

Université de Paris 8 - U.F.R. de Psychologie  
Pratiques cliniques et sociales

# Exposés et sauvés

Le destin singulier des enfants adoptés à l'étranger



Mémoire de maîtrise  
Etude de psychologie  
clinique et pathologique

Présenté par  
**Sandrine DEKENS**

Sous la direction de  
**Françoise SIRONI**

Juin 2006

*A Henri et Théodore,  
mes grands-pères mineurs*

## **Remerciements /**

Un grand merci

A Viviane Romana,  
Compagne sur la route des idées et de la clinique

A La Fabrique des mondes et à Raffaella Cucciniello,  
pour sa créativité intellectuelle

Aux Paroles en Actes, Marion Feldman et Malika Mansouri,  
et à nos bouillonnants séminaires

A Emmanuelle Fillion,  
Amie de toujours, aux discussions stimulantes  
et à la présence réconfortante

Aux enfants adoptés et à leurs parents,  
qui m'ont fait confiance tout au long de ce travail.  
Ils sont mes véritables formateurs.

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| <b>I.</b>   | <b>Introduction .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>II.</b>  | <b>Eléments de problématique .....</b>   | <b>2</b>  |
| <b>III.</b> | <b>Synthèse théorique .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>IV.</b>  | <b>Critique du système de l'adoption internationale et limites des théories existantes .....</b> | <b>10</b> |
|             | <b>1. L'adoption internationale : une structure « eurocentrée » d'échange des enfants.....</b>   | <b>11</b> |
|             | <b>2. Tensions entre les intentions des groupes .....</b>  | <b>12</b> |
|             | <b>3. Une difficulté à penser la différence .....</b>  | <b>12</b> |
|             | <b>4. Une clinique non spécifique ? .....</b>  | <b>13</b> |
|             | <b>5. Point aveugle théorique : la trace psychologique d'un événement collectif.....</b>         | <b>14</b> |
| <b>V.</b>   | <b>Hypothèses et méthodologie.....</b>   | <b>14</b> |
|             | <b>1. Hypothèse principale et hypothèses secondaires .....</b>                                   | <b>14</b> |
|             | <b>2. Méthodologie d'une recherche action .....</b>  | <b>17</b> |
|             | a. Comprendre en soignant .....  | 17        |
|             | b. Quand la psychologie clinique va à la rencontre des familles adoptantes.....                  | 17        |
|             | c. Conséquences techniques .....   | 18        |
|             | d. Un dispositif expérimental : la Consultation Adoption .....                                   | 21        |
| <b>VI.</b>  | <b>Clinique des désordres .....</b>  | <b>22</b> |
|             | <b>1. Présentation des résultats .....</b>   | <b>23</b> |
|             | a. Description clinique .....  | 23        |
|             | b. Tableau clinique .....  | 25        |
|             | <b>2. Vers le récit-type d'une expérience collective .....</b>                                   | <b>25</b> |
|             | <b>3. Discussion clinique.....</b>   | <b>49</b> |
|             | a. Ce que les troubles psychologiques viennent interroger.....                                   | 49        |
|             | b. Les intentions des groupes : convergences, contradictions, tensions et malentendus.....       | 50        |
|             | c. Les enfants exposés : du mythe à la thérapie.....   | 52        |
|             | d. Fabrication, initiation, métamorphose et traumatisme .....                                    | 54        |
| <b>VII.</b> | <b>Conclusion générale .....</b>   | <b>58</b> |
|             | <b>Bibliographie.....</b>  | <b>63</b> |

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| Annexe A / | Le dispositif juridico-administratif mondialisé de l'adoption internationale     | 72  |
| Annexe B / | Histoire des théories étiopathogéniques  | 77  |
| Annexe C / | Tableau A-1 : Patients reçus à la consultation Adoption                          | 93  |
|            | Tableau A-2 : Patients reçus à la consultation d'ethnopsychiatrie générale       |     |
|            | Tableau A-3 : Entretiens téléphoniques et échanges par mail                      |     |
| Annexe D / | Tableau B : Caractéristiques psychologiques et symptômes                         | 95  |
| Annexe E / | Critères susceptibles de converger vers une pression à la réussite de l'adoption | 97  |
| Annexe F / | Hypothèses thérapeutiques  | 98  |
| Annexe G / | Etrangeté et frayeur   | 99  |
| Annexe H / | Schéma : Types de projets  | 107 |
| Annexe I / | Grille d'écoute des entretiens   | 108 |
| Annexe J / | Acte de naissance réécrit d'un enfant adopté par adoption plénière               | 111 |
| Annexe K / | Article Romana, V., Dekens, S. (2006)  | 112 |

## **Introduction**

J'ai rencontré Djibril en avril 2004, car ses parents recherchaient une personne connaissant sa culture d'origine, le Mali. Djibril est l'enfant d'une « folle » de Bamako, il a été abandonné dans la rue à l'âge de un mois, puis a vécu cinq mois en pouponnière avant son adoption. La première fois que je l'ai vu, il avait presque 6 ans. Je m'étais rendue chez lui alors qu'il habitait avec sa mère dans un petit village du fond de la Bretagne. Djibril ne tenait pas en place, il semblait échanger par moments avec son entourage et à d'autres moments, il devenait inaccessible au réel pour communiquer avec des êtres invisibles ou imaginaires. Djibril et son frère Souleymane, également adopté au Mali, sont les seuls noirs de leur école bretonnante. Alors que Souleymane parle breton et apprend les danses régionales, Djibril parle rarement, creuse dans le jardin des trous béants, course et attrape les poules, crie, panique, s'effraie, cherche à faire couler le sang dans des moments d'intense violence à l'encontre de sa mère qu'il mord, griffe et attaque.

Le psychiatre a parlé d'une forme atypique de psychose et a entrepris des recherches biologiques, en particulier de champignons intestinaux ;  
La vieille voisine guérisseuse bretonne a dit que Djibril voyait les esprits des morts ;  
Le prêtre catholique a pratiqué un exorcisme d'après une photo de l'enfant ;  
Le marabout bambara a reconnu un enfant accompagné d'un djinna<sup>1</sup> qui aurait été dérangé par le changement de territoire et son arrivée en Bretagne ;  
L'Aide Sociale à l'Enfance souligne la confusion familiale puisque le couple adoptant est un couple de femmes qui se sont séparées un an après l'adoption tout en continuant de vivre dans la même maison.  
De très nombreuses explications ont été invoquées pour expliquer la maladie de Djibril, divers traitements ont été tentés...

Cette rencontre a déclenché l'envie de mener à bien un travail de recherche sur l'Adoption Internationale, pour Djibril et Souleymane, pour chercher à comprendre le destin singulier de ces deux enfants adoptés au Mali, et devenus frères au présent si différent.

Dans ce mémoire, il sera question des manifestations psychopathologiques et des désordres psychopathologiques présentés par des enfants adoptés à l'étranger. Nous explorerons les concepts psychologiques disponibles pour les éclairer et les traiter, chercherons à comprendre la spécificité du tableau clinique présenté par ces enfants, posant des hypothèses pour en expliciter certains traits. Pour terminer, nous chercherons à extraire une analyse des résultats cliniques afin de développer des éléments de proposition concernant une démarche préventive des troubles et un traitement psychothérapeutique.

Mais avant toute entrée en matière, une précision doit d'emblée être apportée, dans un contexte où toute contribution professionnelle dans ce champ est soumise au regard vigilant et critique du monde de l'adoption. Il ne s'agit en aucun cas de présenter un propos général sur l'adoption internationale, ni de véhiculer un pronostic ou une opinion sur le devenir des enfants adoptés en général. Du fait de notre choix de travailler sur la psychopathologie, nous n'avons rencontré au

---

<sup>1</sup> Djinna : Génie, entité invisible appartenant au monde de l'Afrique de l'Ouest (Mali, Sénégal, Guinée, Côte d'Ivoire, Burkina, etc.)

cours de ce travail, que des enfants présentant des troubles psychologiques, et des situations d'adoption pour lesquelles les parents recherchaient une aide professionnelle. Au fil de sa lecture, notre lecteur gardera à l'esprit que nous développons une vision de l'adoption élaborée à partir des problèmes qu'elle pose.

Nous traitons de l'adoption internationale, ce qui signifie que nous nous intéressons aux personnes détenant un agrément d'adoption et adoptant un enfant à l'étranger. Ce type d'adoption concernait environ 4000 enfants en 2003. Nous excluons les adoptions dites nationales ou domestiques, d'enfants nés sous X ou abandonnés sur notre territoire, qui représentaient quant à eux 1150 enfants adoptés en France cette même année. Nous nous intéresserons uniquement à l'adoption internationale telle qu'elle est pratiquée en France, c'est-à-dire à des adoptions réalisées dans le cadre légal mis à disposition des demandeurs par le Droit français. En effet, le cadre juridique et administratif de l'adoption internationale peut varier selon les pays. De plus, les parents adoptants que nous rencontrerons sont tous passés par l'obtention d'un agrément préalable, écartant de notre travail de recherche les adoptions dites « sauvages » qui consistent à ramener un enfant d'un pays étranger et de faire valider l'adoption par la justice sans autre forme de procédure.

## **I. Eléments de problématique**

L'adoption internationale est un outil permettant de faire famille selon une référence à un modèle biologique, tout en donnant à vivre à ces acteurs, adultes et enfants, une expérience de vie singulière, tant sur les plans juridique, social et psychologique. L'adoption plénière établit par le droit une nouvelle filiation, annulant et remplaçant la filiation d'origine. Il s'agit d'une véritable fiction juridique puisque l'acte de naissance de l'enfant est réécrit, et l'enfant est déclaré être « né de » ses parents adoptifs. Une analyse plus complète de ce dispositif juridico-administratif mondialisé et une présentation de ses caractéristiques sont proposées en annexe A de ce mémoire.

Les particularités de l'adoption à l'étranger sont d'une part qu'elle concerne des enfants ayant un type physique différent de celui de leurs parents adoptifs, et d'autre part qu'il s'agit d'enfants ayant vécu leurs premiers mois ou premières années dans un environnement socioculturel très différent de celui de leur pays d'adoption (Ouellette et Belleau, 1999 : 5).

Force est de constater que certaines adoptions internationales sont vécues comme des échecs par leurs acteurs, et plongent les familles dans une souffrance et un isolement nécessitant un accompagnement adapté. Dans ce sens, un aspect de la loi de réforme promulguée en juillet 2005 insiste sur la nécessité de renforcer l'accompagnement psychosocial des familles à l'arrivée

de l'enfant, s'appuyant sur le constat de la solitude dans laquelle elles sont laissés dès lors. Cet isolement relève d'une double volonté : la normalisation de leur situation de la part des parents adoptants qui souhaitent démontrer leurs capacités éducatives, tout en permettant à l'enfant de rompre avec le stigmate de l'abandon, dans le projet de devenir une famille comme les autres.

