de la CLH 93 seulement. A l'inverse le l'Europe est très engagée. La Russie n'a pas ratifié la CLH 93 mais un accord bilatéral franco-russe est en cours de négociations afin de mieux encadrer les procédures d'adoption. En 2009, 288 adoptions ont été réalisées. Sur ces 288 adoptions 228 adoptions ont été menées de manière individuelle.

La Chine a mis en place un système de procédure d'adoption très encadré qui fonctionne de manière chronologique. Les délais d'attente sont actuellement de quatre ans.

Les deux formes d'adoption en droit français

Il existe en France et dans le monde **deux types d'adoption** : l'adoption simple et l'adoption plénière. Dans les deux cas, il y a création d'un lien de filiation. Ce n'est ni une tutelle, ni un parrainage, ni une prise en charge.

Dans le cas de l'adoption simple, il y a superposition de la famille adoptive à la famille d'origine. L'enfant adopté conserve des liens avec sa famille d'origine. Cette forme d'adoption est révoquée pour motifs graves.

L'adoption plénière est une adoption plus complète qui entraîne la rupture complète et irrévocable des liens de filiation avec la famille d'origine. La famille adoptive se substitue à la famille d'origine. Cette forme d'adoption n'est possible en France que pour les mineurs de moins de 15 ans et est possible jusqu'à 20 ans dans des situations particulières.

L'acte de naissance d'origine de l'enfant disparaît et un nouvel acte de naissance est créé mentionnant que l'enfant adopté est le fils de... (nom du père adoptif) et de... (nom de la mère adoptive).

Quels sont les enfants adoptables en droit français ?

On retrouve à peu près les mêmes critères dans l'ensemble des pays d'origine avec parfois des conditions particulières (au Mali, seuls les enfants orphelins de père et de mère).

En droit français peuvent être adoptés :

- les enfants pupilles de l'Etat, recueillis par le Service de l'Aide Sociale à l'Enfance,
- les enfants pour lesquels les père et mère ou le conseil de famille ont valablement consenti à leur adoption,
- les enfants déclarés abandonnés dans les conditions de l'article 350 du code civil,
- l'enfant du conjoint : s'agissant de l'adoption plénière celle-ci n'est autorisée que si le parent, ex-conjoint, s'est vu retirer l'autorité parentale ou est décédé et n'a pas laissé d'ascendants au premier degré ou lorsque ceux-ci se sont manifestement désintéressés de l'enfant,
- les enfants étrangers : lorsqu'ils ont été déclarés adoptables dans leur pays d'origine.

Comment se déroule une procédure d'adoption en France ?

Les candidats doivent tout d'abord obtenir un agrément. L'agrément est, en droit français, une capacité à adopter telle que reconnue par un conseil général après une enquête sociale et une évaluation psychologique. En France, l'agrément est délivré par le Président du conseil général du département du domicile du candidat à l'adoption.

Or, le Président du conseil général est un homme politique, un élu et cette situation est source de difficultés ainsi que Monsieur Jean-Marie Colombani a pu le souligner en rappelant que le nombre d'agrément délivrés en France était disproportionné par rapport au nombre d'adoption effectivement réalisées. Il y a entre 7 et 8000 agréments délivrés chaque année. Compte tenu des délais d'attente,



on dénombre près de 30000 dossiers en attente alors que seulement 3000 adoptions internationales environ, sont réalisées chaque année.

Ce rapport entre l'offre et la demande est considérable et ne peut que générer des frustrations de la part des familles qui ont souvent connu une histoire douloureuse et difficile en raison des échecs de parentalité qu'ils ont vécu et se sont parfois résignés à la procédure d'adoption. Il y a un long cheminement entre la renonciation à un enfant biologique et l'adoption.

Après avoir obtenu leur agrément, les candidats à l'adoption peuvent s'adresser à un organisme autorisé pour l'adoption (OAA), à l'Agence Française de l'adoption ou engager leur procédure de manière individuelle.

Les OAA sont le plus souvent des associations constituées de parents adoptifs qui ont voulu faire partager leur expérience. Ils sont autorisés à intervenir dans le département où ils ont leur siège et peuvent aussi demander à être autorisés dans d'autres départements en France. Ils sont ensuite habilités par le SAI pour intervenir dans tel ou tel pays et doivent enfin être accrédités par le pays d'origine. C'est au niveau de l'habilitation que le SAI exerce un rôle important et mène une action de politique stratégique. Ainsi par exemple le SAI a demandé récemment à des OAA de s'implanter en République Démocratique du Congo. Il a fait la même démarche auprès de l'Agence Française pour l'Adoption (AFA).

Cette dernière a été créée en 2006 pour permettre à tous les candidats français à l'adoption de pouvoir engager une procédure d'adoption en bénéficiant d'un accompagnement. Je vous dis cela parce que l'AFA a été créée pour combler le vide des familles dont les OAA qui pratiquent une sélection ont refusé le dossier. L'AFA a en effet été créée pour prendre en charge les familles qui sans elle, sont contraintes d'adopter de manière individuelle.

La France est l'un des rares pays signataire de la CLH 93 à autoriser la procédure individuelle d'adoption. Entre les pays membres de la CLH 93 les procédures d'adoption individuelles sont interdites : la procédure d'adoption ne peut être réalisée que par l'intermédiaire des autorités centrales ou des organismes agréés qu'ils soient publics ou privés. La procédure d'adoption individuelle n'est possible en France qu'avec les pays non signataires de la CLH 93.

Carte de répartition des OAA

Bien entendu je vous parlerai d'Haïti où 12 OAA sont présents. Vous pouvez noter que 5 OAA sont présents au Vietnam, 7 en Ethiopie (pays non signataire de la CLH 93 qui a décidé que les procédures d'adoption devraient obligatoirement être réalisées par un organisme agréé).

Evolution de l'adoption internationale : quelques chiffres

Les chiffres révèlent qu'entre 2006 (3985 adoptions internationales) et 2009 (3017 adoptions internationales) la France enregistre une baisse du nombre des adoptions réalisées. Cette contraction est mondiale. En 2009 cette baisse a été de : 27 % aux Etats-Unis (12000 adoptions), 15 % en Espagne, 7,5 % en France. Même l'Italie qui enregistrait une augmentation constante du nombre de ses adoptions depuis 2000 a connu pour la première fois, une stagnation en 2009.

Ces chiffres révèlent également que l'adoption internationale est très concentrée : 81 % des adoptions réalisées par des candidats français concernent 10 pays, ce qui est très peu.

Autre chiffre intéressant : 28 % des adoptions réalisées par la France concernent des pays signataires de la CLH 93. Pour l'exprimer autrement, cela signifie que 72 % des adoptions réalisées par des familles françaises sont menées dans des pays non signataires de la CLH 93. C'est dire l'importance pour le SAI de s'assurer que les procédures d'adoption sont menées de manière rigoureuse mais aussi, de veiller, contrôler, s'adapter, mener une stratégie dans les pays d'origine afin d'informer au mieux les nombreux candidats français à l'adoption sur les pays où l'adoption reste encore possible. Le SAI mène à ce titre un travail important de synergie et d'animation avec des implications politiques considérables.



Liste des 21 premiers pays d'origine des enfants adoptés par des familles françaises

<u>Pays</u>	<u>Nombre d'adoptions</u>
Haïti	651
Ethiopie	445
Vietnam	308
Russie	288
Colombie	241
Mali	117
Chine	102
Cameroun	79
Côte d'Ivoire	68
Brésil	63
Ukraine	59
Thaïlande	45
Lettonie	44
R.D. Congo	42
Tunisie	31
Kazakhstan	30
Congo-Brazzaville	29
Madagascar	26
Burkina Faso	25
Djibouti	24
Pologne	24

95 % des adoptions réalisées par des candidats français concernent ces 21 pays.

Haïti est le premier pays d'origine des enfants adoptés par des candidats français. C'est dire combien le séisme en Haïti a eu des répercussions. Le Centre de crise du ministère des Affaires étrangères et européennes en a eu très vite conscience au point de considérer que les réactions des familles en cours de procédure d'adoption ont créé une crise dans la crise. C'est ainsi qu'au cours des dix premiers jours alors que des gens étaient sous les décombres et que l'urgence était de sauver des vies, on a assisté à un phénomène très particulier lié à l'anxiété des familles en cours de procédure d'adoption qui souhaitaient avoir des nouvelles de « leur enfant ». A cette occasion, un dispositif de grande envergure a été mis en place pour pouvoir répondre aux milliers d'appels téléphoniques, courriels qui nous ont été adressés.

L'Ethiopie, pays non signataire de la CLH 93 est le deuxième pays d'origine des enfants adoptés.

Le Vietnam est le troisième pays. Ce pays doit ratifier prochainement la CLH 93 et nous travaillons avec le bureau permanent de la Haye pour l'aider à se doter d'une législation adaptée. Une adhésion à la CLH 93 suppose en effet la mise en place : d'une législation conforme aux principes du texte et de structures adaptées afin de s'assurer des conditions d'adoptabilité de l'enfant. Au Vietnam, il y a de nombreux enfants trouvés, des enfants abandonnés, des enfants remis à des orphelinats. Il importe de s'assurer qu'un consentement à l'adoption a été donné en connaissance de cause, que l'enfant n'a pas de famille ou de parent susceptible de le prendre en charge qu'ainsi l'adoption est bien la solution ultime à laquelle on peut recourir.

La Russie est le quatrième pays d'origine des enfants adoptés par des familles françaises, la Colombie le cinquième.

Quelles sont les missions du SAI ?

►Elaborer une stratégie de l'adoption internationale

Dans son rapport, Jean-Marie Colombani avait mis en exergue que certes il existait un service qui contrôlait la régularité des procédures d'adoption et assurait la délivrance des visas mais que ce service ne menait pas de véritable action pour orienter les familles vers les pays où l'on pouvait à la fois trouver des enfants adoptables et les conditions d'une adoption réussie. Il ne faut en effet jamais oublier les risques d'échec à l'adoption.



Pour la première fois en 2009, le SAI a été doté de crédits de coopération d'un montant de 950 000 euros afin de nous permettre comme d'autres pays comme l'Italie, l'Espagne, les Etats-Unis, le Canada de financer des projets de coopération en faveur de l'enfance privée de famille ou de renforcer l'action des autorités centrales des pays d'origine.

Il ne s'agit pas de créer un orphelinat ou de favoriser en tant que telle l'adoption. Il s'agit de projets institutionnels : formation de puéricultrices, de travailleurs sociaux, qui vont prendre en charge les enfants qui ne sont pas adoptables dans les orphelinats .L'objectif est d'aider les pays d'origine à se doter de structures adaptées pour prendre en charge leurs enfants privés de famille. Le SAI a ainsi financé une action de formation de magistrats pour les inciter à se montrer vigilants sur les conditions d'adoptabilité des enfants, sur les conditions dans lesquelles le consentement à adoption a pu être recueilli...

► Assurer la régulation et le contrôle des opérateurs

Le SAI est organe de tutelle de l'AFA et des OAA. Il habilite les OAA et leur verse des subventions. S'il constate qu'un OAA a manqué à ses obligations et notamment aux principes éthiques de la CLH 93, il peut intervenir et lui interdire d'œuvrer dans un pays.