Dans le même temps, la mobilisation des professionnels du social, de l'éducatif et de la psychologie reste insuffisante pour aider ces familles. Du point de vue de la psychologie, il semble important de souligner le manque d'outils théoriques et cliniques pour penser les problèmes qui se posent aux familles, qu'ils soient précoces à l'arrivée de l'enfant ou plus tardifs à certains moments-clés de son développement (entrée au collège ou début de l'adolescence). En effet, l'adoption internationale est un dispositif qui s'est considérablement développé depuis 20 ans en France. De ce fait, la question d'une spécificité des problèmes psychologiques présentés par les enfants ayant été adoptés à l'étranger est une question récente en psychologie. Et nous allons voir qu'elle donne lieu à une véritable controverse théorique entre parents adoptants, professionnels de la psychologie, du social et de l'éducatif, et personnes ayant été adoptées, transformant le champ en terrain miné pour toute prise de parole publique. De véritables joutes verbales se mènent sur les fora Internet consacrés à l'adoption, créant un climat très passionnel, chacun se positionnant et mobilisant les théories psychologiques à des fins d'accusations ou de défense. Poser la question de l'état psychologique des enfants adoptés fait immédiatement surgir celle de la causalité des troubles, que les personnes concernées débattent en terme de responsabilité : si ces enfants vont mal, à qui revient la faute ?

Après les exemples princeps de l'autisme et de l'homosexualité (Nathan, 2001), des travaux récents en psychologie clinique sur les transsexuels (Swertvaegher, 2002 ; Sironi, 2003) montrent combien les théories produites par la psychologie pour expliquer et traiter ces phénomènes sont susceptibles de déclencher des effets dans la vie réelle des personnes concernées. Il existe un pouvoir des théories psychologiques sur leur objet d'étude qui, se sentant disqualifié ou se reconnaissant, est susceptible de s'organiser et de prendre la parole publiquement. C'est le cas nous le verrons plus loin dans le champ de l'adoption internationale, avec l'association PETALES<sup>2</sup>, et d'autres associations qui prennent position par rapport aux discours des professionnels, sujets à controverses et à critiques.

Il est à noter que les professionnels eux-mêmes se divisent entre eux autour de ces questions sur la causalité. En mars 2005, les résultats d'une enquête (Tessier, 2005) menée auprès de 1333 enfants provenant de 18 pays et adoptés au Québec entre 1985 et 2002, sont publiés dans la

---

<sup>2</sup> Parents d'Enfants souffrant de Troubles de l'Attachement

presse canadienne (Le Devoir, 5 et 11 mars 2005), montrant que l'attachement à leurs parents des enfants adoptés à l'étranger, ainsi que le comportement social et leur réussite scolaire sont au moins comparables à ce qui est observé dans la population enfantine de souche. Aussitôt, l'équipe du Dr Chicoine, du Bureau de consultation en adoption au Québec/Clinique Sainte-Justine (Montréal), se positionne fermement contre ce type de discours rassurants, estimant que les parents risquent d'être moins vigilants et reprochant aux scientifiques un manque de rigueur méthodologique, au risque de ruiner les efforts d'accueil et de soins des équipes qui prennent en charge ces enfants souffrants.

Toujours en mars 2005, l'hebdomadaire français La Vie publie un article intitulé « Environ 15% des enfants adoptés sont replacés en institution » (La Vie, 16 mars 2005), insistant sur « l'ampleur des troubles constatés chez les enfants adoptés » selon une enquête menée par Catherine Sellenet, psychosociologue, à la demande de la DGAS<sup>3</sup> et du Ministère de l'enfance et de la famille. Les résultats sont partiels car l'enquête n'est pas encore publiée, et l'auteure de cette étude, dément avoir communiqué à La Vie de tels chiffres, qu'elle qualifie elle-même de fantaisistes. Pourtant, cet article soulève aussitôt une polémique très vive sur les fora consacrés à l'adoption. Les prises de position sont fortes et souvent agressives : EFA<sup>4</sup>, première association d'adoptants en France, s'insurge contre le discours toujours négatif et fataliste sur leurs enfants, tandis que PETALES se réjouit qu'on accepte enfin de voir le malaise des adoptés en face.

Ainsi selon l'endroit où chacun situe ses enjeux et ses intentions (défense de l'adoption, reconnaissance de la souffrance/du bonheur des parents adoptants, des enfants adoptés, engagement en faveur de l'accès aux origine, etc.), les discours et prises de positions se situent sur des lignes parfois radicalement opposées, ce qui génère de fortes tensions. Les parents adoptants, vivent l'agrément comme une période où ils doivent sans cesse se justifier sur leur capacité à être de bons parents, et pour beaucoup, la crainte d'être considérés comme de mauvais parents persiste au long de leur histoire. Lorsque leur enfant va très mal, certains se reconnaissent dans le concept de Troubles de l'Attachement (développé dans l'annexe B), désignant explicitement la période pré-adoption comme étant à l'origine des problèmes. Dans l'idée qu'ils souffrent de troubles liés à une carence affective, les enfants adoptés lisent une accusation indirecte et un rejet de la responsabilité sur leur mère biologique. Ils s'opposent à cette théorie en avançant la théorie d'une « carence éducative », mettant en cause les capacités de leurs parents adoptifs.

---

<sup>3</sup> Direction Générale de l'Action Sociale

<sup>4</sup> Enfance et Famille d'Adoption

Dans cette valse des accusations, des parents préfèrent affirmer que leurs enfants adoptés n'ont pas plus de problèmes que les autres, préservant ainsi leurs compétences parentales. Les enfants adoptés, taxés de souffrir de troubles de l'attachement, s'en défendent en affirmant aller bien et avoir pour seul problème de ne pas être conformes à ce que leurs parents auraient aimé qu'ils soient.

La question de l'étiologie des troubles et les controverses qu'elle fait surgir, montre combien notre objet de recherche est vivant. En tant qu'apprentie-chercheuse en psychologie clinique, nous sommes ainsi contraintes à penser les conséquences de notre discours dans la vie réelle des personnes concernées. Par conséquent et en préalable à cette recherche, il nous a semblé indispensable d'éclairer ces tensions par une analyse de la littérature psychologique consacrée aux enfants adoptés à l'étranger, ce qui sera l'objet de la suite de ce travail.

## **II. Synthèse théorique**

Cette partie théorique a pour objet de faire la synthèse des résultats des études scientifiques consacrées à la question des troubles psychopathologiques des enfants adoptés à l'étranger. En particulier, il est question de savoir s'il existe une psychopathologie spécifique de l'adoption. Nous présenterons d'abord une synthèse des études comparant les enfants adoptés aux enfants non-adoptés. Dans un second temps, nous ferons le point sur l'intégration sociale des enfants adoptés à l'étranger, et pour terminer, nous en préciserons le tableau clinique et symptomatologique tel qu'il est décrit dans la littérature.

### **1. Etudes sur les difficultés psychologiques et l'adaptation sociale des enfants adoptés à l'étranger**

Afin d'avoir une idée générale sur la question de l'intégration sociale et du devenir des enfants adoptés à l'étranger, nous nous sommes référés au travail de Ouellette et Belleau (1999) qui ont publié une recension des études existantes. Il en ressort que la plupart des travaux francophones proviennent du Québec et que la majorité de la littérature sur le sujet soit produite en langue anglaise. Malgré leur intérêt, les publications françaises restent rares (Ozoux-Teffaine, 1987 ; Terre des hommes 1992 et 1995 ; Rude-Antoine, 1997 ; Halifax 2001 ; Roman 2002). Sur les enfants adoptés à l'étranger et vivant en France, il existe essentiellement des études cliniques portant sur un faible nombre de cas (Ozoux-Teffaine, 1987 ; Maury, 1991 et 1995 ; Terre des hommes 1992 et 1995 ; Choulot et Brodier, 1993 ; Nabinger, 1994 ; Balland et al., 1995 ; Greenfield, 1995 ; Neuberger, 1995 ; Rude-Antoine, 1997 ; Roman, 2002). . Elles sont très peu nombreuses au regard du nombre important d'enfants concernés par l'Adoption Internationale dans notre pays.

Les études sur l'incidence de l'adoption sur le développement psychoaffectif et social des enfants sont marquées par de forts contrastes, ces disparités étant liées aux nombreux biais méthodologiques (manque de données sur l'état avant l'adoption, méthodes d'évaluation non standardisées, etc.). Ainsi une absence de consensus caractérise les résultats présentés par les études internationales.

Des études montrent que les performances intellectuelles, scolaires, la richesse affective et émotionnelle des enfants adoptés sont aussi bonnes, voire meilleures que celles d'enfants non-adoptés (Wattier, 1985 ; Andresen, 1992 ; Tessier, 2005). Globalement, les études sur la réussite scolaire des enfants ne montrent pas de différence entre adoptés et enfants non-adoptés (Duyme et Dumaret, 1987 ; Wattier et Frydman, 1985 ; Routhier, 1986 ; Hoksbergen et Bunjes, 1986 ; Hoksbergen et al., 1987 ; Harder, 1987 ; De Vries, 1988 ; Bagley, 1993a ; Benson et al., 1994). A ce sujet, la mobilisation importante des parents en vue de la réussite scolaire de leurs enfants adoptés est signalée (Rude-Antoine, 1997). Cependant, d'autres études (Verhulst et al., 1990a) ont décelé en Hollande une plus grande proportion d'enfants adoptés inscrits dans des écoles spéciales (13,2 % contre 4,4 % pour les enfants non-adoptés). Par ailleurs, les résultats de l'enquête de Staetersdal et Dalen (1991) démontrent qu'à mesure que les enfants adoptés avancent dans leur scolarité, les problèmes d'apprentissage se font de plus en plus sentir. Pour la plupart des auteurs, l'âge à l'adoption est un facteur déterminant dans la réussite scolaire (Wattier et Frydman, 1985 ; Weyer, 1985 ; Hoksbergen et al., 1987 ; Verhulst et al., 1990a ; Staetersdal et Dalen, 1991 ; Simon et Altstein, 1991, Lussier, 1992 ; Terre des Hommes, 1995, Ames, 1997).

Les principaux problèmes identifiés sont la demande d'attention, l'absence de sentiment de culpabilité, le vol, le mensonge, la dépression, le repli sur soi, le manque de confiance envers autrui, les relations difficiles avec les pairs et les problèmes d'apprentissage au niveau scolaire (Hoksbergen et al., 1987 ; Verhulst et al., 1990a, Wilkinson, 1995). Certaines études montreraient que les garçons ont plus de difficultés à l'école, un syndrome de délinquance, d'agressivité et d'hyperactivité (Verhulst et al. 1990a ; Sellenet, 2005), tandis que les filles davantage de troubles dépressifs, de comportements addictifs (alcool, drogue...) et de comportements schizoïdes à l'adolescence (Geerars et al., 1991). Elles indiquent des troubles du comportement (délinquance), des problèmes émotionnels (inhibition sociale) et psychiatriques, surtout au moment de l'adolescence où la fonction « contenante » de la famille et de l'école semble moins fonctionnelle (Larson et Richards, 1991). Les résultats présentent des variations selon le sexe des enfants (certaines montrent des différences pour les garçons uniquement), et

leur réussite scolaire (plus les enfants sont en échec scolaire vers l'âge de 10 ans, plus ils risquent de développer des troubles psychiques à l'adolescence (Lipmann et coll, 1993).

A quelques études près, les enfants adoptés ont généralement une bonne estime d'eux-mêmes (Kühl, 1985 ; Lydens, 1989 ; Simon et Altstein, 1991 ; Despeignes, 1993 ; Westhues et Cohen, 1995). Ils présentent des scores plus élevés que la population générale, mais cependant plus bas que ceux de leurs frères et sœurs non-adoptés (Westhues et Cohen, 1997). Ces caractéristiques sont expliquées par le rôle important du contexte familial de ces enfants, en particulier par le niveau socio-économique élevé des familles adoptantes. Les auteurs s'accordent à dire que l'origine ethnique et la couleur de peau n'ont aucun impact en terme d'estime de soi, pas plus que l'importance accordée par les parents à la culture d'origine des adoptés (Lydens, 1989 ; Tizard et Phoenix, 1989 ; Verhulst et al., 1990b ; Despeignes, 1993 ; Simon et Altstein, 1992 ; Bagley, 1993a).