Par exemple en Ethiopie, pays non signataire de la CLH 93, dans lequel pour autant les adoptions ne peuvent être réalisées que par l'intermédiaire d'un organisme agréé, il n'y a pas d'état civil. Les enfants sont le plus souvent des enfants trouvés, des enfants abandonnés pour lesquels les magistrats éthiopiens se contentent d'entendre des témoins pour considérer que ces enfants sont adoptables. Les mères de ces enfants sont souvent très jeunes ou atteintes du sida et donc en situation de détresse. Il importe également de s'assurer des conditions de l'apparement et des conditions financières de fonctionnement des orphelinats accueillant les enfants.

Les OAA ont ainsi pour mission de :

- travailler avec des crèches ou des orphelinats présentant des gages de sérieux avec lesquels ils peuvent agir en confiance
- de veiller autant que faire se peut à la bonne tenue et à l'hygiène des locaux,
- d'œuvrer pour obtenir des renseignements fiables sur les bilans médicaux des enfants afin que la famille adoptante soit correctement informée.

► Assurer la veille juridique des procédures et autoriser la délivrance des visas

Le SAI veille à ce que la décision prononçant l'adoption qui a été rendue dans le pays d'origine puisse ensuite être reconnue en France afin que l'enfant soit considéré en France comme un enfant adopté avec toutes les conséquences que cela entraîne au titre des droits et devoirs.

Les décisions prononçant une adoption à l'étranger sont reconnues de plein droit en France sous réserve que leur régularité internationale ne soit pas contestée devant un tribunal français.

C'est la raison pour laquelle, les procédures rendues à l'étranger doivent faire l'objet soit d'un exequatur, soit d'une vérification d'opposabilité par le parquet de Nantes soit faire l'objet d'une nouvelle procédure en France. En effet, dans certains pays la décision prononçant l'adoption ne résulte pas d'un jugement mais correspond à une décision administrative. Ainsi au Vietnam, l'acte d'adoption résulte de la remise officielle de l'enfant par le Comité populaire à la famille adoptante. Pour que l'adoption soit reconnue en France en tant qu'adoption plénière, la famille doit engager une procédure d'adoption en France, en démontrant que le consentement a été donné conformément aux critères du droit français de l'adoption plénière.

La reconnaissance en France de la décision étrangère a également une incidence sur la nationalité. En cas d'adoption plénière, l'enfant acquiert automatiquement la nationalité française dès lors que l'un des parents adoptifs est français. En cas d'adoption simple il faudra après exequatur de la décision étrangère faire une déclaration de nationalité française devant le tribunal d'instance compétent.

Une procédure d'adoption ne doit pas non plus être l'occasion d'un détournement aux règles de l'immigration. De telles situations se rencontrent dans des procédures dites intra familiales (exemple au Cameroun) : des couples mixtes engagent une procédure d'adoption de neveu ou nièce sans que le lien de parenté ne soit effectivement établi et des enfants de 12, 13 ,14 ans arrivent ainsi en France dans le cadre d'une procédure d'adoption alors que l'objectif recherché n'est pas de créer un lien de filiation mais de prendre en charge un enfant pour des raisons sociologiques. Le SAI a dans ce cas un rôle important à jouer en refusant lorsque la fraude est avérée l'autorisation de délivrance du visa long séjour adoption.



► **Mener des actions de coopération**

Les actions de coopération mises en place par le SAI constituent une nouveauté et correspondent au souci de mettre en place une stratégie avec les pays d'origine. Elles tendent à la mise en place de projets en faveur de l'enfance privée de famille et à renforcer l'action des autorités centrales.

En août 2008 a été créé le réseau des Volontaires pour la protection de l'enfance et l'adoption internationale (VAI). Ces VAI au nombre de neuf actuellement installées le plus souvent à l'ambassade ont pour mission d'établir des relations pérennes avec les institutions locales, de suivre l'évolution de réformes législatives des pays dans lesquelles elles sont implantées dans la perspective d'une transition la Haye, de mener des actions de coopération en faveur de l'enfance privée de famille.

En décembre 2009, le SAI a organisé à Paris, une réunion de l'ensemble des VAI en vue d'un partage d'expérience. Il a invité à cette occasion, un représentant du Service Social International de Genève, de l'UNICEF, et du Bureau permanent de la Haye afin de présenter leur travail. En effet, ce réseau est unique au monde et nous estimions qu'il était important qu'il soit reconnu au plan international. Le travail des VAI bien que lié à la situation des crèches et des orphelinats est davantage axé sur la notion de protection de l'enfance que sur la notion d'adoption.

Cet échange d'expériences a été particulièrement riche. Les VAI sont toutes des jeunes femmes, très motivées qui ont dû parfois se battre pour être acceptées au sein des ambassades et des institutions locales. Au Vietnam et au Cambodge leur travail est d'autant plus important que ces deux pays sont en phase de transition la Haye. A Madagascar le rôle de la VAI s'est également avéré très utile du fait qu'il s'agit d'un pays qui vient de ratifier la CLH 93 et est encore très instable politiquement.

A côté des mesures de protection de l'enfance ces crédits de coopération sont utilisés pour aider les autorités centrales des pays d'origine à renforcer leur pouvoir afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle et de veiller à ce qu'un enfant ne soit pas confié à une famille dans des conditions douteuses.

Actuellement à Madagascar, la situation économique est telle que les orphelinats ne disposent pas d'assez d'argent pour subvenir aux besoins des enfants qui se retrouvent dans les rues. La France a ainsi suggéré à l'autorité centrale malgache de gérer un système de contribution financière des candidats à l'adoption sous forme d'une somme forfaitaire destinée à l'entretien de tous les enfants qu'il s'agisse ou non adoptables.

Comme vous pouvez le constater la frontière est parfois ténue, mais ces actions permettent à la France de se positionner clairement en faveur d'une politique de protection de l'enfance dont l'adoption fait partie.

Les VAI ont des contrats de deux ans. Elles sont payées à hauteur de 45 % par le ministère des Affaires étrangères et européennes, le solde est versé par des conseils généraux ou de grandes entreprises mécènes. Fin 2010, la question de la pérennisation de ce réseau va se poser pour des questions purement budgétaires.

Pour finir sur ce chapitre j'ajouterai, que si les actions de formation des puéricultrices, travailleurs sociaux ou magistrats constituent l'essentiel de notre programme de coopération, nous menons aussi quelques actions culturelles (bibliothèques en Colombie).

Le nouveau profil des enfants proposés à l'adoption

De moins en moins d'enfants sont proposés à l'adoption internationale. Nous ne pouvons que nous en réjouir puisque cela signifie que de plus en plus de pays sont en mesure de prendre en charge leurs enfants privés de famille.

Le profil des enfants proposés à l'adoption a changé. Les enfants sont de plus en plus des enfants plus âgés (5, 7, 10 ans, des fratries, des enfants présentant des pathologies).

Au Guatemala, l'adoption est encore fermée en raison de dérives considérables constatées dans le passé. Une reprise des adoptions est en train de s'amorcer mais uniquement à titre expérimental et pour des enfants présentant des particularités.

Les Italiens adoptent beaucoup. Les chiffres révèlent toutefois que 55 % des adoptions réalisées par des familles italiennes concernent des enfants de plus de 5 ans. Les familles françaises ne sont que 25 % à accepter des enfants de cet âge.



A titre d'exemple, en Pologne l'Italie a réalisé en 2009, 241 adoptions contre 19 pour la France. Pourquoi ? Parce que les seuls enfants proposés à l'adoption en Pologne sont tous âgés de plus de 7 ans. Les candidats français ne sont pas préparés psychologiquement à ce type d'adoption : ils veulent pour l'essentiel de très jeunes enfants voire des bébés. Certes cela est encore possible dans certains pays comme la Chine ou le Vietnam mais il faut savoir attendre longtemps : 4 ans pour la Chine.

Autre exemple, un projet d'adoption portant sur une fratrie peut aller très vite. Ainsi en Colombie vous pouvez adopter en quelques mois une fratrie constituée de 3 ou 4 frères et sœurs. Mais combien de familles françaises sont prêtes et surtout préparées à l'accueil de ces enfants dont l'âge peut varier de 2ans à 12 ans. C'est très difficile. Cela constitue un véritable sujet de réflexion.

Les mêmes questions se posent pour les enfants présentant des pathologies : problème du bilan médical, de l'information des familles et des relations avec le pays d'origine pour appréhender correctement le dossier de l'enfant

Ce sujet est tellement vaste que je pourrais continuer encore longtemps mais je vais laisser la place aux autres intervenants.

DOCTEUR LAVAUD

Vous avez été très claire et très brillante.

QUESTION

Pourquoi la France continue à autoriser les adoptions individuelles ? N'y a-t-il pas une incohérence entre avoir ratifié la Convention de la Haye et maintenir ce droit ?

MADAME SUDRE

Tout simplement parce qu'il existe des actions de lobbying extrêmement importantes. Je pense par exemple à des familles qui ont adopté il y a 7-8 ans en Russie et qui sont persuadées que leur seule chance d'aboutir aujourd'hui reste la voie individuelle. Et elles ont raison, les chiffres le prouvent. L'an dernier, l'AFA n'a réalisé que 8 adoptions en Russie. Il en est de même pour les OAA. Il faut dire qu'il est très difficile de s'implanter en Russie car il y a tout un réseau d'avocats, un réseau administratif extrêmement lourd.

Ces familles s'unissent au sein d'associations et jouent un rôle très important, avec des implications politiques.

Pour autant, et le SAI mène un vrai combat pour tenter de mettre un terme à l'adoption individuelle.

En Russie et en Haïti, la grande majorité des adoptions est individuelle (228/288 en Russie et 451/551 en Haïti).

En France, 40% des adoptions sont des adoptions individuelles et 60% par le biais de l'AFA et des OAA. Sur ces 40%, Haïti et la Russie représentent 57% à eux seuls.

Actuellement, nous travaillons sur la Russie, dans le cadre d'un accord bilatéral. Les Russes ne veulent pas ratifier la Convention de la Haye mais acceptent les accords bilatéraux pour choisir leurs partenaires. Ils travaillent déjà avec l'Italie, sont en pourparlers avec l'Espagne et les Etats-Unis et, plus récemment, avec la France.

Cet accord ne se concrétisera pas avant fin 2011, car si l'on souhaite mettre un terme aux adoptions individuelles avec la Russie, cela nécessite en amont des textes, une loi, un encadrement juridique particulier qu'il va falloir mettre en place.

En Haïti, le gouvernement a voté tout récemment une loi précisant que les adoptions ne pourront plus se réaliser que par le biais d'OAA.



QUESTION D'UNE MÈRE ADOPTIVE D'UN ENFANT AGÉ :

Le gros problème de l'intégration d'un enfant âgé en France, c'est la scolarité - surtout en région parisienne. Quand on a déjà adopté un enfant de plus de 5 ans, on n'a nullement envie d'en adopter un second car cela se passe trop mal. Au contraire des pays environnants, l'Education Nationale Française n'est pas assez souple et ne tolère pas plus d'un an de retard dans le primaire.

Nous avons même envisagé de déménager en Suisse ou en Belgique.

MADAME SUDRE :

Certes, il y a souvent un problème de langue même s'il n'est pas le seul et il est certain que l'intégration est d'autant plus facile que l'enfant est jeune. Cela démontre que nous devons pouvoir travailler avec les parents et mettre en place des structures au niveau national pour accueillir ces enfants

Nous avons interrogés les Italiens pour savoir s'ils constataient davantage d'échecs à l'adoption avec ces enfants plus âgés. A priori et jusqu'à 10 ans, les choses se passent bien, mais ils attendent les conclusions d'une étude en cours sur ce sujet.

Commentaire de la salle :

Ce que l'on constate en France, c'est la majoration des difficultés pour les enfants qui ne sont pas passés par l'école maternelle et qui peinent énormément à intégrer le système scolaire français (école primaire).

Commentaire de la salle :

Je suis la typique maman qui a adopté son fils en 2005 en Russie, seule, en 3 mois. A cette époque, on comptait environ 600 adoptions individuelles par an en Russie ; nous en sommes à 288 depuis que l'AFA s'est implantée. Il en est de même au Vietnam où il n'y en a plus que 308. Je fais partie de ces personnes qui font du lobbying d'autant que je ne rentrais pas « dans les cases » ; j'avais 38 ans, un agrément de célibataire et que j'avais été rejetée par toutes les OAA. Quand on souhaite adopter, il faut faire des calculs rétroactifs, s'y prendre très tôt pour correspondre au bon profil, à toutes les normes, à savoir se marier à 20 ans, tenter de faire un bébé à 24-25 ans, quand on constate que cela ne fonctionne pas, il faut vite jeter l'éponge, assurer sa carrière, acheter la maison, etc... et là, à 30 ans, on devient le couple idéal pour l'adoption et pour certains, c'est même encore mieux si l'on est baptisés et pratiquants. Il ne faut pas nier le côté sectaire de certaines OAA.

Alors il faut se débrouiller seul et je ne pense pas qu'en Russie il existe un trafic énorme d'enfants car la procédure russe est particulièrement lourde.

MADAME SUDRE

Madame, si je peux me permettre de vous répondre, je dois vous dire que pour vous les choses se sont bien passées, tant mieux ; mais au Service de l'Adoption Internationale, nous sommes quotidiennement saisis par des familles qui justement ont engagé des procédures d'adoption de manière individuelle et qui se sont faites gruger. Financièrement d'abord, mais aussi par rapport à l'enfant lui-même. Et pour ne pas parler de la Russie mais du Kazakhstan qui n'est pas si loin, nous avons actuellement le cas de 4 familles qui se sont vues confier des enfants dans un orphelinat et bien que des liens se soient créés entre les parents adoptants et les enfants, les procédures n'ont pas abouti. Et là, on est obligé de revenir à la notion fondamentale de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Dans ces cas, on sait faire appel au SAI, là on sait demander au service d'intervenir, de solliciter l'ambassade, les différents intervenants, les parlementaires, les hommes politiques pour tenter de résoudre des situations extrêmement compliquées.



DOCTEUR MARIE-ODILE PEROUSE DE MONTCLOS **PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT ADOPTÉ**

Je remercie d'abord les précédents orateurs qui m'ont ouvert un champ absolument extraordinaire en montrant bien qu'en parlant du corps, on parle du psychisme, comme l'a bien montré à l'instant Mme de TRUCHIS.

Je vais tenter d'être le plus synthétique possible sur les problèmes essentiels ; le message que je souhaite faire passer aujourd'hui c'est d'une part la complexité de la situation adoptive, dans toutes les représentations théoriques que nous pouvons avoir, nous les pédopsychiatres. Et au fond, qu'est-ce qui fait que l'on s'intéresse ainsi à l'adoption, qui a été longtemps sujet de fortes ambivalences chez les pédopsychiatres, en particulier certains disant qu'un enfant adopté est un enfant comme un autre ; simplement il faut qu'il s'inscrive dans un processus d'affiliation. La psychopathologie de l'enfant adopté est un échec de la greffe affiliative – ce qui est souvent vrai – mais effectivement, la chose est beaucoup plus compliquée, surtout que nous sommes maintenant dans le cadre de l'adoption internationale, avec la pluralité des questions qui se posent dans ce contexte.

Juste, par parenthèses : qu'est-ce qui fait que l'on s'intéresse à l'adoption ? Il existe deux cas de figure, deux profils, soit on a été soi-même parents adoptants, soit on s'y intéresse par d'autres biais - ce qui est mon cas. Et, au fond, dans un parcours très investi du côté de la petite enfance, des liens précoces parents-enfants, de la théorie de l'attachement - avec en parallèle une formation psychanalytique - les effets de l'institutionnalisation sur les enfants et j'insisterai là-dessus à la fin de mon exposé ; on a en effet beaucoup d'enfants qui arrivent chez les parents adoptants après un parcours institutionnel particulièrement chaotique et surtout de multiples ruptures qui - à mon avis - font tout de même le lit principal de la psychopathologie que nous rencontrons actuellement dans nos consultations spécialisées de pédopsychiatrie.

Frédéric SORGUE à Saint Vincent de Paul ou Anne de TRUCHIS à Versailles, qui ont une consultation pédiatrique ont déjà une approche psychologique de la situation d'adoption mais qu'est-ce qui fait qu'on rentre dans la psychopathologie lourde ? On voit des enfants et des adolescents qui présentent des tableaux cliniques extrêmement complexes qui déroutent plus d'un collègue et qui donc justifient une approche multiple plurithéorique et pluridisciplinaire. Et j'insisterai là-dessus.

Dans notre consultation à Sainte Anne spécialisée dans l'adoption internationale qui est une consultation de deuxième intention, face à cette complexité, nous devons trouver un fil rouge qui va permettre de dérouler l'histoire de l'enfant pour l'aider à retrouver une continuité psychique. C'est en tout cas ce vers quoi nous tendons quand nous prenons en charge ces enfants et leurs parents.

Qui dit Adoption dit Abandon

L'adoption est une thématique qui a fondé notre histoire, qu'elle soit culturelle, religieuse ou psychanalytique. Je ne citerai que deux exemples et non des moindres surtout pour les pédopsychiatres : Moïse et Œdipe.

Comme le dit Nicole JEAMMET dans un de ses ouvrages : « Si Moïse n'avait pas été sauvé par la princesse, il serait mort, mais sauvé par elle, il est passé malgré lui dans le camp des ennemis, de ceux qui trahissent ».

Cette phrase est assez fondamentale car elle traduit au fond la problématique de l'enfant adopté et des conflits de loyauté dans lesquels il peut être entraîné du fait de son histoire.

Quant à Œdipe, « pour fuir la prédiction de l'oracle, il est abandonné, adopté et paradoxalement, réalise le meurtre tant redouté... ».

Là encore, on voit le paradoxe et la difficulté pour ses enfants à trouver une cohérence psychique dans les processus de filiation et d'affiliation.

Rappel sur l'enfant et son environnement et les relations mère-enfant qui ont fondé nos réflexions pédo-psychiatriques.

- Le bébé humain est le bébé le plus dépendant qui existe chez les vivants ; cette dépendance est totale et un enfant, un bébé qui ne trouve pas un adulte ou un caregiver qui va s'occuper de lui, le nourrir, le porter, etc... va mourir alors que l'on voit des bébés animaux qui vont très bien se débrouiller. C'est cette dépendance qui est à l'origine de toutes les problématiques que l'on rencontre par la suite.



Donc le bébé doit trouver un caregiver qui va répondre à ses besoins primaires d'attachement.

A partir de là on a vu diverses théories qui sont bien connues et qui ont tenté d'expliquer comment se crée le lien mère/enfant :

- tout d'abord S. FREUD, qui a parlé de la théorie de l'étayage pensant que c'est à travers la relation de nourrissage que le lien se crée

- puis John BOWLBY, psychanalyste, a commencé à s'intéresser à la description de l'empreinte par les éthologues et à la théorie de l'adaptabilité évolutionniste qui préconisent qu'au fond un certain nombre de fonctionnements humains et relationnels sont conditionnés par l'objectif de la survie de l'espèce ; c'est-à-dire que si une mère a un certain nombre de comportements avec son enfant, c'est aussi pour lui permettre de survivre, certes, mais aussi d'assurer la survie de l'espèce.

Et donc BOWLBY s'est inscrit dans sa théorie de l'attachement au carrefour du mouvement psychanalytique psychodynamique mais aussi des descriptions par les éthologues.

En ce qui me concerne, je pense que la théorie de l'attachement est au cœur de la problématique de l'enfant adopté, à partir du moment où il a subi des ruptures.

L'abandon est bien sûr le pire évènement pour l'enfant - nous sommes tous bien d'accord avec cela - en contradiction totale avec le besoin pour l'enfant d'être accompagné sur le long terme par son caregiver c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'avoir quelqu'un les premiers jours, voire les premiers mois, mais sur le long terme. L'enfant, pour se construire, a besoin d'une continuité relationnelle.

L'abandon correspond donc à une rupture traumatique, un phénomène de deuil de la figure d'attachement et bien évidemment l'impact est différent si l'abandon a été précoce et prévu ou tardif et brutal.

Nous sommes nombreux à avoir réfléchi sur cette question et concluons que pour qu'une adoption soit réussie, il faut que l'enfant soit « bien abandonné ».

Pour être bien abandonné, le problème n'est pas la rupture totale des liens avec les parents biologiques, la culture du pays d'origine, etc... le problème est d'ordre psychique. La question est de savoir si les parents de naissance ont, en connaissance de cause et pour des raisons qui les concernent, réellement abandonné leur enfant afin qu'il puisse être psychiquement adopté par les parents d'accueil. L'abandon reste donc une situation de grande vulnérabilité pour l'enfant.

Les causes de l'abandon sont multiples :

- à la naissance (il n'y a pas encore réellement de lien constitué, même s'il se passe beaucoup de choses pendant le grossesse entre la mère et l'enfant) les raisons sont liées à la précarité, à la grossesse cachée dans un contexte social et culturel particulier, à une pathologie maternelle, à une conception traumatique, à une fratrie nombreuse.

On voit bien que les problèmes les plus graves pour l'accès à sa propre histoire sont par exemple la révélation d'un viol.

- plus tard, les choses sont beaucoup compliquées surtout si un lien s'est constitué entre l'enfant et sa mère biologique, car il s'agit alors d'un délaissement, du décès des parents, d'une incapacité parentale, voire d'une maltraitance, suivi d'un placement.

Quelle est la fantasmagorie de l'abandon ?

Elle est très importante pour tout le monde : bien sûr pour les parents de naissance, évidemment pour l'enfant adopté, mais aussi beaucoup pour les parents adoptants.

Car en effet, « on a tout dit sur l'adoption, mais on n'a rien dit sur l'abandon », parce que c'est beaucoup plus difficile de parler de l'abandon qui fait référence à des sentiments extrêmement profonds, douloureux, complexes et contradictoires. L'abandon de l'enfant est en contradiction totale avec le dogme de l'amour maternel et c'est en cela qu'il est extrêmement complexe à gérer psychologiquement. Il évoque tous les mythes de la mauvaise mère. Il renvoie à un sentiment de culpabilité non seulement du côté de la mère de naissance mais aussi de l'enfant et des parents adoptants. Et ainsi, il fait le lit de cette fameuse quête des origines de l'enfant adopté et d'un questionnement souvent répété du pourquoi de cet abandon.