Certaines études avancent qu'ils sont surreprésentés en psychiatrie (Kostopoulos, 1988 ; Warren, 1992), et plusieurs mettent en évidence la fréquence élevée de troubles de l'adaptation et du comportement (Warren, 1992 ; Bohman et Sigvardsson, 1980, 1982 ; Lipman et coll., 1993). Cette surreprésentation en psychiatrie est attribuée par les auteurs à l'hyperprotection des parents adoptifs, à leur sensibilisation et à leur haut niveau d'information.

L'âge au moment de l'adoption est un facteur identifié comme augmentant les risques (Sellenet, 2005), la plupart des études signalant une période sensible entre 6 mois et 5 ans, pendant laquelle l'enfant est davantage vulnérable à la séparation et en difficulté d'adaptation (Hoksbergen, 1987 ; Terre des Hommes, 1992). Selon Duyme et Dumaret (1987), l'adoption après 18 mois (dite « adoption tardive ») semble obérer le pronostic à long terme, ce qui est corroboré par d'autres études cliniques, avec des variations sur le critère d'âge (plus de 18 mois, 2 ans, 3 ans...) (Jardin et Launey, 1981 ; Wattier et Frydman, 1985 ; Hoksbergen et al., 1987, 1988, 1991 ; Maughan et Pickels, 1990 ; Beal, 1993 ; Choulot et Brodier, 1993 ; Harper, 1994 ; Balland et al. 1995). Pour d'autres (Choulot et Brodier, 1993), les adoptions d'enfants de cinq ou six ans, sont également à hauts risques car ceux-ci pourront difficilement oublier leur enfance.

Dans tous les cas, une corrélation linéaire entre âge à l'adoption et problèmes ultérieurs de développement semble exclue (Verhulst et al. 1990b). Les enfants vivant en institution, même adoptés tardivement, évoluent plus favorablement que ceux qui restent dans l'institution (Hodges et Tizard, 1989).

Les enfants adoptés à l'étranger sont considérés par certains auteurs comme présentant le maximum de risques (Dayan et coll., 1999 : 366), du fait des conditions de vie très défavorables, négligences graves, abus sexuels, vécu en institution, etc. (Verhulst et Verluis Den Bieman, 1995), d'autant que beaucoup sont adoptés tardivement. La multiplication des ruptures dans le parcours des enfants (ruptures des liens affectifs, de l'identité, de la culture) est une répétition de la rupture initiale de l'abandon et augmente le risque psychopathologique (Laurent, Balland et Boucharlat, 1995). Verhulst et al. (1992) et Ames (1997) notent à cet égard de fortes corrélations entre âge à l'adoption et l'importance des abus subis par les enfants.

Malgré cela, une étude menée aux Pays-Bas par Juffer et Rosenboom (1997), sur 80 enfant issus de l'adoption internationale montre que la relation d'attachement de ces enfants à leur famille d'adoption est aussi sécuritaire que celle des nationaux (74% d'attachements sécuritaires selon le protocole d'Ainsworth à 12 et 18 mois pour les enfants adoptés avant l'âge de 6 mois). Par ailleurs, la recherche de Sellenet (2005) ne montre pas de surreprésentation des enfants adoptés à l'étranger parmi l'ensemble des enfants adoptés présentant des difficultés. Dans cette étude, les adoptions dites humanitaires ou celles réalisées des femmes célibataires n'apparaissent pas être plus risquées que celles effectuées par des couples infertiles. Par contre, Sellenet identifie la place d'enfant aîné ou d'enfant unique comme étant surexposée.

La question de la corrélation entre l'origine culturelle et la qualité de l'adaptation au milieu d'accueil reste peu explorée et soulève des questions éthiques et méthodologiques. Une étude québécoise (Pomerleau et al, 2003) indique que les enfants adoptés dans les pays de l'Est (Roumanie et de la Russie continentale) ont davantage de retard de développement (problèmes d'attention, troubles des conduites, et comportements d'opposition, difficultés scolaires) qu'ils peinent à rattraper, à l'opposé des enfants originaires d'Asie qui sont plus adaptés, en particulier les filles adoptées en Chine qui montrent une excellente capacité de rattrapage, en particulier en terme de réussite scolaire. Ces chercheurs attribuent ces résultats aux conditions dans lesquelles ont vécu ces enfants avant leur adoption, ainsi que les raisons sociopolitiques de leur abandon (alcoolisme et prostitution des mères d'Europe de l'Est, politique de l'enfant unique en Chine).

D'autres études ne montrent pas de différence en terme de troubles psychiques et d'adaptation à long-terme entre enfants adoptés et enfants non-adoptés ou adoptés localement (Andresen, 1992), et les chercheurs avancent l'hypothèse que les familles adoptantes offrent un environnement favorable et stimulant susceptible de compenser les éventuelles carences précoces, et favorisant une mise à niveau progressive avec la population générale d'âge adulte. De plus, selon Levy-Shiff et al. (1997), il n'y aurait aucune relation entre leur âge à l'adoption et la qualité de l'adaptation.

Soulignons pour conclure que les études et recherches du corpus sont souvent contradictoires et ont tendance à dresser un tableau sans nuance sur l'intégration sociale des enfants adoptés à l'étranger et des troubles psychologiques qu'ils présentent. Bien que leurs auteurs soulignent généralement le manque de données fiables, les limites des connaissances actuelles, et les failles méthodologiques des études, ils n'hésitent pas à prendre des positions politiquement et idéologiquement engagées, sans toujours les expliciter (pour ou contre l'adoption à l'étranger).

## 2. Symptomatologie

Une étude française nationale ayant pour thème les difficultés des enfants adoptés est actuellement en cours de publication (Sellenet, 2005). Sellenet a étudié les dossiers de 317

### Symptômes de l'enfant

|                   |                       |        |
|-------------------|-----------------------|--------|
| Externalisés      | Décrochage scolaire   | 16,80% |
|                   | Agressions            | 12,60% |
|                   | Fugues                | 12,30% |
|                   | Agitation             | 10,50% |
|                   | Addictions            | 7,20%  |
|                   | Vols                  | 8,60%  |
| Internalisés      | Repli                 | 8,80%  |
|                   | Dépression            | 8,40%  |
|                   | Tentatives de suicide | 4,20%  |
| Confusion mentale |                       | 4,80%  |
| Instabilité       |                       | 2,60%  |
| NR                |                       | 3,10%  |
| Total             |                       | 100%   |

Note : 883 réponses ont été apportées par l'examen des 317 dossiers, soit une moyenne élevée de 2,8 symptômes par enfant

enfants adoptés connus des services départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance. Ayant précisément choisi de nous intéresser aux enfants adoptés à l'étranger présentant des difficultés, nous nous attarderons sur cette étude en ce qu'elle précise le tableau clinique d'enfants dans des situations déjà dégradées, ayant nécessité l'intervention d'une aide extérieure.

Les intervenants repèrent fréquemment des passages à l'acte de l'enfant (18%), des problèmes éducatifs (13,5%), des problèmes affectifs du type rejet (13%) et une incompréhension mutuelle entre parents et enfant (12,6%). Plus de 51% des difficultés relationnelles des enfants, qu'ils soient garçons ou filles, sont avec la mère.

Ce n'est pas tant la spécificité du tableau clinique qui frappe la chercheuse mais le cumul et l'exacerbation des symptômes. Ainsi, parmi les comportements agressifs relevés, les parents étaient la cible de passages à l'acte dans 42% des cas, davantage de la part des garçons (incidence multipliée par 2). Il s'agissait d'agressions verbales (33,5%) et également physiques (16,8%). Ce climat de violence fait d'agressivité, de refus explosif des règles et de comportements antisociaux générerait souvent la peur dans la famille.

Que l'adoption soit tardive ou pas, que l'enfant ait été adopté à l'étranger ou pas, le rejet de l'adoption et des parents adoptifs est prégnant puisque 21% des enfants souhaitent partir de la famille sans maintenir de liens, ou rentrer dans leur pays ; 15% verbalisent un rejet de l'adoption. Lorsqu'il existe, l'attachement aux parents adoptifs est également le même, et il est verbalisé

dans 23,5% des cas, ainsi que l'attachement à la famille élargie (grands-parents) dans 9,4%. Les enfants adoptés précocement ainsi que ceux adoptés après dix ans, se disent moins attachés à leurs parents et rejettent davantage l'adoption.

Parmi les enfants adoptés à l'étranger, le rejet de l'adoption est nettement plus marqué chez ceux venus d'Afrique (19,2%) et d'Amérique du Sud (16,8%). Dans le même temps, ils s'interrogent moins sur leurs origines que les enfants adoptés en France (45,1% vs 50,6%). Parmi ceux qui cherchent davantage à comprendre leur histoire, les enfants originaires du Maghreb (63%) et d'Amérique du Sud (52%) ont une plus forte revendication sur ce thème que les autres enfants.

Force est de constater « que l'adoption n'est pas la solution rêvée pour tous les enfants, certains la refusent et mettent en œuvre les conditions de la rupture » (Sellenet, 2005 : 52).

Se posant la question d'une symptomatologie différentielle selon la culture, l'auteure souligne que les enfants d'origine étrangère semblent manifester davantage d'agitation, de confusion mentale, addictions et repli, que ceux adoptés en France chez lesquels on trouve plus de fugues et de vols. Les enfants d'Afrique ont davantage de problèmes avec l'école (18,8%) ; les asiatiques sont davantage sujets au repli (11,8%), à la dépression (11,8%) et à la confusion mentale (7,8%) ; ceux du continent américain présentent des symptômes externalisés, comme les vols (8,6%), les fugues (13,5%) et les agressions (13,9%) ; les maghrébins font davantage de tentatives de suicides que les autres (11,4%), et les enfants issus des pays de l'Est sont les plus agités (15,8%). Sellenet souligne l'intérêt qu'il y aurait à poursuivre plus avant une recherche s'interrogeant sur ces questions, notamment en terme de perspective de prévention et de prise en charge des enfants adoptés à l'étranger.

### **III. Critique du système de l'adoption internationale et limites des théories existantes**

De nombreuses théories étiopathogéniques ont été mobilisées jusqu'à présent et nous en proposons une revue détaillée en annexe B. Nous avons également constaté que dans le champ de l'adoption internationale, les controverses abondent autour de la question de la causalité des troubles, divisant les familles mais aussi les professionnels. Cependant, n'est jamais remise en cause la légitimité des motivations des personnes, ni le système de l'adoption internationale qui apparaît comme un juste moyen de répondre à la demande des adultes vivant dans les pays riches, tout en sauvant des enfants pauvres. Cette remise en cause du système lui-même surgit dans notre champ par le regard que porte l'anthropologie sur l'adoption internationale.

## **1. L'adoption internationale : une structure « eurocentrée » d'échange d'enfants**

Du côté de l'apport de l'anthropologie de la famille, les chercheurs étudient les pratiques de circulation des enfants (Goody, 1982 ; Lallemand, 1993), ce qui contribue à repenser les catégories naturalisées liées à la famille conjugale, et en particulier au processus d'adoption (Fonseca, 2004).