Pourtant, cet abandon, quand il est bien fait, bien pensé, même s'il est issu le plus souvent d'une situation de drame familial, peut-être envisagé comme un don fait à l'enfant.

Je crois que c'est comme cela que nous pouvons le penser pour pouvoir le présenter à l'enfant. Il faut aussi qu'il soit mis un lien avec le contexte culturel, et si je vous dis cela, c'est parce que j'ai travaillé pendant plusieurs années dans le Pacifique et en particulier sur les dons d'enfants dans les sociétés



traditionnelles. Il existe certaines cultures au sein desquelles il est quasiment obligatoire, dans différents contextes, de donner son enfant, en retour, suite à un mariage, soit au clan du père, soit au clan de la mère. Dans ces cas-là, l'abandon bien sûr n'a plus du tout la même connotation que chez nous, occidentaux.

Si l'on se place du côté de l'adoption, l'adoption est une chance pour l'enfant. On a parlé de l'intérêt supérieur de l'enfant, c'est comme cela que l'adoption est entendue que ce soit au niveau juridique, social, psychologique. Mais c'est à la fois une chance et c'est pour cela que nous sommes réunis aujourd'hui et que je vous parle de psychopathologie et une source de ruptures multiples surtout en cas d'adoption internationale.

En effet, les placements institutionnels ont été fréquents au préalable et donc l'adoption inaugure un parcours marqué par l'effet de la rencontre avec les parents adoptifs mais aussi par des aléas relationnels, culturels, contextuels et sociétaux.

La rencontre

Classiquement, on a beaucoup travaillé autour de l'adoption en termes d'affiliation adoptive (soit la greffe a pris, soit elle n'a pas pris) et la psychopathologie de l'enfant viendrait de l'échec de l'affiliation adoptive.

Mais nous pensons qu'on ne peut travailler sur l'affiliation (3^{ème} histoire) sans réfléchir sur la première histoire qui est celle de l'enfant avant l'adoption, ni sur la 2^{ème} histoire qui est celle des parents.

Dans une consultation d'adoption internationale, on va réfléchir à ces trois histoires qui évidemment sont interpénétrées, revisitées et font justement la spécificité de chaque affiliation adoptive.

Si l'on revient à l'histoire de l'enfant et des parents, on peut parler de la rencontre d'une histoire complexe chez les parents adoptifs et d'une histoire douloureuse chez l'enfant adopté.

Histoire complexe chez les parents parce que marquée par leur propre histoire de filiation, leur propre pattern d'attachement dans leur famille, par le renoncement à un enfant biologique et donc le deuil de cet enfant avec toute la souffrance que cela comporte ; elle est liée aussi à leur fonctionnement de caregiver c'est-à-dire leur capacité à prendre soin d'un enfant (et l'on sait parfaitement que le caregiving des adultes est très complexe et dépend de très nombreuses conditions) à leur représentation de l'enfant idéal, à la représentation qu'ils ont de l'abandon de l'enfant, à la représentation des parents biologiques ; par exemple, je vous citerai une maman vue récemment en consultation peu de temps après avoir adopté son enfant, très déprimée, et qui m'a dit : « je ne peux pas regarder mon enfant car alors je vois sa mère biologique ». C'est ce que l'on appelle une lourde pathologie du lien mère/enfant et la nécessité d'un suivi très resserré.

S'y ajoutent :

- le problème de la dette et du don ; il est évident que les parents adoptifs se sentent toujours redevables par rapport aux parents biologiques, par rapport à la société, par rapport à l'enfant.
- le contexte culturel et linguistique. En face de cette histoire complexe, on a une histoire douloureuse, celle de l'enfant adopté qui a :
 - été victime d'un abandon
 - développé un pattern d'attachement, un mode d'attachement avec les adultes des orphelinats
 - présente un état somatique et des antécédents liés à la façon dont la grossesse s'est déroulée
- avec une langue maternelle différente de celle des parents adoptants
 - et qui, surtout, a connu des placements et des ruptures diverses.

L'adoption internationale et le processus d'affiliation

L'adoption internationale individuellement est donc une histoire généreuse, créative, mais extrêmement complexe.

Certains processus d'accès à la parentalité sont tout à fait banaux, typiques et les questions sont les mêmes. Comment vont-ils accepter cet enfant réel qui est différent de cet enfant idéal qu'ils avaient imaginé ? Comment vont-ils accepter les spécificités de cet enfant ? Comment vont-ils réorganiser la dynamique familiale avec l'arrivée de ce nouvel enfant ? Comment va-t-il s'inscrire dans la dynamique transgénérationnelle ? Bref, autant de pistes, qui sont tout à fait banales, et c'est là que l'adoption revisite chaque étape de la parentalité et du lien parents-enfant.

Par contre, d'autres spécificités sont à notre avis tout à fait propres à l'adoption et un enfant adopté n'est pas un enfant biologique et je crois qu'il faut considérer l'adoption comme une spécificité qui va donner des particularités absolues au développement de l'enfant.



En termes de caregiving des parents, c'est-à-dire la façon d'être des parents, leur façon de s'occuper de leur enfant, non elle ne sera pas la même si c'est un enfant adopté ou un enfant biologique. L'histoire préalable de l'enfant, elle aussi va donner des spécificités ainsi que l'histoire du vécu négatif de l'abandon et des parents biologiques, et enfin de nombreuses différences référentielles.

Enfin, que peut-on dire de l'adoption internationale ?

On peut dire qu'elle multiplie les enjeux de la différence :

- dissymétrie sociale caractérisée,
- bi-appartenance culturelle,
- impact sur le prénom ; on sait quand même que très souvent les enfants sont renommés quand ils sont adoptés,
- idéalisation du pays d'origine de l'enfant tenu à distance.

Tout cela est revisité et dans tous les cas, ces différences seront vécues différemment par les parents et par les enfants, et là encore, c'est ce grand écart qui va faire la dynamique relationnelle entre parents et enfants.

Que peut-on dire de la psychopathologie de ces enfants ?

Il y a une évolution en fonction du contexte de l'adoption et des différentes conceptions.

Pendant très longtemps, on a dit que la psychopathologie de l'enfant adopté rejoignait la psychopathologie classique que l'on voit en pédopsychiatrie.

Est-ce vrai ?

On retrouve des spécificités de la symptomatologie chez ces enfants, concernant par exemple les troubles que l'on retrouve dans le développement de la petite enfance ; il y a aussi des portes d'entrée spécifiques que ce soit les troubles de l'apprentissage et enfin l'adolescence. On sait que l'adolescence des enfants adoptés est souvent vivace, pour ne pas dire critique.

Pour nous la symptomatologie est très liée à la problématique du lien, très dépendante d'un certain nombre de facteurs : l'âge de l'adoption, l'effet de la rencontre, l'histoire de l'enfant, la spécificité de cet enfant-là avec ces parents-là.

Derrière des symptômes relativement banaux que l'on peut trouver dans toute consultation, on a très souvent des difficultés et des causes très variées.

Comment arrive-t-on du symptôme à la pathologie ?

Dans nos consultations de pédopsychiatrie, on voit arriver des tableaux pathologiques, syndromiques avec des histoires lourdes, des enfants qui ont eu des parcours de soins extrêmement difficiles.

Il y a d'abord l'aspect multifactoriel de l'expression symptomatique. Les causes peuvent être variées, liées au déroulement de la grossesse, à des carences multiples, aux ruptures, aux placements, à la vie en collectivité, à la multiplicité des figures d'attachement.

Les comportements sont très souvent au premier plan et figurent à notre avis l'indicible des aléas relationnels de l'enfant adopté avec son environnement. On a bien sûr des troubles comportementaux qui vont du plus bénin au plus complexe, voire graves ou très explosifs.

Dans le déroulé de l'adoption, on peut constater des comportements étonnamment régressifs lors de l'arrivée dans la famille adoptive ; ces enfants-là vont revisiter des étapes de la toute petite enfance au cours de laquelle ils n'ont jamais pu être accompagnés. Or, le bébé, le jeune enfant a des besoins propres à chaque étape de son développement ; et chez ces enfants adoptés, on s'aperçoit très souvent que leurs besoins de bébé (portage, nourrissage, câlin, jeux de motricité au sol et de sensorialité) n'ont pas été entendus. Or quand l'enfant commence à se sentir en sécurité avec ses parents adoptifs, on le voit régresser, ce qui affole les parents. C'est à ce moment-là qu'ils ont besoin d'être accompagnés, qu'il faut leur dire que justement c'est un très bon signe et qu'il faut qu'ils acceptent que cet enfant de 5 ans a, par exemple, besoin d'être bercé, pour traverser les différentes étapes du développement, et atteindre plus tard ce qui est de l'ordre du cognitif. Ce n'est pas le moment de rêver à son entrée en math sup, la petite section de maternelle lui convient très bien. En un mot, il faut donner du temps au temps pour les laisser vivre les étapes des besoins primaires qui n'ont pas été entendus.



Comment s'orienter entre ce qui serait secondaire aux spécificités de l'histoire de l'enfant adopté et ce qui fait partie de la psychopathologie classique ?

Il y a quand même des facteurs pathogènes particuliers :

- pendant la grossesse : des antécédents de maltraitance, des carences, de l'alcoolisme, de la toxicomanie, et très souvent une intrication somatique et psychologique qui donne le plus souvent, dans les cas pathologiques, des retards de développement, des troubles du comportement.

- pendant la petite enfance et l'enfance, avec la maltraitance, les carences, les placements répétés en institution, en famille d'accueil, les caregivers multiples et l'adoption tardive.

- enfin, à l'adolescence, il y a là-encore des spécificités et en particulier l'on voit beaucoup de passage à l'acte avec une question centrale sur les origines à cet âge et une remise en question des parents qui constitue une réactivation de la question de la parentalité des parents. Tout adolescent remet ses parents en question de manière plus ou moins fluide ou brutale, mais là, cela réactive chez les parents adoptants toute leur propre histoire d'accès à la parentalité et l'échec de la parentalité biologique.

Rappelons rapidement les symptômes classiques chez un jeune enfant et qui sont assez banaux : troubles du langage, de la motricité, de la propreté, du comportement, de la communication, de l'humeur, des syndromes anxieux, des phobies, des affections psychosomatiques, etc...

Ce qui est intéressant, c'est que derrière chaque symptôme, il peut y avoir des tableaux cliniques extrêmement variés. Un symptôme peut être bénin et isolé ou correspondre à des pathologies différentes.

Comment interpréter un retard de langage ?

Inhibition, mutisme sélectif, retard, autisme, signes de surdité ??

A chaque symptôme, à chaque syndrome, dans une consultation adoption, on va revisiter autrement la symptomatologie de l'enfant.

L'agressivité peut être un signe révélateur de carences, de maltraitements, de difficultés de communication, d'un syndrome d'hyperactivité et troubles de l'attention (THADA), d'une psychose, de troubles de l'attachement. Il y a à chaque fois un panel de tableaux cliniques différents.

Les troubles de la propreté (énurésie, encoprésie) peuvent être primaires ou secondaires, réactionnels ou isolés, etc...

Une inhibition toute simple peut là encore cacher des tableaux cliniques extrêmement différents entre quelque chose qui serait de l'ordre d'une pathologie du lien, par exemple dans un attachement insécuré, ou tout simplement une tristesse masquant une vraie dépression, une phobie, une séquelle de maltraitance, ou un trouble instrumental.

De la même façon, une agitation peut révéler des carences éducatives, une anxiété, un THADA.

Un trouble du graphisme peut révéler lui, un retard, une difficulté tout à fait banale de l'enfant à accepter les contraintes, ou encore un trouble envahissant du développement (TED)

Très rapidement, les troubles du langage sont analysés en détail de la même façon que les difficultés motrices et l'on peut également avoir des troubles variés, comme les TED, qui sont des syndromes lourds et que l'on voit malheureusement plus fréquemment chez les enfants qui ont été adoptés et surtout chez ceux qui ont subi l'institutionnalisation.

En sachant que je parle de « troubles autistiques » car il est très important de savoir que chez ces enfants, si ce sont des défenses autistiques liées à un attachement désorganisé et qui serait liées à la maltraitance et à l'institutionnalisation, la création d'un lien positif, voire thérapeutique, de la part des parents, va permettre, avec des soins adaptés dans nos services, par exemple de faire régresser grandement ces troubles. C'est vous dire combien je distingue les troubles autistiques d'un autisme avéré, d'un syndrome d'Asperger, ou d'une psychose symbiotique.

On peut aussi trouver des troubles émotionnels et du fonctionnement social (anxiété sociale, angoisse de séparation bien sûr, d'autant plus accentuée chez ces enfants, des phobies) et différents troubles de l'attachement.



Il y a quand même des tableaux cliniques que l'on retrouve plus fréquemment en cas d'adoption. Si l'adoption a été précoce, c'est-à-dire dès la naissance, je pourrai dire qu'il y a peu de spécificité sauf s'il y a eu beaucoup de carences pendant la grossesse de la mère biologique.

Toutefois, il faut toujours se méfier et ne jamais faire l'impasse de la première histoire de l'enfant. Pour preuve, je vous citerai un cas clinique récent, tout à fait exemplaire : il s'agit d'une enfant de 5 ans, adoptée au Vietnam à 2 mois ½, tout à fait éveillée, intelligente, qui dessine bien, qui parle bien, presque surinvestie au niveau cognitif, presque un peu surdouée, une affiliation sans problème, des parents qui s'en occupent bien, etc.... mais qui consultent parce qu'elle est petite et qu'elle s'en plaint. Il y a seulement 5 ou 10 ans, je n'aurais eu aucune inquiétude pour cette petite fille adoptée à 2 mois ½ ; ils étaient là-bas le jour de la naissance, mais là, je me souviens du schéma qu'il ne faut jamais oublier :

- la première histoire, celle de l'enfant
- la deuxième histoire, celle des adoptants
- la troisième histoire, celle de l'affiliation

J'en profite pour rappeler qu'il est très important pour les professionnels qui travaillent autour de l'adoption d'avoir une représentation de ce que c'est qu'être un parent qui va faire un voyage, voire plusieurs voyages à l'étranger, pour aller chercher un enfant dans un pays dont, en général, il ne connaît pas la langue, les coutumes, les us culturels, le climat, pas plus que les caractéristiques sociétales et politiques.

J'interroge donc ces parents sur les conditions de l'adoption de leur fille.

Ils m'expliquent qu'ils ont adopté au Vietnam en raison de « l'effet Johnny », car quand J. Halliday a adopté au Vietnam, les portes se sont ouvertes et plutôt que de poursuivre leur première intention d'adoption en Russie, ils sont partis au Vietnam. Vous imaginez le parcours psychologique : « quand nous sommes arrivés à l'hôtel au Vietnam, nous n'étions entourés que de parents adoptants. Très vite, ils ont été appelés pour s'entendre dire « nous avons une petite fille pour vous ; elle vient de naître, elle a un jour ». Ils ont pu voir leur fille à l'orphelinat puis sont rentrés quelques semaines en France le temps que les procédures administratives soient réglées. A 2 mois ½, ils ont pu repartir chercher leur fille.

Ils expliquent que tout s'est bien passé, que la petite se développe normalement, qu'ils n'ont en fait rencontré qu'une petite difficulté pour la nourriture.

A cet instant de leur récit, je leur ai demandé comment les choses se passaient à l'orphelinat. Je voulais avoir une représentation de la façon dont les choses se passaient à l'orphelinat et comprendre ce que cette petite fille avait vécu pendant 2 mois ½.

Je le sais, 2 mois ½ cela ne paraît rien ; et pourtant, ils m'ont expliqué qu'il y avait 3 enfants par berceau, emmaillotés en travers du lit et attachés aux barreaux, avec les biberons pendant au-dessus d'eux (il n'y avait pas assez de personnel pour nourrir chaque enfant individuellement). Et donc, très vite, j'ai compris le traumatisme de cette petite fille qui n'avait connu ni les soins de portage minimum, ni les soins de nourrissage. On imagine les angoisses corporelles de ces enfants lorsqu'ils faisaient une fausse route !

Les parents m'expliquent alors que leur fille rejetait tous ses repas, avaient des vomissements en jet et qu'aucun traitement pédiatrique n'en venait à bout.

C'est-à-dire, qu'en fait, cette petite fille était porteuse d'un mérycisme ; derrière la petite taille, symptôme tout à fait bénin mais cause de la consultation, on a terminé sur la découverte de carences majeures des 2-3 premiers mois de cette enfant, et un mérycisme qui a organisé toute la relation entre les parents et leur fille.

Pour l'instant, je ne les ai vu qu'une seule fois mais je sais que l'on va devoir travailler ensemble sur la façon dont le symptôme de l'enfant a interrogé les parents sur leur propre fonctionnement par rapport à l'alimentation et comment, avec leur histoire à eux, ils ont pu répondre à ce symptôme.

Ce sont de bons parents adoptants ; la greffe affiliative a pris. Il n'y a pas de souci de ce côté-là. N'empêche que la spécificité de l'histoire des deux premiers mois de cette enfant a organisé quelque chose dans la relation.

Cette petite fille a été suivie par un pédiatre de très bonne qualité qui a certes constaté les rejets alimentaires mais sans grandes conséquences médicales, car elle va bien, mais il a toutefois conseillé cette consultation spécialisée.

On voit là tout l'intérêt de creuser la première histoire de l'enfant, sinon l'on a vite fait de parler de troubles du lien mère-enfant et de penser que la mère adoptive n'a pas fait le deuil d'un enfant biologique etc...



Il faut donc se méfier de ses propres représentations théoriques et garder à l'esprit qu'il peut exister des problèmes même en cas d'adoption très précoce.

S'il y a eu des placements multiples, on constate très souvent des troubles du lien et de l'attachement avec les conséquences de l'institutionnalisation extrêmement importantes.

Dans l'adoption tardive, on a bien sûr des problèmes d'attachement et de caregiving et tout ce qui est lié aux antécédents de l'enfant.

Enfin, à l'adolescence, on a des spécificités symptomatiques dans l'adoption internationale, avec souvent un parcours de soins complexe s'il n'y a pas d'intervention précoce.

Je voudrais insister tout particulièrement sur deux signes psychopathologiques qui sont spécifiques de ces enfants adoptés et qui sont les syndromes cliniques liés à l'institutionnalisation ;

Je reviens justement d'une conférence qui s'est tenue à l'UNICEF sur les effets de l'institutionnalisation dans le cadre de l'adoption internationale et des conseils que l'on peut donner aux responsables des orphelinats et des institutions.

Il faut le savoir, pour un enfant l'institutionnalisation, c'est terrible, avec des degrés variés bien sûr, en rapport avec l'âge de l'enfant, la durée des séjours et le fonctionnement des institutions : pour les enfants placés dès la naissance, on peut avoir des tableaux terribles comme :

- l'hospitalisme, en sachant que l'hospitalisme classique, avec placement des enfants à la naissance représente 1/3 de décès au bout de deux ans par dépression anaclitique.
- des troubles autistiques
- des troubles de l'attachement
- un retard de croissance
- un syndrome d'hyperactivité avec des troubles de l'attention

Pour les enfants placés après une période en famille, on retrouve plutôt :

- des syndromes psycho-traumatiques
- des troubles variés de l'attachement et des symptomatologies diverses.

Ce qui est très important chez ces enfants, c'est de repérer les stratégies défensives ou les troubles de l'attachement qui sont quand même assez centraux.

L'enfant a besoin d'un lien d'attachement avec un caregiver qui lui permet de se créer une sécurité interne suffisante pour aborder le monde des apprentissages, le monde cognitif, etc... Si ce n'est pas le cas, on trouve différents degrés de stratégies défensives chez l'enfant qui peuvent être des attachements insécures (là nous ne sommes pas dans la pathologie mais dans une stratégie d'adaptation de l'enfant). On peut être dans un attachement désorganisé. C'est souvent le cas dans un contexte de traumatisme où là l'enfant n'a même plus de stratégies d'attachement. On peut aussi trouver des troubles avérés de l'attachement qui sont tout de même assez fréquents chez ces enfants placés en institution.

Ainsi, on peut établir un continuum des attachements :

- 1) Attachement sécurisé : l'enfant élevé dans des conditions optimales de lien va développer un attachement sécurisé.
- 2) Attachement insécure ; un peu moins optimal, l'enfant est toujours dans le lien d'attachement mais avec des stratégies défensives
- 3) Attachement désorganisé : encore moins optimal, avec un contexte de psycho traumatismes, l'enfant n'a plus de stratégie cohérente d'attachement
- 4) Pathologie de l'attachement et du lien : avec des troubles de la base de sécurité, rupture du lien d'attachement, absence d'attachement.

A mon avis, et en fonction de mon expérience auprès d'enfants et de parents, un accompagnement des parents est souhaitable quasiment dans tous les cas.

En effet, l'adoption internationale est tellement complexe qu'une consultation est indispensable même si l'on conclut que tout va bien. Elle permet de travailler sur les différences, de faire un balayage de la problématique globale de l'enfant, des parents et de la rencontre. Cette consultation peut permettre de



pointer des points de fragilité éventuelle et surtout de faire une guidance des parents pour leur éviter les faux pas qui vont être pathogènes pour l'enfant et créer des troubles ultérieurement.

Ce qui est important c'est de travailler sur tout ce qui peut faire obstacle à la filiation adoptive. C'est vrai qu'une affiliation réussie, c'est le but optimal de l'adoption. Or, dans l'adoption internationale - il faut le dire - les obstacles sont nombreux. Certes, il ne faut pas se réfugier systématiquement vers une causalité adoption devant les troubles psychologiques d'un enfant adopté ; pourtant parce que la filiation adoptive met en lumière tous les mouvements classiques de la filiation et qu'en même temps chaque mouvement, chaque passage du développement de l'enfant est revisité et fragilisé par ce processus d'adoption, d'où la nécessité d'un accompagnement ; surtout dans le cas d'antécédents difficiles pour l'enfant, les parents devront être aidés pour mieux comprendre leur enfant et le soigner, avec des réponses adéquates qui ne sont pas des réponses éducatives mais des réponses thérapeutiques.

Les parents doivent devenir les thérapeutes de leur enfant et cela ne s'invente pas. Nous-mêmes, professionnels, avons eu du mal à démêler ces problèmes très complexes. Nous voyons le soulagement de ces parents quand on leur explique les réactions de leur enfant et qu'on leur donne les outils pour mieux comprendre et bien réagir.