La question du transfert d'enfants entre des groupes de traditions différentes, introduit celle des inégalités sociales et politiques entre ces groupes (Modell, 1998), en défaveur des plus populaires (Hoegaard, 1998). Ainsi des travaux démontrent l'écart entre les conceptions de la famille et les pratiques culturelles des mères des pays pourvoyeurs d'enfants (Brésil, Haïti, etc.) et celles véhiculées par les lois nationales et internationales qui régissent l'adoption (Ouellette, 1995, 1996). De cet écart naît un véritable malentendu entre ceux qui donnent l'enfant, souvent poussés par la grande pauvreté, et ceux qui le reçoivent dans une logique consumériste.

Au centre de ce malentendu, se situe le caractère irréversible de l'adoption, comme le montre Fonseca dans son travail sur les mères brésiliennes (voir aussi Blum (1998), qui arrive aux mêmes conclusions dans son étude sur une institution mexicaine). Ces mères laissent leur enfant à l'orphelinat selon une logique vieille de plusieurs générations où les enfants s'en vont et reviennent, alors que la logique des services de l'Etat est qu'un enfant placé depuis un certain temps soit considéré comme abandonné. Par ailleurs, ces femmes sont issues d'un système culturel où un enfant peut avoir plusieurs mères, alors que pour les services sociaux, la rupture avec une mère « abandonnante » doit être définitif pour permettre d'installer un lien avec une mère adoptante. Manifestement, les termes du contrat légal conventionnel entre donneurs et receveurs de l'adoption internationale sont « eurocentriques » et de traduction difficile dans certains contextes (Fonseca, 2004 : 229). De même, les mères des pays pauvres investissent l'adoption internationale dans une stratégie d'accès de leurs enfants à une bonne éducation primaire ou secondaire, pour qu'ils puissent ensuite les aider (Collard, 2004 : 251), tandis que les parents receveurs accueillent un fils ou une fille...

Au centre des critiques, c'est l'adoption plénière qui est la plus fortement mise en cause, en ce qu'elle a d'irrévocable et parce qu'elle constitue une rupture totale avec la filiation d'origine. Pour Ouellette (2004 : 274), l'adoption plénière ne relève ni de la logique du don, ni d'une forme de circulation des enfants, mais davantage une structure d'échange qui ne dit pas son nom, un « marché des enfants ». L'adoption plénière, par son caractère exclusif, se tient au plus près du modèle généalogique d'établissement de la filiation, calqué sur la reproduction biologique. Ce modèle présuppose qu'un individu n'a jamais qu'un seul père et une seule mère (Ouellette, 2004, p275). Les recherches de Ouellette (1996, 1998) montrent que ce qui paraît être un « aller de soi », est bel et bien une construction culturelle basée sur un modèle biologique.

Cet écart que l'anthropologie analyse en terme de représentations et de pratiques sociales et culturelles, le Droit et l'Éthique le relèvent en terme de conflits juridiques entre droit civil et droit coutumier, droit de l'enfant et droit à l'enfant (Lammerant, 2001) et conditions de recueil du consentement. Modell (1994) souligne également la centralité du modèle conjugal dans la législation et l'acharnement à reconnaître des droits exclusifs aux parents adoptifs.

## **2. Tensions entre les intentions des groupes**

Ainsi le regard porté par l'anthropologie sur l'adoption internationale nous permet de comprendre qu'au-delà des histoires individuelles de ces familles, le système met en scène et organise des rencontres entre des groupes humains, porteurs de leur culture, de leurs droits, des rapports de force entre les groupes dont ils sont issus, et de leurs intentionnalités respectives. Ainsi surgissent des enjeux géopolitiques et des contradictions dans le système qui, mis en lumière par des travaux sociologiques et anthropologiques récents, nous interrogent sur les liens possibles entre ces différences, mises en actes dans le système, et les manifestations psychopathologiques des enfants adoptés dans les pays pauvres. En effet, il semble possible d'envisager que parents et enfants concernés, soient porteurs des tensions et des rapports de force entre leurs groupes, ce dont le travail clinique devrait pouvoir rendre compte.

## **3. Une difficulté à penser la différence**

Du point de vue du dispositif de l'Adoption Internationale, nous avons vu qu'il est essentiellement basé sur le principe d'exclusivité du statut parental des adoptants et la référence à un modèle de famille biologique, ce qui explique une « une large part des particularités de l'expérience vécue par les personnes concernées » (Ouellette et Belleau, 1999 : 10). Globalement, la recension réalisée par ces auteures souligne que le manque de reconnaissance de la différence dans les situations d'adoption internationale « constitue une pression implicite à minimiser ou à banaliser la spécificité de la situation adoptive » (Ouellette et Belleau, 1999 : 19). En effet, pour les auteures de la recension des études sur l'intégration familiale et sociale des enfants adoptés à l'étranger (Ouellette et Belleau, 1999 : 9), l'adoption internationale relève d'une problématique de la différence, abordée et vécue à travers quatre thématiques :

- *Une expérience personnelle de la perte et du deuil* pour les trois parties concernées : pour les parents biologiques (pertes du lien affectif, du lien social symbolique et du statut parental), pour l'enfant (perte des premiers liens d'attachement, parfois deuil des parents de naissance, perte de continuité généalogique, perte de statut liée au fait d'être différent, de n'avoir pas été désiré et d'avoir été abandonné, etc.), et pour les parents adoptants (deuil de la procréation) ;

- *La parenté* : les auteurs identifient des stratégies dynamiques des parents adoptifs, entre acceptation et rejet de la spécificité de la parenté et de la filiation adoptive ;
- *La place de la filiation d'origine* : bien qu'accessible au nom du droit de l'enfant à connaître ses origines, l'accès à la filiation se résume bien souvent à un « ensemble de traces » (Ouellette et Belleau, 1999 : 22) « non constitutives de l'identité actuelle » de l'enfant (Ouellette, 1996 : 73) ;
- *L'identité ethnoculturelle* et l'apparence physique de l'enfant : les auteurs identifient des stratégies prises entre une insistance trop grande sur la différence, allant du rejet à l'exaltation, et le déni de son importance (Ouellette et Belleau, 1999 : 24).

Ainsi, accompagner et penser la différence et la spécificité de la famille ayant adopté à l'international nous apparaît comme un ressort clinique d'autant plus important que les références théoriques mobilisées pour expliquer les désordres psychopathologiques des enfants adoptés à l'étranger n'ont justement pas été élaborées à partir d'une clinique spécifique.

#### **4. Une clinique non spécifique ?**

Selon les théories étiopathogéniques mobilisées jusqu'à présent pour penser la clinique des enfants adoptés, les causes possibles des troubles présentés par les enfants adoptés à l'étranger seraient à rechercher dans différents temps du parcours des acteurs.

- *Autour de la grossesse et de la naissance* : Les travaux psychologiques actuels interrogent les conditions dans lesquelles s'est déroulée la grossesse, et soulignent les effets de l'abandon (troubles de l'attachement) ;
- *Dans les premières années de la vie de l'enfant* : Des travaux soulignent davantage la situation d'exposition, et la multiplication des ruptures de liens avec des figures d'attachement et/ou des carences liées à la vie en institution. Les dommages seraient de plus en plus importants avec l'augmentation de la durée d'exposition ;
- *Au temps de l'adoption* : Plus rares sont les travaux qui suggèrent des paradoxes dans le système, et dénoncent les conditions dans lesquelles est réalisée l'adoption. Ces travaux émanent pour la plupart d'anthropologues et de juristes.
- *Dans le temps après adoption* : Des travaux soulignent des dysfonctionnements dans les relations familiales (pathologie du lien), ou des traits psychopathogènes chez les parents adoptifs (infertilité, deuil de l'enfant biologique, compétence éducative...).

Bien que la psychologie ne soit pas un champ unifié, la discipline semble affirmer qu'« il n'existe pas de psychopathologie spécifique de l'adoption » (Dayan et coll., 1999 : 368), tout au plus des « constellations psychiques particulières » (Frankel, 1991). Pour Cohen Herlem (2005),

pédopsychiatre et psychanalyste, l'adoption « donne une couleur différente » à des symptômes non spécifiques.

Cependant, l'adoption est régulièrement repérée dans les parcours d'enfants et d'adultes présentant des troubles parfois très importants des conduites et de la personnalité (socio et psychopathies), en particulier chez certains *serial killers* (David Berkowitz, Ted Bundy, Joseph Kallinger, Kenneth Bianchi, etc.). Des faits divers défrayent régulièrement la chronique judiciaire (récemment l'affaire Stéphane Krauth, ou celle du tueur de Berne, etc.), contribuant à générer une inquiétude diffuse à l'égard des enfants adoptés, qui sont parfois considérés comme des « bombes à retardement » (Courrier International, 2005 : 31). Il resterait donc une part d'ombre que les théories psychologiques n'élucident pas complètement...

### **5. Point aveugle théorique : la trace psychologique d'un événement collectif**

La revue des outils théoriques mobilisés pour comprendre la psychopathologie des enfants adoptés à l'étranger laissent apparaître un « point aveugle » (Sironi, 2003), qui est ce que produit l'adoption en tant qu'événement de vie, en dehors de la subjectivité individuelle de ses acteurs.

La psychanalyse de Freud s'est intéressée à la représentation subjective de l'événement, ce que le traitement du traumatisme est venu interroger, depuis Ferenczi, élève et contemporain de Freud, à Sironi sur les traumatismes intentionnels. Il semblerait qu'un événement comme l'adoption internationale, en tant que phénomène contemporain produisant de la filiation et de la famille, comporterait une part irréductible à l'intrapsychique, et inscrirait ses acteurs dans une histoire collective (Sironi, 2002).

De ce fait, ne sommes-nous pas contraints de penser les effets de cet événement sur ceux qui le vivent, sous peine de passer à côté de sa spécificité ? Selon Sironi (2004 : 4), le risque pour le clinicien serait d'exercer une maltraitance théorique sur le patient, résultant d'une inadéquation des outils théoriques mobilisés pour comprendre et traiter.

## **IV. Hypothèses et méthodologie**

### **1. Hypothèse principale et hypothèses secondaires**

Hypothèse principale : Un événement de vie peut-il constituer une matrice à partir de laquelle il est possible de penser les troubles psychologiques ultérieurs présentés par ceux qui ont été exposés à cet événement ? Autrement dit, est-il possible d'identifier des Troubles de l'Adoption ?

La cause des troubles présentés par les enfants adoptés à l'étranger ne serait pas à chercher en premier lieu dans le vécu antérieur de l'enfant, pas plus que dans les traits psychopathologiques des familles adoptantes, mais bien du côté des caractéristiques propres à l'événement.

L'adoption internationale, telle qu'elle est pensée et pratiquée actuellement, présenterait un potentiel psychopathogène pour les enfants qui la vivent.

Le statut de l'événement est une question actuelle dans le champ de la psychopathologie sociale, discipline qui s'intéresse à la « sociogénèse des troubles mentaux et à leur répercussions sur les relations du patient avec son environnement social » (Ionescu, 2006 : 7). Dans un très riche article historique intitulé « Psychopathologies et société », Ionescu (2006) propose une recension et une analyse critique des études sur le rôle des événements dans l'apparition de troubles psychopathologiques. Il s'agit soit d'événements à caractère traumatique (guerres, attentats terroristes, catastrophes naturelles, etc.), soit d'événements de vie et de « tracasseries » de la vie quotidienne (embouteillages, utilisation d'ordinateurs, etc.). Notre champ de recherche et d'action nous conduit quant à nous, à interroger un événement majeur de la vie des personnes : l'adoption internationale. Il ne s'agit ni de guerre, ni d'attentats terroristes, ni d'un événement porteur d'une évidente négativité. Bien au contraire, l'adoption internationale est actuellement investie dans nos sociétés comme une idée généreuse, destinée à soulager la souffrance de couples et d'enfants. Elle est même considérée comme « une des plus belles aventures humaines contemporaines<sup>5</sup> ». Ainsi, poser une telle hypothèse requiert une grande prudence de la part du chercheur, car elle est susceptible de générer une tension importante dans l'espace social. Avec la prudence qu'elle implique, la question des effets psychopathogènes d'un événement de vie chargé d'un sens positif, semble toutefois devoir être posée. En effet, tant que la psychologie clinique sera insuffisamment armée pour penser le statut de cet événement dans une vie, il restera difficile aux professionnels de proposer un dispositif de prévention et de soins, spécifiquement adapté aux enfants adoptés à l'étranger et à leurs parents, finalité de ce travail de recherche.

Hypothèse secondaire A : Les intentions mises en actes par les différents groupes d'acteurs de la scène de l'adoption internationale, sont susceptibles d'entrer en tension ou de ne pas se rencontrer. Les rencontres de ces intentions dans un même dispositif appelé « adoption internationale » peuvent-elles susciter des malentendus pathogènes pour les individus concernés ?

Chacun des groupes d'acteurs du système adoption internationale, forment un projet, sorte de trajectoire qu'ils se représentent de leur action sur le monde futur. De ce fait, leurs actes sont dotés d'*intentionnalité* au sens où l'entend Brentano (1944), c'est-à-dire qu'ils sont porteurs de représentations du monde. Le dispositif de l'adoption internationale formerait un moule destiné à produire des familles par « double-capture » des intentionnalités des groupes qu'il met en présence. Dans *Dialogues*, Deleuze appelle « double-capture » ce qui se produit lors d'une rencontre entre deux règnes (par exemple entre la guêpe et l'orchidée), « pas quelque chose qui

---

<sup>5</sup> Marie-Christine Le Boursicot, magistrate, membre du Conseil Supérieur de l'Adoption, dans un article paru dans Le Monde du 30 novembre 2005.

serait dans l'un, ou quelque chose qui serait dans l'autre, même si ça devait s'échanger, se mélanger, mais quelque chose qui est entre les deux, hors les deux, et qui coule dans une autre direction » (Deleuze, 1977 : 13). Il y a ainsi « un devenir-guêpe de l'orchidée, et un devenir-orchidée de la guêpe. Il s'agit d'une double-capture puisque « ce que » chacun devient ne change pas moins que « celui qui » devient » (Deleuze, 1977 : 8). Dans l'adoption internationale, il se produirait une double-capture entre l'intentionnalité du système d'origine et celle de la société d'accueil. De cette façon, elle ferait émerger une « ligne de fuite », et produirait un « bloc de devenir » pour l'enfant, permettant sa métamorphose en fils de/fille de ses parents adoptifs. Lorsque les intentionnalités ne se rencontreraient pas, rendant impossible la double-capture, la métamorphose ne pourrait pas s'opérer.

Il s'agira par conséquent d'accéder à la logique propre des acteurs et des groupes dont ils sont issus, qui fonde les motivations des individus, c'est-à-dire de comprendre la façon dont l'enfant a été donné pour savoir comment le recevoir. Nous supposerons que ces intentions peuvent être divergentes, voir antagonistes, et nous accorderons une place importante aux motivations de l'enfant lui-même et à ses stratégies pour donner du sens à son adoption. A travers des parcours individuels des familles, nous nous interrogerons sur les intentions des familles biologiques, des structures étatiques pourvoyeuses et bénéficiaires, celles des parents adoptants et de la société d'accueil.

Hypothèse secondaire B : De nouvelles ressources thérapeutiques pourraient émerger si l'on pense la situation adoptive à partir de ses spécificités, en matière d'exposition aux pertes, de parenté et de filiation, et d'identité ethnoculturelle.

Loin de gommer les spécificités, nous nous intéresserons particulièrement à certaines d'entre elles : la dimension traumatique de la succession de pertes pour l'enfant, la place de la filiation d'origine dans le parcours des familles, les conceptions des parents sur la parentalité adoptive.

Hypothèse secondaire B/a : La culture d'origine de l'enfant pourrait constituer une ressource pour penser les désordres présentés par l'enfant et pour les traiter.

Suivant la proposition de l'ethnopsychiatrie d'une « fabrication<sup>6</sup> culturelle » des enfants par le groupe dont ils sont issus (Nathan, 1991 et 1999), nous supposerons que la culture devrait également fournir aux enfants adoptés, surtout aux plus grands, des modèles formels à leurs manifestations psychopathologiques (Devereux, 1970), une réserve de sens pour expliquer les désordres, ainsi qu'une ressource thérapeutique.

---

<sup>6</sup> Suivant la proposition de Latour (1994), nous préférons le mot « fabrication » à celui de « construction », tous deux issus de la pensée technique.

## **2. Méthodologie d'une recherche action**

En septembre 2004, les cliniciens du Centre Georges Devereux<sup>7</sup> se mobilisent autour de la question des troubles psychologiques des enfants ayant été adoptés à l'étranger. En effet, les cinq dernières années, ces thérapeutes ont été sollicités à plusieurs reprises par la justice et par des parents adoptifs, convaincus que les troubles psychologiques de leurs enfants originaires de pays étrangers nécessitaient des soins spécifiques. Ainsi, plusieurs prises en charge au long cours ont suscité un intérêt de la part de l'équipe, et c'est dans ce contexte que Viviane Romana, psychologue clinicienne du Centre, initiera et animera une consultation spécialisée en direction des familles adoptantes à l'international. Cette consultation a reçu des patients à partir de décembre 2004 et constituera les prémisses d'une recherche action à laquelle nous participerons dans le cadre de notre stage pratique de master 1. En tant qu'étudiante en psychologie clinique souhaitant traiter de cette problématique dans notre mémoire de maîtrise, nous avons participé activement à ce dispositif depuis sa conception, notre fonction étant de coordonner l'organisation et de participer aux consultations en tant que cothérapeute, tout en recueillant de nombreuses données cliniques.

### **a. Comprendre en soignant**

La conception d'un dispositif de consultation (dit « Consultation Adoption ») s'est d'emblée inscrite dans le double objectif de recherche et d'action : mener une réflexion dont l'aboutissement sera de pouvoir proposer un dispositif thérapeutique susceptible de traiter les difficultés des enfants adoptés à l'étranger.

En psychologie clinique, la recherche et l'action sont dans une relation dialogique, l'une et l'autre se nourrissant mutuellement. En effet, comme nous le verrons dans ce chapitre, les thérapeutes sont des chercheurs, et se présentent comme tels aux patients, ce qui a pour conséquence technique de placer les patients dans une position d'informateurs, de témoins et de collaborateurs. Et les chercheurs sont également des thérapeutes, engagés dans l'action et contraints de transformer la situation initiale des patients.

### **b. Quand la psychologie clinique va à la rencontre des familles adoptantes...**

Ainsi, après avoir mené des consultations d'ethnopsychiatrie générale avec des enfants adoptés à l'international qui nous étaient adressés par des juges des enfants, nous avons souhaité élargir notre public à toutes les familles ayant adopté à l'étranger rencontrant des difficultés, en demande de soins, et présentant des caractéristiques les plus diverses possibles.

Pour pouvoir être reçues dans le cadre de la Consultation Adoption, les situations devaient remplir les critères suivants : les parents devaient avoir suivi la procédure, obtenu l'agrément d'adoption

---

<sup>7</sup> Centre universitaire de soins psychologiques aux familles migrantes, situé au sein de l'université Paris 8.

en France, et avoir adopté l'enfant à l'étranger. Intéressés par les effets du « système adoption », nous souhaitions d'emblée écarter les situations d'adoption « sauvage » de personnes ayant ramené un enfant d'un pays lointain, et ayant fait régulariser l'adoption *a posteriori* par la justice. Une fois ces critères retenus, et afin de multiplier les cas de figure et de saisir le vécu commun de ce que tous ces acteurs appellent adoption internationale, nous souhaitions rencontrer des situations les plus variées possibles : parents infertiles ou non, ayant suivi un parcours de PMA ou non, célibataires ou en couple, hétérosexuels et homosexuels, des adoptions anciennes, récentes, ou en cours, réalisées avec le soutien d'une OAA ou non, des garçons et des filles adoptés dans divers pays, à des âges différents, passés par un orphelinat ou non, ramenés par leurs parents adoptants ou par un tiers, etc.

Une des caractéristiques du champ de l'adoption est l'investissement important du milieu associatif et de l'Internet comme mode de communication. Nous avons donc fait circuler une annonce de recrutement sur les fora Internet des associations de parents adoptants, d'enfants adoptés, des organismes officiels (OAA, MAI<sup>8</sup>, CADCO<sup>9</sup>), des associations de personnes concernées par les problèmes de procréation liés à une pathologie médicale, des associations d'homosexuels et de parents gays et lesbiens, etc. Nous entrons parfois dans les problématiques par l'indication d'un tiers qui pense que cette offre pourrait être adaptée à une personne adoptée de son entourage et relaye notre annonce. Ainsi, de loin en loin, nous établissons des contacts par mail et/ou par téléphone avec des familles ou leurs proches habitant partout en France (et quelques personnes en Belgique). Les demandes sont des attentes de conseils sur ce qu'il convient de faire dans telle ou telle situation, et d'orientation pour des soins de proximité.

### **c. Conséquences techniques**

#### **- Une épistémologie pluraliste**

La principale conséquence technique des caractéristiques de notre champ, a été de proposer un dispositif de recherche proposant un espace véritablement accueillant pour ces patients. Il s'agissait autant d'une règle d'hospitalité que d'un dispositif technique (Nathan, 2001b : 48). En effet, dans un climat de grande tension, où les conflits parents-enfants se développent dans la violence et les accusations mutuelles, il aurait été particulièrement explosif de manier une théorie unique nous rangeant aux côtés des uns ou des autres. Il nous fallait donc pouvoir convoquer les diverses théories psychologiques permettant de penser les troubles et le vécu des familles. C'est donc cet ancrage théorique dans une épistémologie pluraliste qui a eu pour conséquence méthodologique d'offrir aux familles un espace aux références multiples, où toutes les pensées

---

<sup>8</sup> Mission de l'Adoption Internationale

<sup>9</sup> Coordination des Actions pour le Droit à la Connaissance des Origines

étaient susceptibles d'être prises au sérieux, débattues et explicitées, court-circuitant le cercle des accusations réciproques par une resymétrisation des acteurs. Ainsi, le dispositif s'est enrichi de la pensée des personnes présentes lors de la consultation, enfant(s) et parent(s), mais également dans celle des absents, proches et professionnels en contact avec la famille. Notre fonction était également d'enrichir et de complexifier la pensée des patients en multipliant à notre tour les interprétations possibles, ancrées dans d'autres univers de référence, comme celles issues de la culture d'origine de l'enfant. Ainsi notre espace de consultation se devait d'activer un ensemble de théories, tout en les explicitant et en débattant les fondements. C'est en cela que l'espace de recherche et de thérapie s'est révélé être avant tout un espace de médiation, dans lequel étaient posées les bases d'un monde commun<sup>10</sup>.