Donc, toujours, la complexité de l'approche de l'enfant adopté et de ses parents doit être présente à l'esprit et nous ne devons pas nous contenter de réponse simpliste face aux difficultés d'un enfant.

Accès aux origines et à l'histoire de l'enfant :

Deux courants s'opposent sur ce sujet : pour ma part, je suis pour rétablir la continuité psychique de l'enfant. Cela ne signifie pas tout dire à l'enfant, mais il doit pouvoir s'approprier son histoire et je crois que c'est la moindre des choses que l'on peut lui permettre : pour se construire le socle de sa vie, il faut avoir accès à ses origines, à son histoire. Il faut au moins que la question puisse être posée et réfléchi.

La fantasmagorie adoptive ou le « roman familial ».

Là aussi, c'est très complexe. Le « roman familial » ne commence pas uniquement au moment de l'arrivée de l'enfant dans sa famille adoptive.

En conclusion, l'adoption internationale s'inscrit au cœur d'un dispositif complexe. C'est un don, un don pour l'enfant, un don pour ses parents ; et qui dit don, dit dette. Il ne faut pas l'oublier.

Le parcours de l'adoption doit toujours être accompagné, de manière pluridisciplinaire par des professionnels compétents dans ce domaine très particulier car l'adoption internationale justifie une réponse psychologique complexe, même si on va éventuellement dérouler un fil rouge autour d'un symptôme ou d'un événement.

DOCTEUR LAVAUD

Avant de vous passer la parole pour quelques questions, je tiens à remercier tous les orateurs qui ont présenté des exposés à la fois très clairs et très complets.

QUESTION AU DOCTEUR PÉROUSE DE MONTCLOS

Votre consultation est-elle exclusivement réservée aux adoptions internationales ?

DOCTEUR PÉROUSE DE MONTCLOS

Je suis vice-présidente de la Commission Internationale à Sainte Anne et dans ce cadre-là j'ai beaucoup voyagé et travaillé à l'étranger ; J'interviens en Russie, au Vietnam, à Madagascar, au Costa-Rica ; je crois qu'il est très important pour nous d'avoir une représentation du déroulé de ce qu'a pu vivre un enfant en orphelinat. Sur place, on rencontre les équipes des orphelinats, les enfants, les OAA ou agences spécialisées dans l'adoption, les parents adoptants, et l'on peut ainsi mesurer ce que vivent les enfants en institutions mais aussi au moment du départ quand ils quittent leur environnement (lumière, climat, odeur, langue, nourriture...) et leur attachement culturel.

QUESTION

Retrouve-t-on les effets de l'institutionnalisation dans le cadre des adoptions nationales ?

DOCTEUR HARF

On retrouve les mêmes effets des carences institutionnelles, les mêmes tableaux cliniques quand bien même nos institutions ne sont pas celles que l'on trouve dans certains pays étrangers.



DOCTEUR AURÉLIE HARF

LES ASPECTS TRANSCULTURELS DES ADOPTIONS INTERNATIONALES

Bonjour à tous. Merci de m'accueillir aujourd'hui ; je suis pédopsychiatre à la Maison des Adolescents de l'hôpital Cochin et j'interviens notamment dans le cadre de notre consultation adoption internationale que je vous présenterai rapidement.

En introduction, je voudrais souligner que l'adoption pose des questions universelles sur les liens filiatifs, et finalement toutes ces questions qui se posent dans n'importe quelle famille sont fortement mises en avant dans les situations d'adoption. Qu'entend-on par là ?

Par exemple, des questions tout à fait fondamentales comme l'appropriation psychique d'un enfant. Quels sont les ingrédients nécessaires et suffisants pour faire d'un enfant le sien, surtout quand la réassurance des liens du sang n'est pas là ; le rapport à l'altérité quand cette altérité vient dans ce qu'il y a de plus intime qu'est la filiation, la question des origines.

Toutes ces questions fondamentales entrent en résonance et sont particulièrement mises en exergue dans la situation d'adoption. Michel SOULÉ parlait à propos de l'adoption de « clinique expérimentale » pour souligner à quel point les familles, adoptives nous aident à penser et à comprendre les problématiques cliniques de toutes les familles adoptives ou non.

L'émergence des adoptions internationales, qui représentent les ¾ des adoptions en France, a fait émerger un nouveau champ de réflexion, notamment la visibilité de ces adoptions à travers l'apparence physique, qui amplifie la question de l'altérité.

L'enfant adopté à l'étranger est né ailleurs, dans un autre pays, dans une autre culture, que les parents vont découvrir lors d'un voyage dans le pays de naissance de leur enfant. Cette première partie de la vie de l'enfant met sur le devant de la scène cette question de l'étrangeté, cette appartenance à un ailleurs.

La construction des liens filiatifs au sein de la famille adoptive et la construction identitaire de l'enfant adopté passent par l'élaboration des liens à cet ailleurs. Que ce soit pour les rejeter, que ce soit pour se les approprier, l'enfant adopté et sa famille élaborent ces appartenances multiples. Le lien de naissance incarne évidemment les parents de naissance, les premières figures d'attachement mais c'est également tout ce qui a porté l'enfant avant l'adoption. Tout cela constitue un berceau culturel constitué d'odeurs, de sons, d'images. La vie avant l'adoption correspond au premier paragraphe du récit de vie de l'enfant et même, en-deçà des mots, à toutes les traces sensorielles et les premières représentations psychiques de l'enfant.

L'adoption internationale met donc en avant tout un champ de réflexion autour des liens au pays de naissance de l'enfant, à sa culture et à l'impact de ces différentes appartenances sur sa construction identitaire ; elle met en avant également la question de l'altérité qui est inscrite dans son histoire, dans son corps et parfois aussi au travers de la discrimination et de la confrontation au racisme qu'il peut vivre.

En France, la réflexion autour des liens de l'enfant et des parents adoptifs avec le pays de naissance reste timide, presque transgressive, comme s'il y avait là une peur d'affaiblir les nouveaux liens filiatifs et l'inscription de l'enfant dans sa nouvelle famille ; ce qui est d'ailleurs la réalité juridique de l'adoption plénière puisqu'effectivement l'inscription de l'enfant dans sa nouvelle famille passe juridiquement par une rupture légale de la filiation. On efface sur le nouvel acte de naissance la référence à la première filiation.

L'enfant baigné dans une première culture se construit en lisant dans le regard d'autrui cette altérité et d'autant plus lors d'une adoption tardive.

Juste quelques mots pour décrire notre consultation :

Nous sommes une petite équipe constituée de deux pédopsychiatres, deux psychologues, une infirmière. On reçoit les familles qui nous sont adressées le plus souvent par des pédiatres. Nous recevons les familles, quelque soit l'âge de l'enfant (enfant et adolescent). Nous avons une formation psychanalytique ; nous utilisons aussi des outils de thérapie familiale et les aspects transculturels nous aident beaucoup. Pourquoi ? Il ne s'agit pas du tout d'imposer de façon plaquée des appartenances culturelles à l'enfant mais plutôt de favoriser une communication ouverte qui inclut la question culturelle car l'enfant adopté est métis au sens d'appartenances à deux cultures, celle de sa famille naturelle et celle de sa famille adoptive.

C'est cette reconnaissance du bain culturel des premiers temps de vie qui va dans le sens d'un droit à l'histoire (à ne pas confondre avec le droit aux origines) qui est garant d'une continuité dans l'histoire



de vie avant et après l'adoption. Cela évite une rupture du fil narratif de vie et c'est très important pour la construction de l'enfant, même s'il y a des « vides » extrêmement douloureux dans la première histoire de vie.

Pouvoir aborder, lorsque les familles le souhaitent, la question culturelle permet de parler de l'altérité, de la confrontation au racisme, des représentations parentales.

Cette consultation nous a permis de voir l'immense créativité des familles quant aux liens - ou à l'absence de liens parfois - avec le pays de naissance.

Par ailleurs, de nombreuses études, notamment anglo-saxonnes, prônent la nécessité de maintenir des liens forts et concrets avec le pays de naissance, de tirer profit de cette situation biculturelle, alors qu'en France, on a plutôt tendance à penser que cela peut freiner l'intégration dans le pays d'adoption, entraver l'inscription de l'enfant dans sa nouvelle famille et empêcher la greffe mythique de prendre. Pour qu'une greffe prenne, il faut avant tout créer du « même ».

Il y a donc un grand écart de pensée mais qui permet d'avoir une réflexion avant tout basée sur la clinique et justement métissée.

Notre position serait plutôt que les liens avec le pays de naissance et sa culture doivent être non pas dictés par des conseils plaqués de professionnels ni par des idées préconçues mais plutôt adaptés à chaque enfant, à ses besoins, à ses difficultés, à ses questionnements ; Comment les parents vont pouvoir se mettre à la place de l'enfant ? C'est-à-dire savoir attribuer ses comportements à ses pensées, à ses ressentis (concept de fonction réflexive ou capacité de mentalisation de P. Fonagy).

Cette capacité sera une variable déterminante. Les parents peuvent-ils accepter les questionnements de l'enfant vis-à-vis de ses parents de naissance, de son pays d'origine, de l'histoire familiale dont il est issu ?

Les parents adoptifs peuvent-ils accepter une loyauté avec les parents de naissance sans que cela menace leurs propres liens filiatifs ?

Grâce à cette consultation, nous menons actuellement une recherche sur les liens qui peuvent exister avec la culture du pays de naissance et sur les représentations parentales.

En conclusion, il y aurait en fait deux positions qui s'opposeraient. La première position serait que le maintien des liens avec le pays de naissance risque d'entraver l'inscription de l'enfant dans sa nouvelle filiation, le pays de naissance représentant fantasmatiquement les parents biologiques et l'appartenance à un ailleurs.

S'il y a des liens forts avec le pays de naissance, ce peut être le signe d'une difficulté d'inscription dans la famille adoptive. Difficulté due à de multiples facteurs. Y a-t-il eu un trop grand écart entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel ? Y a-t-il eu un vécu traumatique des parents au moment de la rencontre ? Qu'en est-il de la propre histoire de parents ?

La deuxième position serait à l'inverse que le maintien des liens est indispensable pour que l'enfant construise une identité culturelle forte et positive, affronte - mieux préparé - les expériences de racisme et de discrimination. Les parents doivent soutenir l'enfant de cette intégration harmonieuse de deux cultures.

En ce qui nous concerne, nous sommes dans cette position intermédiaire ne défendant pas le maintien de liens artificiels avec le pays de naissance et permettant un respect et une reconnaissance de la place des parents de naissance, du vécu antérieur à l'adoption, du bain culturel pendant la première période de vie et de l'identité métissée d'un enfant qui est perçu comme étranger dans le regard d'autrui.

Donc la reconnaissance de la particularité de la filiation serait le signe d'un respect de la première partie de vie de l'enfant, une non-annulation de son origine et de ses appartenances.

Le respect du droit à l'histoire ne s'appuie alors pas sur une prise de position plaquée ou idéologique mais devient une porte ouverte pour un accompagnement des parents lorsque l'enfant s'interroge sur son histoire et ses appartenances.



DOCTEUR ANNE DE TRUCHIS **LES ASPECTS MEDICAUX**

Je remercie le Comité National de l'Enfance de m'avoir invitée.

Juste pour situer le problème, je vous cite quelques chiffres concernant la France :

- 72.000 adoptions au cours des 25 dernières années
- 4.000 adoptions en 2008 dont 3270 à l'étranger
- 74 pays sollicités en 2008 contre 30 en 1990
- 1/3 des adoptions par démarches individuelles et 60% environ par des organismes agréés ou par l'Agence Française de l'Adoption
- 1/3 des enfants sont âgés de moins de deux ans et 1/4 ont plus de 5 ans
- 30.000 agréments valides en France

Premier constat

On note :

- une augmentation du nombre de personnes cherchant à adopter dans le monde et à l'inverse un nombre décroissant d'enfants confiés à l'adoption parce qu'ils bénéficient d'une meilleure prise en charge par les services sociaux.
- une augmentation du nombre de pays recours avec pour corollaire :
 - un nombre croissant d'enfants dits « à particularité » proposés à l'adoption
 - et des problèmes éthiques, notamment dans les pays qui n'ont pas encore une culture de l'adoption

Deuxième constat, plus médical :

- une surreprésentation des enfants adoptés dans les services de pédiatrie, de pédopsychiatrie et dans les consultations paramédicales (psychologie, psychomotricité, orthophonie) ; 1/3 à 1/4 dans les services de pédopsychiatrie ;
- Selon une étude canadienne, un enfant adopté sur deux est suivi en psychothérapie ; sachant qu'il existe un biais dû au niveau socio-culturel des adoptants avec un recours facile au psychologue et au psychothérapeute.

Des échecs de l'adoption, il y en a :

- des échecs vrais : 1 à 2%, avec des enfants qui sont, soit renvoyés dans leur pays, soit confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ;
- des échecs de fait, avec des enfants placés en internats qui perdent définitivement contact avec leurs parents adoptants.

Une étude du Lancet publiée en 2001 donne :

- un taux de suicide multiplié par 3,6
- un taux d'alcoolisme multiplié par 2
- l'usage de drogue multiplié par 3,2
- et un risque de prison multiplié par 1,5

L'étude COCA (Consultation d'Orientation et de Conseil en Adoption) 2007/2008 réalisée à la demande de l'Agence Française de l'Adoption, dans les consultations spécialisées Adoption, montre qu'à l'arrivée des enfants, on retrouve :

- des retards ou avances staturaux pondéraux (29% des cas),
- un retard psychomoteur (16%),
- des parasitoses digestives (21%),
- une dénutrition (12%)
- des dermatoses (gale, teigne, eczéma...) (15%)
- un syndrome d'alcoolisme fœtal (3%)
- un handicap, trouble autistique, hospitalisme (6,25%)
- une hémoglobinopathie (6%)
- des maladies infectieuses : tuberculose (3%)
- une syphilis congénitale (2%)
- une hépatite B (4%) et C (1%)
- du saturnisme (1%)



Si l'on retrouve des maladies infectieuses dans tous les pays, il existe des spécificités par pays :

- En Chine : en raison de la politique de l'enfant unique, la majorité des enfants sont des filles et beaucoup d'enfants sont porteurs de handicap ou de symptômes liés à la pollution (très grande ville)
- Au Vietnam, et notamment au nord Vietnam, on retrouve beaucoup de problèmes éthiques avec des enfants vendus ou volés
- Pour le continent africain, ce sont essentiellement des orphelins âgés de 3-4 ans, dont la mère, voire le père sont décédés du sida.
- Pour l'Europe de l'Est, ce sont des enfants qui sont souvent restés longtemps en institution ; notons la fréquence du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) qui n'est pratiquement jamais diagnostiqué.
- En Haïti, les adoptions se font dans un milieu de grande violence sociale, des abandons parfois tardifs après des ruptures répétées (les enfants sont placés en pouponnière, puis repris, puis replacés pour des raisons économiques). Il y a des problèmes éthiques car Haïti est encore un des rares pays où l'adoption peut se faire en individuel.
- En Amérique du Sud et en Amérique centrale, on rencontre des problèmes de maltraitements de la toute petite enfance, et des enfants des rues qui peuvent poser de graves problèmes à l'adolescence, notamment des fugues.
- Au Népal, on retrouve le même problème qu'en Haïti, avec des abandons tardifs et répétés (parfois 7/8 ans) et des erreurs d'âge qui sont presque la règle.

Les adoptions « à risque »

Les risques peuvent être classés en fonction de trois pôles : les parents, les conditions de l'adoption, les enfants.

Du côté des parents, notamment quand ils sont âgés et qu'ils se décident à adopter après 15 ans de vie commune :

- quelles sont leurs capacités d'adaptation à l'enfant ?
- que sont leurs schémas personnels d'attachement avec leurs propres parents
- solidité des couples, enfant réparateur après un deuil, grossesse simultanée - sujet encore tabou - mais qui selon mon expérience, rend les choses très compliquées.
- famille recomposée

Du côté de l'Adoption avec évidemment

- les enfants volés, vendus, trouvés dans la rue (l'histoire de l'arche de Zoé doit rester en tête de tout le monde)
- les adoptions trop rapides, en 9-10 mois et donc peu ou mal élaborées (prématurité parentale)

Du côté des enfants :

- l'âge de l'enfant,
- enfant peu ou mal préparé,
- enfant des rues, abandonné tardivement, ayant subi des maltraitements,
- enfant ayant vécu des carences et de l'hospitalisme,
- durée du placement en institution (j'insiste sur ce dernier point car il est toujours délétère quelque soit le fonctionnement de l'institution).

Comment faire de la prévention ? Comment aider ces enfants à s'intégrer ?

Depuis quelques années, grâce à la consultation de Dijon de M. de MONTLEON et de Pau de M. CHOULOT, on a tenté d'organiser et de mailler sur le territoire des consultations d'adoption qui sont sensées voir les parents avant l'arrivée de l'enfant (consultation pré-adoption) puis à l'arrivée, puis en guidance parentale, puis plus tard.

A quoi sert une consultation pré adoption ?

Ces consultations sont très utiles pour :

- sensibiliser les parents aux principaux risques médicaux selon les pays. Très souvent, les parents veulent avoir des informations et insistent sur le fait qu'ils ont un agrément pour un enfant bien portant.
- On parle donc essentiellement du SAF avec ses conséquences à moyen et long terme



- Les maladies infectieuses (hépatites, HIV, syphilis). On précisera par exemple qu'un enfant séropositif à 3 mois, cela ne signifie pas qu'il le reste et que s'il devient séronégatif, il le sera définitivement.
- Les handicaps et les maladies congénitales et notamment de la représentation psychique qu'ils en ont. Bien sûr, nous sommes tous d'accord pour dire que d'un point de vue éthique, il n'est pas question que les parents puissent choisir, mais il est important de poser le problème en amont, au risque de se retrouver 2 à 3 ans après l'adoption avec des familles ou le lien d'attachement ne se fait pas.

Les parents disent alors parfois « nous nous sommes fait avoir ».

Lors de cette consultation pré adoption, il importe que nous, pédiatres soyons capables de repérer les adoptions à risque.

Avec les parents, il faut retracer le parcours de l'adoption :

- à quand remonte le désir d'enfant ?
- comment fonctionne le couple, la famille élargie (y a-t-il par exemple un grand-père farouchement contre l'adoption ?), l'entourage affectif et amical.
- Comment s'est passé l'agrément ? Est-ce une démarche individuelle ou par une OAA.
- Y a-t-il eu un premier échec de l'adoption ?

Ensuite, il faut anticiper la rencontre et interroger les parents sur ce qu'ils connaissent du pays, le jugement qu'ils portent sur les orphelinats et pouponnières ; on peut entendre par exemple « l'orphelinat était parfaitement tenu, on aurait mangé par terre ; tous les enfants étaient dans leur lit et ne bougeaient pas... » ou « les enfants étaient toujours dans les bras d'une nounou, c'est pour cela qu'il fait des caprices dès que je le pose ».

On doit leur expliquer comment décrypter le dossier médical ; c'est tout à fait différent d'un pays à l'autre. En Chine, les dossiers sont quasiment vides et à l'inverse très chargés dans les pays de l'Est. On évoquera la façon dont ils imaginent la première rencontre avec l'enfant, mais aussi la possibilité de refus de l'enfant qui leur est proposé.

Enfin, comment anticiper l'arrivée de l'enfant (travail de parentalisation) ; quelle place sera donnée à l'enfant dans la famille, dans le couple, dans la fratrie ? Quel mode de garde ? Autant de questions qu'il faut poser au risque d'entendre : « Depuis le temps que nous attendons, cela va être difficile, nous créons une entreprise, nous déménageons ; dès son arrivée, je le mets à l'école, il faut qu'il rattrape le temps perdu » !

La consultation à l'arrivée de l'enfant

- On interprète le dossier médical du pays d'origine
- On effectue un suivi anthropométrique adapté aux origines ethniques, le plus tôt possible après l'arrivée de l'enfant.
- On analyse l'histoire nutritionnelle (certains enfants de 3-4 ans adoptés au Népal n'ont reçu que 3 aliments différents depuis la naissance).
- On réalise un examen clinique très complet afin de détecter des signes de puberté, des signes de maltraitance, on regarde l'état de la dentition (par rapport à l'âge présumé de l'enfant), etc.
- Surtout, on observe l'enfant

En ce qui me concerne, j'organise une consultation conjointe avec une psychologue ce qui nous permet de bien observer l'enfant quand l'une de nous parle ; comment réagit-il ? Comment se déplace-t-il ? A quel moment va-t-il sur les genoux de ses parents ? Comment il les sollicite – du regard, par les gestes, par le corps – cherche-t-il à communiquer ou reste-t-il tout seul dans son coin à jouer très, voire trop tranquillement ? N'est-ce pas finalement inquiétant, un enfant qui reste pendant 1 h ½ au même endroit ?

A quoi joue-t-il ? Est-ce déjà un jeu élaboré, un jeu dans lequel il communique son agressivité.

Enfin, cette observation va nous permettre dans certains cas de repérer des erreurs d'âge et/ou des signes de puberté précoce.

Les examens complémentaires systématiques

Nous pratiquons systématiquement certains examens complémentaires :

- tout d'abord une Intra Dermo Réaction (IDR) même s'il existe une cicatrice de BCG, à interpréter en fonction de l'état nutritionnel. Il faudra bien sûr attendre quelques temps si l'enfant est extrêmement dénutri.



- Un examen parasitologique des selles, à pratiquer à 3 reprises sur 10 jours. Il faut adresser les selles dans un laboratoire compétent en parasitologie. De mon expérience, par exemple, pour les enfants d'Haïti, j'ai pratiquement 10% d'examens positifs en ville, contre presque 100% au laboratoire de l'hôpital.
- Un âge osseux de référence qui servira si l'on observe par la suite des signes de puberté précoce.