Cet accueil des théorisations de chacun dans un même espace a eu pour conséquence d'assouplir la question de la causalité des troubles et de diminuer les tensions. En effet, ne pas trancher sur cette question a permis de produire, de la part des différents participants, davantage de discours consacrés à la description clinique fine et fournie des troubles, favorisant ainsi l'alliance entre patients et thérapeutes. Pour Latour (1999), la question de la causalité, comme celle de la maîtrise et de la détermination des actions, sont de « simples marques, mal interprétées de l'agile faire-faire ». Prenant à notre compte cette proposition, il s'agissait alors de permettre aux patients de repenser leurs attachements<sup>11</sup> anciens, tout en construisant leurs « rattachements de l'avenir ». Ainsi décollés de la question d'une causalité unique qui bloquait leur pensée en attisant du conflit, les patients peuvent alors se consacrer à la question du devenir, objet de la psychothérapie.

#### - Un renversement de l'expertise

Notre proposition de faire de la recherche à partir de l'expérience de l'adoption propre aux patients, parents comme enfants, nous plaçait en position de solliciter leur collaboration et leur expertise, renversant les rôles habituels de la thérapie. Cette posture s'est révélée un véritable levier pour désamorcer l'agressivité tant de la part des parents que des enfants qui ont investi l'espace de consultation pour témoigner de leur expérience et faire entendre la spécificité de leur parcours. Les adolescents adoptés ont en particulier élaboré des théories personnelles sur l'adoption et la dimension de recherche leur a permis de participer à une consultation qui ne les plaçait pas uniquement à une place déficitaire dont les faiblesses feraient d'eux des « sujets de psychothérapie », mais des personnes riches d'explications, et dotées de forces (Nathan, 2001b). Parents et enfants ont pu nous faire partager leurs conceptions de l'adoption, les caractéristiques selon eux de la parenté et de la filiation adoptives et faire des propositions et des

---

<sup>10</sup> Stengers (1996), philosophe des sciences, qualifierait sans doute nos pratiques cliniques de « cosmopolitiques »...

<sup>11</sup> Pour la sociologie compréhensive, « l'attachement désigne à la fois ce qui émeut, ce qui met en mouvement, et l'impossibilité de définir ce faire-faire par l'ancien couplage de la détermination et de la liberté » (Latour, 1999).

recommandations pour améliorer le système. Il est arrivé que les patients adoptés nous interpellent sur la dimension de recherche en nous demandant de partager avec eux l'état d'avancement de notre travail. Loin de cacher nos pensées et nos hypothèses, nous les leur avons livrées et en avons débattu avec eux, les mettant à l'épreuve de leur vécu et de leurs interprétations. De cette façon, une précieuse collaboration a pu s'établir entre parents, enfants et psychologues.

- Une psychologie où les individus sont attachés à des groupes

La construction d'un espace pluri-référencé a eu pour conséquence de faire se déployer des théories explicatives des désordres, ne relevant pas uniquement des sphères de l'intrapsychisme, mais mobilisant également des éléments du contexte social et culturel, tant sur le pays d'origine que sur ce qui avait été vécu depuis l'arrivée en France. Il s'agissait de permettre aux familles d'intégrer à leur histoire des informations anthropologiques, politiques, historiques, etc. leur offrant un autre éclairage. Un travail minutieux a été mené pour faire émerger la nature des attachements de chacun, au sens de « fait être » ou « fait faire » (Latour, 1999), comme étant susceptibles de fournir des explications à ce qui ressemblaient à des stratégies individuelles. Une adoption à l'étranger peut mobiliser un grand nombre d'acteurs qui auront un rôle plus ou moins déterminant dans l'histoire de l'enfant et les motivations de chacun étaient discutées dans l'espace de consultation, présentifiées et éclairées par un contexte précis. Par exemple, il ne s'agissait pas de s'interroger sur les motivations générales d'une mère à abandonner son enfant, mais sur les motivations d'une mère qui habite le nord de l'Ethiopie en 1990 à confier son seul garçon à la tante paternelle de l'enfant.

Ayant fait l'hypothèse générale de troubles psychologiques spécifiques à l'adoption, nous nous sommes intéressés à cet événement de vie à travers l'expérience de ceux qui l'avaient vécue, parents adoptants et enfants adoptés. Nous avons longuement interrogé chacun des membres du couple sur leurs motivations à l'adoption, leur projet parental initial, leur parcours pré-adoption, le choix du pays, les modalités pratiques de leur adoption, la participation des aînés, etc. Nous avons questionné les enfants sur les souvenirs antérieurs à leur adoption, leur passage à l'institution, leur motivation à être adopté et le projet affiliatif, et chacun sur les souvenirs de la première rencontre parents-enfants. Au fil de ces questionnements, nous avons constamment considéré que les personnes étaient traversées par des forces qui les dépassent, et que leurs motivations étaient issues de leurs groupes d'appartenances. De ce fait, les motivations des individus pouvaient être saisies comme le produit d'« attachements multiples » (Nathan, 2001b : 50), résultant de leur culture au sens large, davantage que comme des positions isolées. Cette conception d'individus vecteurs des intentions de leurs groupes nous a permis de penser leurs

attachements et leurs réseaux d'attachements<sup>12</sup>, au sens proposé par la sociologie compréhensive, de ce qui les « fait faire » (Latour, 1999), avant de pouvoir commencer à traiter leurs difficultés.

#### ***d. Un dispositif expérimental : la Consultation Adoption***

La Consultation Adoption proposée par le Centre Devereux a donc reçu ses premiers patients en décembre 2004. Elle s'est déroulée dans le cadre d'une recherche action, lors de consultations régulières gratuites en faveur des familles ayant adopté un enfant à l'étranger présentant des troubles psychologiques. A cette étape, nous n'étions que deux à recevoir les familles, Viviane Romana, psychologue clinicienne thérapeute principale de la consultation, et moi-même, étudiante en maîtrise de psychologie et cothérapeute. Les parents et les enfants ont tous été informés de la recherche en cours, se sont réjouis de pouvoir y contribuer et ont accepté sans difficulté d'être enregistrés. Nous avons systématiquement cherché à connaître leurs théories personnelles des troubles manifestés par l'enfant et les solutions envisagées.

Entre décembre 2004 et avril 2006, nous avons rencontré dans le dispositif Adoption (Annexe C : Tableau A-1) neuf familles. Durant cette même période, deux autres familles relevant de l'adoption internationale ont été reçues à des consultations générales d'ethnopsychiatrie auxquelles nous avons également participé (Annexe C : Tableau A-2). Avec ces **11 familles**, nous avons mené **37 consultations** ainsi que de nombreux entretiens à distance. Les consultations ont duré en moyenne deux heures et les familles ont été vues à un rythme relativement varié, tous les mois ou tous les deux mois. Dans l'entre-temps, un contact téléphonique était maintenu.

Caractéristiques des familles reçues en consultation :

- 5 enfants ont été adoptés en Afrique (Ethiopie, Madagascar, Mali, Rwanda), 2 en Asie (Vietnam, Philippines), 1 en Haïti, 1 en Europe de l'Est (Hongrie), 1 au Moyen-Orient (Liban), 1 en Amérique latine (Colombie) ;
- Ils ont été adoptés entre l'âge de 6 semaines et 8 ans, avec un âge moyen à l'adoption de 3 ans et demi ;
- Tous sont passés par une institution (orphelinat, pouponnière), certains également par une famille d'accueil. La plupart ont été maltraités ou ont subi des violences. Tous ont en commun le fait d'avoir été soustraits, grâce à leur adoption, à une grande misère et à une mort probable ;
- Ils étaient 4 filles et 7 garçons, âgés entre 6 et 25 ans au moment des consultations, pour un âge moyen de 14 ans ;

---

<sup>12</sup> Pour Latour, les sources d'attachements peuvent venir de la prolifération des objets, des biens, des êtres et des techniques.

- Les familles consultantes sont composées d'une moyenne de 2,1 enfants : 3 enfants adoptés sont seuls, 6 enfants sont issus d'une fratrie de deux, 1 enfant est issu d'une fratrie de trois, 1 enfant d'une fratrie de quatre. 5 enfants vivent dans une famille ayant adopté 2 enfants ;
- 10 parents vivaient en couple au moment de l'adoption ; une femme a adopté seule ;
- 5 familles avaient déjà au moins un enfant biologique au moment de l'adoption ;
- Ce qui a motivé l'adoption était : pour 6 familles, une difficulté ou impossibilité à procréer (stérilité, hypofertilité, homosexualité, maladie héréditaire), et pour 5 autres une motivation plutôt « humanitaire »<sup>13</sup> ;
- Les adoptions étaient toutes plénières. 3 enfants ont conservé leur prénom de naissance, 6 portent un prénom donné par les parents adoptifs, 2 enfants portaient un prénom composé (prénom de naissance/prénom d'adoption) ;
- Ces familles vivent en région parisienne comme en Province.

D'autres situations pour lesquelles nous avons été interpellés n'ont pas toujours abouti à une rencontre, mais ont occasionné des échanges cliniques fouillés (Annexe C : Tableau A-3). Des éléments cliniques ont aussi été recueillis directement auprès de parents adoptifs et d'enfants adoptés par le biais de témoignages et au cours de discussions plus informelles sur les fora Internet de l'adoption internationale. L'ensemble des informations cliniques récoltées dans ces différents espaces a contribué à notre meilleure compréhension du terrain.

## **V. Clinique des désordres**

Avant de présenter les premiers résultats obtenus dans le cadre de cette recherche, il convient de préciser à nouveau qu'ils ne sont pas généralisables à l'ensemble des enfants adoptés à l'étranger vivant en France. Il s'agit ici de présenter les résultats d'un travail qualitatif mené auprès d'un nombre limité de familles dont le recrutement et les caractéristiques ont été décrits plus haut. De plus, nos analyses et interprétations ne se veulent en aucune façon être prédictives de l'évolution péjorative d'un enfant qui rencontre une difficulté à un moment de sa vie. Pour des raisons de confidentialité, les données qui auraient permis une identification des personnes ont été modifiées (nom, prénom, lieux...).

---

<sup>13</sup> Nous rangeons dans la catégorie des motivations « humanitaires », les parents ayant choisi l'adoption comme un moyen de rétablir une forme de justice dans le monde, présentant un désir d'engagement social et un idéal républicain d'égalité des chances, ainsi que les personnes déclarant avoir une vocation ancienne à l'adoption et au sauvetage d'enfants.

## **1. Présentation des résultats**

### **a. Description clinique**

Avec la participation de l'enfant et de ses parents, nous avons pris le temps de repérer précisément les troubles et les caractéristiques psychologiques de ces enfants, ainsi que leurs comportements et les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne par ces familles. Un certain nombre de caractéristiques psychologiques et de comportements récurrents ont ainsi émergé.

#### - Les diagnostics psychiatriques

Pour les enfants pris en charge par la psychiatrie, les prescriptions médicamenteuses ont pour indication la dépression (antidépresseurs, anxiolytiques), ou la psychose (neuroleptiques antipsychotiques). Le diagnostic de psychose ou de schizophrénie est réservé, au regard du jeune âge des patients. Cependant, les enfants prennent des neuroleptiques (Risperdal, Tercian) pour limiter les hallucinations et les crises de violence qu'ils présentent. Ce qui s'apparenterait à un état délirant semble venir d'une confusion entre pensées, images mentales, rêves, cauchemars et réalité. Nous nous sommes interrogés sur le statut de ces épisodes, qui ressembleraient à des reviviscences traumatiques, surgissant dans des moments où ce que vit l'enfant dans le présent le plonge dans une autre réalité qui surgirait du passé. En effet, leurs parents décrivent précisément cette impression d'une réactualisation, comme si leur enfant était brutalement soustrait à la réalité du présent. Ces enfants, quand ils ne parviennent pas à contrôler ce mécanisme, sont alors plongés dans un état de frayeur.