D'autres examens complémentaires seront effectués en fonction de l'origine de l'enfant

- une Numération Formule Sanguine (NFS) un dosage du fer, une plombémie (car l'on a un certain nombre de cas de saturnisme, notamment chez les enfants venant d'Haïti), une électrophorèse de l'hémoglobine et un dosage des GGPD selon l'origine ethnique si l'on constate une anémie.
- Eventuellement un bilan rénal et hépatique
- Différentes sérologies : HIV, hépatite B, syphilis, hépatite A et C, quels que soient les résultats donnés sur le carnet de santé du pays car, ces dernières années, nous avons eu deux cas pour lesquels nous avons des sérologies HIV négatives mais qui avaient été contaminés secondairement. Il en est de même pour l'Hépatite B car l'on sait très bien que dans les collectivités d'enfants, on trouve des contaminations secondaires d'Hépatite B. Le dépistage de l'Hépatite A est également important car si l'enfant est atteint, il est impératif de vacciner les parents et l'entourage.
- Les sérologies vaccinales seront réalisées si possible un mois après la vaccination car c'est à ce moment que l'on aura les meilleurs repères (montée d'anticorps), au minimum pour le tétanos et l'hépatite B, éventuellement la diphtérie).
C'est en fonction des résultats de ces sérologies que l'on saura s'il faut se contenter d'un rappel ou au contraire reprendre toute la vaccination du calendrier vaccinal français. Les spécialistes considèrent aujourd'hui qu'il faut éviter de trop stimuler l'immunité en refaisant une vaccination complète d'emblée alors que l'enfant a pu être correctement vacciné.
- Un test de Guthrie pour les enfants de moins de 2 ans car il est rarement effectué dans les pays où l'on adopte ;
- Recherche des anticorps hélicobacter pylori dans les selles pour les enfants qui présente une symptomatologie digestive avec reflux ou des troubles du sommeil qui ne s'expliquent pas forcément.
- Enfin, en cas de suspicion de rachitisme, une radio du crâne et des membres et dosages Ca, P et 25OHD3.

Que doit-on prescrire ?

- de façon systématique :

- vitamine D ? La posologie est à adapter à la carnation de l'enfant
- un anti helminthique (je mets tout le monde sous Fluvermal ®)
- en cas de diarrhée avec dénutrition, je propose un régime, si possible sans lactose, avec des aliments mixés et évidemment le minimum de fibres, de graisses, d'aliments crus, pendant 15 jours à 1 mois afin que l'enfant puisse restaurer sa muqueuse digestive.

- Les prescriptions à discuter

- traitement de la teigne : étant donné qu'il faut un mois pour obtenir les résultats de laboratoires, si l'on est sûr de son diagnostic, il vaut mieux prescrire d'emblée de la Grisfuline® pendant 4 à 6 semaines, voire 8 à 10, associée à un traitement local antifongique.
- traitement de la gale : le diagnostic est très difficile chez un enfant car on ne voit pas les sillons. La localisation chez l'enfant est tout à fait atypique par rapport à l'adulte (souvent sur les joues et les parties convexes mais pas dans les plis).

Le traitement de première intention utilise les antiscabieus locaux type Ascabiol® ou Sprégal®

Si jamais l'on a des récides - à ne pas confondre avec l'acropustulose postscabieuse qui donne des petites lésions très prurigineuses. On peut donner en deuxième intention de l'ivermectine (Stromectol®) (200mcg/kg) qui n'a pas l'AMM.

- Enfin, d'emblée des traitements pour les parasites digestifs car il n'y a pas toujours la possibilité de faire analyser les selles par des laboratoires de microbiologie fiables de haut niveau. On peut prescrire en association du Praziquantel, du métronidazole, voire de l'albendazole ; on couvre ainsi l'ensemble des parasites digestifs des pays tropicaux.

- Les vaccins



Il existe deux façons de procéder : soit on fait tous les vaccins d'emblée, soit un mois après une première injection, un dosage des anticorps et l'on poursuit le programme vaccinal en fonction des résultats. Dans mon expérience, j'effectue soit un vaccin pentavalent, soit hexavalent selon deux critères : l'âge de l'enfant et la fiabilité des pays d'origine. Une liste de fiabilité décroissante a été établie qui classe les pays comme suit : pays de l'Est, Inde, Amérique Latine, Chine, Afrique, Népal, Haïti.

On voit par exemple des carnets de vaccinations impeccables avec toutes les vaccinations parfaitement notées sauf que tout a été rempli le même jour, avec le même stylo !

Il ne faut pas oublier le pneumocoque, ni le ROR (Rougeole- Oreillons-Rubéole) qui se fait sans sérologie préalable, en deux injections.

A distance de l'arrivée, pourquoi sommes-nous consultés ?

- Essentiellement pour des erreurs d'âge : soit il n'y a pas de registre dans le pays d'origine, soit l'enfant a été trouvé, soit encore l'âge a été volontairement sur ou sous-estimé.

C'est sans doute les consultations les plus complexes car elles vont donner lieu à une multiplicité de visions du problème avec évidemment la réalité de l'âge de l'enfant qui repose sur :

- un suivi régulier anthropométrique
- l'âge osseux
- la dentition

- Mais aussi sur la réalité de son âge psychique

avec : son intégration dans sa famille d'adoption

sa scolarité

sa maturité psychologique

- sur des demandes des parents et de l'enfant qui ne sont pas tout à fait les mêmes. L'enfant jure qu'il a 10 ans et les parents ne peuvent l'admettre... « Il est si petit, il vient d'arriver ! »
- Sur le niveau d'adaptation sociale.

Pour vous expliquer combien tout cela est complexe, je vous citerai le cas d'une petite fille du Guatemala, morphologiquement de petite taille, qui a déjà deux ans de retard en classe qu'elle ne rattrapera pas, il semble évident qu'il est difficile de faire accepter aux parents qu'elle a effectivement 3 voire 4 ans de plus que l'âge indiqué dans son dossier.

En résumé, il faut se donner du temps pour régler ce problème et prendre des décisions pluridisciplinaire, avec avis des instituteurs, des assistantes sociales, etc...

- les pubertés précoces :

Selon une équipe qui travaille à Liège, les pubertés précoces seraient 80 fois plus fréquentes chez les enfants adoptés que chez les enfants belges nés en Belgique. Pourquoi ? Un certain nombre ne sont pas des pubertés précoces mais des erreurs d'âge avec des enfants beaucoup plus âgés que ce qu'ils sont déclarés.

Il y a par ailleurs des hypothèses éthiopathogéniques pour expliquer ces pubertés précoces :

- s'agit-il d'une augmentation plus rapide de la masse grasse avec des enfants qui arrivent dénutris et qui augmentent rapidement la masse grasse et donc la production de cholestérol et la production hormonale ?
- il y a une avance séculaire de la puberté : plus on vit dans un pays développé et plus l'âge de la puberté baisse
- on a aussi des hypothèses épigénétiques, ethniques, sociétales.
- Enfin, on ne peut nier le rôle des perturbateurs endocriniens. Il semblerait qu'il y a un phénomène de feedback de certains insecticides notamment le DDT qui bloquerait une puberté qui se ferait dès lors que l'enfant vit dans un pays où l'on n'utilise plus le DDT. Il y aurait alors un déblocage au niveau hypophysaire et une puberté qui démarre rapidement.

Comment faire avec les pubertés précoces ?

En ce qui me concerne, dès que le diagnostic est posé, j'adresse ces enfants à un endocrinologue. Là encore, il y aura discussion : faut-il freiner cette puberté ? Quant doit-on le faire ? A quelle vitesse ?

A distance de l'arrivée, nos consultations sont essentiellement orientées sur le questionnement identitaire.

Ce sont les parents qui nous interrogent : « il traîne avec ses copains, il refuse d'aller à l'école, il a fugué. Que fait-on ? ». Très vite on comprend que l'on est en phase de questionnement identitaire



avec, du côté de l'enfant adopté, le fantasme de l'abandon (si j'ai été abandonné une fois, est-ce que je ne peux pas, est-ce que je ne mérite pas d'être abandonné de nouveau ?) et du côté des parents adoptants, un refus de voir que tout ne va pas très bien alors qu'ils étaient si heureux d'adopter (ils ressentent en quelque sorte une « obligation au bonheur »). Et donc ils sollicitent les professionnels car tout l'entourage ne cesse de leur répéter que c'est formidable d'avoir eu cet enfant

Et puis, évidemment, avec toute la vulnérabilité de l'adolescence classique, va se réveiller chez l'adolescent adopté, le besoin de rechercher ses origines, le besoin d'éprouver la solidité du lien avec ses parents adoptifs et son conflit de loyauté avec sa famille biologique.

Quelques conseils généraux que je donne aux parents et que j'adapte bien entendu selon les cas :

- n'écoutez pas trop les conseils de l'entourage, c'est vous les parents ;
- attention au fantasme de la parentalité spontanée. On ne devient pas parents d'un enfant de cinq ans en quelques heures. Devenir parents, c'est un long apprentissage qui se construit progressivement et que l'on nomme le lien d'attachement. C'est exactement le même processus que pour les parents biologiques.
- éviter les ruptures d'environnement, d'entourage, de mode de garde, et au contraire privilégier les continuités et les rituels.
- ensuite, inventer une narration avec l'enfant ; tout cela bien sûr, ce sont des outils qui vont aider les parents à se poser des questions et à construire le roman familial et donner de la signification au temps (album photo, choix du prénom, généalogie, etc...).
- savoir poser des limites mais adaptées à l'âge affectif et à l'histoire de l'enfant. On a pu entendre des parents parler de caprices à leur enfant tout juste arrivé en France et qui avait vécu un tremblement de terre 15 jours plus tôt !
- prendre le congé d'adoption, comme une maman biologique prend ses congés maternité pour construire les premiers liens.
- ne pas surinvestir la sphère cognitive : certes, il est important que l'enfant apprenne la langue de son pays d'adoption mais, dans un premier temps, le plus important c'est la langue « maternante » de la communication maman/enfant.

Je vois beaucoup d'enfants qui s'adaptent parfaitement en quelques mois seulement, ils parlent très bien, se sont très vite intégrés à l'école mais qui, cinq ans plus tard, font des phobies scolaires. J'insiste donc toujours pour que les parents adoptants laissent du temps au temps. Je leur dis « faites lui des câlins, faites le manger... Je vois des parents qui à peine 3 semaines après l'arrivée ne cessent de faire répéter tous les mots derrière eux alors que ces enfants ont essentiellement besoin d'un mode de communication affectif.

- En corollaire, je leur conseille de ne pas solliciter trop tôt les professionnels paramédicaux (psychomotriciens, orthophonistes, etc...).
- Ne pas méconnaître les problèmes liés à l'adoption
- oui, mais ne pas non plus tout interpréter comme spécifique à l'adoption. Un enfant de 3 ans qui dit « non » et fait des colères, c'est parfaitement normal à cet âge.

Laisser « régresser l'enfant » : s'il veut reprendre son biberon sur les genoux, ou se faire porter dans les bras parce qu'il n'a plus envie de marcher.

Il faut écouter le corps et les mots de l'enfant et se souvenir de sa propre enfance, pour trouver un tempo commun.

En conclusion, l'adoption est une parentalité comme une autre... C'est-à-dire différente de toutes les autres ; il n'y a pas deux parentalités identiques et la parentalité adoptive est différente.

Elle est différente mais elle n'est pas de « seconde zone », ce n'est pas une sous-parentalité ; quand on est parent adoptant on est parent à part entière.

Comme le disait Michel SOULE, elle ne doit pas être une projection de nos craintes ou de nos fantasmes.

Enfin, pour paraphraser Georges CANGUILHEM qui disait la guérison n'est pas un retour à l'innocence biologique, je considère que l'adoption n'est pas un retour à l'innocence affective.