La tristesse, l'anxiété et l'envie de mourir, sont fréquemment verbalisées par des enfants qui disent se sentir mal dans leur peau et dans leur vie. Ils ne s'aiment pas, « veulent en finir », « préfèrent mourir », plutôt que de continuer une vie qui n'est pas à la hauteur de leurs attentes. Cette dépression se manifeste fréquemment sous forme de crises de larmes, de menaces de suicide, d'accès de sentiments négatifs sur soi et sur les autres. Ce sont dans ces moments d'émotion exacerbée que surviennent les tentatives de suicide, dans certains cas à répétition. Les moyens auxquels ils ont eu recours pour essayer de se suicider sont variables : surdose de médicaments, enjambement de fenêtre, ingestion de produits chimiques. Les scénarios diffèrent d'une tentative à une autre.

#### - Les troubles psychologiques et du comportement

Aphasie, dyslexie, dysgraphie, bégaiement... La sphère cognitive est fréquemment touchée, avec des troubles qui peuvent handicaper et compromettre les apprentissages et l'insertion scolaire. Ces troubles spécifiques de l'expression orale et/ou écrite ont conduit des parents à rechercher des cadres scolaires proposant des méthodes pédagogiques alternatives. Ces enfants ont

fréquemment consulté de nombreux spécialistes de ces questions (orthophonistes, neurologues, aphasiologues), avec des améliorations aléatoires et difficiles à stabiliser.

Ces difficultés touchant au langage peuvent s'accompagner de troubles de l'attention et de la concentration, affectant la mémoire (fréquents oublis dans la vie quotidienne, peine à apprendre par cœur, problèmes d'accès au lexique, etc.). Ces phénomènes compromettent davantage encore les apprentissages scolaires.

D'autres enfants ne présentant pas ce type de désordres, sont néanmoins en grande difficulté scolaire, car ils désinvestissent l'école. Ils manifestent de l'inquiétude devant les attentes en terme de réussite scolaire (venant de leurs parents, des enseignants ou tout simplement de leur propre exigence), et supportent mal la compétition, l'évaluation de leurs capacités etc. Chez ces enfants, ce n'est pas la sphère cognitive qui est atteinte, ils peuvent avoir connu une certaine réussite scolaire, s'être montrés motivés et brillants aux débuts de leur scolarisation. C'est à l'occasion de l'entrée au collège, ou plus tard au lycée, qu'un désinvestissement massif de l'école peut survenir, sur le mode de l'évitement (fugues scolaires et absentéisme chronique).

La sphère somatique est fortement atteinte chez de nombreux enfants, et ce, dès l'arrivée de l'enfant dans sa famille. Les troubles du comportement alimentaire (mise en réserve de nourriture) cèdent rapidement grâce aux nouvelles conditions de vie. Tandis que les troubles du sommeil, avec des terreurs nocturnes et des cauchemars systématiques et spectaculaires, perdurent durablement. Lorsque les choses s'améliorent, ces enfants dorment peu, déambulant fréquemment jusqu'à des heures tardives et se levant à l'aube.

Le corps est le terrain de manifestations que la médecine peine à expliquer, surtout s'agissant des problèmes de peau comme des boutons, des démangeaisons inexplicables et constantes, de l'urticaire. Un jeune homme présente des sortes de griffures qui apparaissent périodiquement sur le dos et les jambes et qui brûlent sous l'eau chaude. La peau est aussi le lieu où subsistent des traces de la vie passée de l'enfant (brûlures de cigarette, cicatrices consécutives à de la maltraitance ou de la torture). Le rapport à leur corps, et en particulier à leur couleur de peau peut être complexe et teinté d'ambivalence. En effet, une caractéristique de l'adoption à l'étranger est que les enfants adoptés n'ont pas toujours la même couleur de peau que les autres membres de la famille. Certains enfants témoignent ainsi de leur déception lorsqu'ils ont compris qu'ils ne deviendraient pas blancs ; d'autres refusent de se résigner et espèrent longtemps la transformation, frottant leur peau colorée avec des lingettes d'eau de javel.

En grandissant, le rapport à soi et aux autres pose de plus en plus problème. Aux parents, et souvent à la mère, sont destinés les crises de colère, la projection et la destruction d'objets, les coups, les morsures, les insultes. En dehors des périodes de crise, certains enfants sont également décrits par leurs parents comme « manipulateurs » ou « séducteurs » avec leur entourage, leurs enseignants et/ou les personnes du sexe opposé. Pour leur part, les enfants

disent avoir du mal à être eux-mêmes, ne pas savoir qui ils sont réellement, dire/faire ce qu'ils pensent que les autres attendent d'eux. Ces états de crise, quant ils deviennent paroxystiques, conduisent les enfants adoptés à l'étranger à des comportements délictueux et transgressifs. Ils peuvent se mettre à fuguer de la maison, et rencontrer des substances toxiques dont ils font un usage intensif (tabac, alcool, cannabis, ecstasy). Pour les jeunes adultes dans ces situations, des comportements délictueux sont associés (comme le vol d'argent aux parents), pouvant les mener à l'incarcération.

Globalement et chez de nombreux enfants, l'anxiété se manifeste autant dans les comportements que dans les discours. Ils ont des peurs envahissantes aux contours variables : peur d'être échangé, abandonné, peur de décevoir, peur des maladies, des accidents, de mourir ou que leurs parents meurent, peur de perdre sa sœur dans les magasins, peur d'avoir mal, peur des médecins, des vieilles personnes... Ces peurs les saisissent brutalement et fortement, en décalage avec la situation réelle : elles apparaissent disproportionnées aux parents, manifestation d'une inquiétude dont l'objet n'est pas directement repérable.

### ***b. Tableau clinique***

Nous avons résumé la description clinique en un tableau détaillant les symptômes et leur fréquence selon les onze cas d'enfants que nous avons retenu pour cette recherche (Annexe D).

## **2. Vers le récit-type d'une expérience collective**

L'ensemble des témoignages recueillis lors des entretiens cliniques nous permet de commencer à décrire l'expérience partagée par les enfants rencontrés. Cette part du collectif dans l'expérience individuelle ne prétend pas rendre compte de la spécificité de chacune des situations d'adoption internationale, qui sont susceptibles de présenter des variations multiples autour de la trame que nous proposons. En effet, aucune de ces familles ne présente l'ensemble des traits caractéristiques retenus pour ce récit. La plupart des enfants reconnaîtront leur histoire sur une partie seulement, mais notre proposition est que l'élaboration d'un tel récit témoigne de l'existence d'un vécu commun aux humains ayant fait l'expérience de l'adoption internationale.

Chaque adoption donne lieu à la narration d'une histoire bien connue de tous les membres de la famille, et racontée à plusieurs voix durant nos entretiens. En effet, parents et enfants livrent un récit commun qui rassemble les éléments connus du passé de l'enfant jusqu'à la rencontre avec sa nouvelle famille. Ce récit est élaboré à partir des expériences et souvenirs de chacun, et donne lieu à une construction commune à base des souvenirs propres de l'enfant, de ce que les parents ont pu apprendre au moment de l'adoption, et par ce qu'ils ont pu lire dans le dossier de l'enfant ou apprendre par la suite. Les différents statuts des éléments du récit ne sont plus discernables

dans ce récit quasi-mythique qui raconte l'exposition et le sauvetage de l'enfant. L'enfant lui-même ne discerne plus ses souvenirs de ce qui lui a été raconté par la suite et dont il a l'impression de se souvenir.

*Odile* : « Je ne sais pas trop parce que à force que l'on m'ait raconté des choses, je ne sais plus trop ce qui est mes souvenirs et ce qu'on m'a raconté. Pendant longtemps je faisais des rêves, et un jour une femme de l'orphelinat a amené des photos, et ces photos correspondaient exactement à ce que je voyais dans mes rêves ».

Les enfants présentant un vécu traumatique particulièrement lourd ne peuvent plus discerner leurs véritables souvenirs du fruit de leurs cauchemars ou hallucinations.

*Matthias* : « Je ne sais pas si c'est une image ou si ça s'est vraiment passé, les coups de fouets. Par exemple, je rêvais quand j'étais petit, j'ai une image où je recrachais un vers de terre... Ça je ne sais pas si c'est une image. Je mangeais un verre de terre. (Aux thérapeutes) C'est possible ça ? C'est peut-être pour ça que je suis allergique aux vers de terre (...). Je ne sais pas si c'est des images ou si c'est des souvenirs, si ça s'est réellement passé ».

Pour les parents, le récit de la rencontre avec leur enfant donne lieu à une longue narration, d'une très forte intensité émotionnelle, où les images paraissent tellement gravées que l'on a l'impression que les événements se sont déroulés la veille. Nizard, auteure d'une étude sur la conversion des enfants adoptés en milieu juif (Nizard, 2004), note que l'histoire d'origine de l'enfant est racontée par les parents, mythifiée, fixée dans des albums photos ou sur le frigidaire des familles, et qu'elle est présentée dans une version rassurante, « prête à être saisie telle qu'elle, comme pour exorciser la frayeur d'une déliaison possible » quand en grandissant, l'enfant pourrait avoir envie d'explorer son histoire.

Souvenirs, informations et premières images sont saisies en un même récit partagé qui forme le mythe familial des origines de l'enfant adopté.

#### **a. Au pays d'origine des enfants**

##### **- *Un vécu traumatique***

Hongrie. La mère de Karola avait 17 ans à sa naissance, elle a confié son enfant à la grand-mère alors que Karola avait trois semaines. La vieille est morte d'épuisement et de misère. Plusieurs jours plus tard, une voisine trouve l'enfant qui était restée aux côtés de la morte. La police emmène la petite, très dénutrie, à l'hôpital. Elle a un an et demi lorsqu'elle arrive à l'orphelinat.

Originaires de pays pauvres (Ethiopie, Haïti, Colombie, etc.), le vécu traumatique des enfants est considérable. Ils ont vécu la misère, la faim, ils ont été maltraités par leurs familles d'origine (traces de sévices corporels), ont été livrés à eux-mêmes (enfant des rues), ont eu la responsabilité très jeunes de leurs frères et sœurs. Ils ont souffert de contextes politiques violents et répressifs. Certains sont des orphelins ayant subi la perte d'un ou des deux parents (pour cause de misère, maladie ou suite à des violences), d'autres sont des enfants abandonnés (mères très jeunes, misère et autres raisons qui restent à explorer).

Haïti. Cédric a 6 ans et demi au moment de son adoption. Il a vécu avec sa mère jusqu'à ses 4 ans et demi. Il a parlé de policiers qui l'avaient tuée. Il s'est enfuit et s'est réfugié dans un cimetière. Il a été recueilli par un curé puis s'est à nouveau sauvé. Il a vécu dans la rue et mangé dans les poubelles. Il a été alors trouvé dans la rue par une dame qui travaillait au lycée français de Port au Prince. Il était dénutri, et fut donc hospitalisé, puis remis en vue d'adoption dans un foyer.

Nord-Vietnam. Le père biologique de Bao-Gabriel est « mort sous ses yeux » quand il avait 3 ans, d'un œdème de Quincke provoqué par une crise d'asthme aiguë. La mère vivait dans la misère, avec ses 5 enfants. Gabriel, le plus jeune des enfants, a été confié à l'adoption par sa grand-mère qui l'a amené dans un Couvent.

Nigeria. Nilaja avait 6 ans à la mort de son père dans un accident de la route. Un jour, sa mère l'a emmenée à proximité du commissariat, avec des consignes précises pour son recueil. Elle l'a laissée dans la rue, s'est éloignée et a disparu lorsqu'elle a vu qu'un adulte s'intéressait à l'enfant.

### - ***Un passage par l'institution***

Le passage par une institution (pouponnière, orphelinat, centre social, etc.) se retrouve dans le parcours de presque tous les enfants, soient parce qu'ils y ont vécu, de quelques mois à plusieurs années, soient parce que l'institution les a confiés à des familles nourricières. Dans l'un et l'autre des cas, ils peuvent garder de très mauvais souvenirs de cette période ou être marqués à vie par les violences qu'ils y ont subies. Nous avons reçus des enfants qui avaient été sous-alimentés, mais aussi violés, martyrisés, torturés dans des familles d'accueil ou en orphelinat.

Matthias se souvient qu'à l'époque, il ne mangeait du riz blanc qu'une seule fois par jour.

Cédric raconte qu'il était un esclave dans sa famille nourricière : battu, fouetté, « mis sur des petits piques ». Il parle du « courant électrique » qu'il aurait pris (accident ?) dans les toilettes. Il dit : « J'étais presque mort », « je suis pas mort parce qu'on m'a mis de l'eau sur moi ».

Les parents rencontrés témoignent de ces mauvais traitements lorsqu'ils évoquent l'état sanitaire et le comportement de l'enfant à son arrivée.

Tafari a vécu 4 mois à l'orphelinat et personne ne pouvait l'approcher (mutisme, accès de violence et repli sur soi), il était dans un grand état de délabrement physique et psychologique au moment de son adoption. A son arrivée, il avait une hépatite B, des problèmes de peau très importants (« écorché » dira sa mère), très dénutri.

Matthias est décrit par sa mère comme « dressé » à son arrivée. Il mangeait son assiette, débarrassait la table aussitôt, lavait sa vaisselle, et passait le balai, « sans que nous lui ayons rien demandé ! »

### - ***Sauver un enfant***

Du point de vue du contexte local d'où vient l'enfant, l'adoption prend la forme d'un voyage en Europe et serait envisagée comme une solution pour donner un avenir à des enfants qui n'en ont pas. Parce que leurs parents sont malades ou trop misérables, ou parce que la vie de l'enfant est menacée. L'adoption est alors envisagée par l'enfant comme un sauvetage.

*Gabriel* : « J'ai failli mourir parce que j'avais plusieurs maladies, une maladie de la vue (trachome), si j'étais resté là-bas je serais aveugle. J'avais aussi des allergies... J'étais asthmatique comme mon père. J'avais aussi une maladie qui fait plein de racines dans les mains (gale ?). (...) Les enfants pensent que c'est une vie meilleure, mais ce n'est pas vrai, c'est une vie qui est vraiment chamboulante... »

Odile Pasquier a 25 ans, elle raconte a posteriori les raisons qu'elle avait imaginée qui avaient pu pousser sa mère à l'abandonner : « On fait adopter un enfant parce qu'on veut qu'il ait un meilleur avenir ! C'est ce qu'on dit... Donc je m'étais imaginé qu'elle avait fait ça parce qu'elle ne pouvait pas, qu'elle était très malade... ».

#### - **Le rêve d'une famille ?**

Dans d'autres cas, l'enfant grandit en orphelinat et se demande si un jour sa chance arrivera. Il voit partir d'autres enfants, et entend parler de l'adoption avant tout comme un moyen de grandir ailleurs. Mais que représente pour eux le fait d'être adopté ? Les témoignages oscillent entre possibilité de fuir misère et souffrance et envie d'avoir une famille, cette dernière paraissant davantage investie comme un cadre pacifié pour grandir, que comme rêve d'avoir des parents.

Pendant les deux ans où il est placé, Cédric rencontre régulièrement la responsable de l'OAA qui vient deux fois par an chercher les enfants qui partent pour l'adoption. Il finit par demander à cette dame de lui trouver à lui aussi une famille. « Comme ça, je ne fouillerais plus dans les poubelles » promet-il...

*Karola* : « J'ai été abandonnée, ensuite ma mère m'avait mise dans un orphelinat. Elle est venue me voir 2 fois, et je ne l'ai plus revue. Après j'ai vu pleins de parents, je me suis dit : c'est quand mon tour ? Un jour, on m'a dit qu'il y avait des parents. On a envoyé la cassette en France et ils sont venus. »

Tafari se souvient de sa vie à l'orphelinat, de la gentille dame qui s'occupait de lui, et il nous parle surtout de ses 4 copains, tous adoptés et vivant en France. Avant l'adoption, les gens de l'orphelinat ont expliqué aux enfants qu'ils allaient partir en France et avoir une nouvelle famille. Il dit qu'il voulait bien être adopté. Il a de bons souvenirs de l'avion et du Monsieur qui l'a ramené en France.

#### - **« Va, vis et devient<sup>14</sup> » : une élection dont la promesse est la réussite**

Du point de vue de la société qui donne l'enfant à l'adoption, cette adoption par des étrangers est une élection. La mère ou la famille qui confie l'enfant en vue d'une adoption lui donne une chance inespérée de pouvoir survivre et peut-être réussir. Les études anthropologiques menées auprès des mères vivant dans les pays pourvoyeurs nous laissent supposer qu'elles n'ont pas véritablement compris le changement définitif de filiation et peuvent naturellement penser retrouver leur enfant un jour, lorsqu'il sera adulte. Pour les parents de l'enfant, le confier en vue d'adoption c'est lui permettre de rejoindre le monde occidental, riche, développé, un monde où l'on mange à sa faim et où il est possible de réussir sa vie. Ce faisant, la réussite de l'enfant sera le prix à payer de cette élection. L'enfant adopté a pour mission de réussir sa vie afin de prouver à

---

<sup>14</sup> Titre du film réalisé par Radu Mihaileanu sorti au cinéma en mars 2005. En 1984, une chrétienne d'Éthiopie met en acte le sauvetage de son enfant en le faisant passer pour juif et en le confiant à l'adoption vers Israël.

la famille biologique qu'elle a eu raison de faire se sacrifier, et éventuellement l'aider financièrement.

La grand-mère de Gabriel est vietnamienne, elle a confié l'enfant à un couvent pour qu'il parte en France. C'est une paysanne misérable, qui porte un enfant aux dents pourries, malade et sous alimenté. Au couvent, elle rencontre Catherine Garnier, future mère de Gabriel, et lui dit qu'elle souhaite qu'il puisse manger à sa faim et aller à l'école. L'école a une place particulière dans cette société élitiste, elle est à la fois un privilège et fondamentale pour réussir socialement. « C'est un pays sur lequel on expose le CV sur la tombe des dignitaires ! (...) Et dans lequel on juge de la valeur d'un être humain à partir de son niveau d'études », nous explique Mme Garnier.

Pour les parents adoptants, la réussite sociale de l'enfant est un enjeu d'importance puisqu'elle sera une façon de s'acquitter de leur dette envers ceux qui leur ont « donné » l'enfant, tout en justifiant l'ensemble du parcours d'adoption. La réussite de l'enfant est le principal indicateur de la réussite du sauvetage. Pour ces raisons, les parents adoptants feront tout ce qu'ils peuvent pour offrir à cet enfant les conditions d'un avenir meilleur.

## **b. Des futurs adoptants français**

### **- *Des liens familiaux disloqués***

Bien que la durée relativement courte de cette recherche ne nous ait pas permis d'investiguer en profondeur le vécu des parents antérieur au projet d'adoption et les rapports avec leur propre famille, les liens familiaux des personnes reçues nous sont apparus comme fortement malmenés. Des frères et sœurs qui se sont perdus de vue depuis des années, des ruptures importantes avec les ascendants, des querelles familiales, des ascendants eux-mêmes issus de l'« assistance publique », etc.

Depuis 10 ans qu'il est en France, Gabriel a vu deux fois un de ses oncles maternels, et il en a un autre qu'il n'a jamais vu.

Mme Muller, la mère de Tafari, n'a pas vu sa sœur jumelle depuis 15 ans.

Les proches de la mère de Nilaja l'ont laissée tomber suite à son projet d'adoption, « condamné » par toute sa famille. Sa propre mère disait qu'elle avait un tempérament trop fort pour avoir un enfant et qu'elle ne pouvait que lui faire du mal. Elle disait : « Il ne faut pas qu'elle adopte avec le tempérament qu'elle a ».

Mme Duval souhaite une aide psychologique pour sa fille qui entretient des relations difficiles avec elle. Elle parle de sa propre famille : « Ma mère n'a jamais accepté ces adoptions, nous avons rompu les liens depuis. Je me suis toujours mal entendue avec ma mère, j'ai mis 45 ans à me remettre de cette relation. J'aurais préféré qu'elle m'abandonne ! »

*Mme Guillot* : « Il ne faut pas que Matthias prenne (l'isolement familial de sa mère) pour lui, parce que c'est déjà des histoires qui remontent à bien avant lui. Ca a toujours été comme ça. De toutes les façons, ce n'est pas si fréquent que cela des familles qui s'entendent bien... C'est les familles parfaites qu'on voit dans les livres. (...) Il n'y a pas de tensions entre nous, c'est de l'indifférence. (...) Matthias voudrait que ce soit chaleureux quand on se voit... »

- **Le projet parental d'adoption : motivations et mise en oeuvre**

Sauver l'enfant et se sauver grâce à l'enfant : dans la quasi-totalité des cas, les deux motivations cohabitent, à des degrés variables selon les situations. Ces familles souhaitent avoir recours à l'adoption internationale dans le but de faire famille tout en offrant un avenir meilleur à un enfant d'un pays pauvre. Dans certains cas, cette volonté, voir cette « vocation » à sauver un enfant, domine fortement les motivations à l'adoption. Les parents chrétiens font ce choix dans la perspective de vivre en conformité avec leur idéal chrétien de solidarité, tandis que la vocation au sauvetage chez des parents de tradition laïque à sensibilité politique de gauche, s'ancre dans la force de l'idéal républicain. Ces derniers estiment avoir personnellement bénéficié du système d'égalité des chances, et considèrent qu'ils se doivent de contribuer à rétablir un peu de justice dans notre monde contemporain. Dans les deux cas, le fait d'être issu d'un pays du Nord, susceptible d'avoir une responsabilité historique et politique dans la situation des pays du Sud, contribue à renforcer cette motivation au sauvetage.

*Mme Garnier* : « Moi j'ai toujours voulu adopter. A 7 ans, c'était déjà ancré en moi, pour moi c'était essentiel. C'est une question d'être humain : quand des parents font défaut, d'autres adultes peuvent faire office de parents et protéger, guider l'enfant. A 7 ans, j'ai eu plein d'objectifs de vie et il me semblait que c'était la plus banale solidarité humaine, je ne comprenais pas que tout le monde ne le fasse pas.

C'était très important pour moi de réussir cela. C'était vraiment un objectif de vie. Mon but était d'adopter une multitude d'enfants, 10 ou 20 !! Je n'en ai adopté qu'un qui me donne autant de travail que 10 ! C'est passionnant, un enrichissement extraordinaire, fascinant... »

*Mme Muller* : « Moi j'ai toujours eu envie d'adopter. J'ai eu Killian, puis il y a eu la séparation d'avec le père, puis la rencontre avec Olivier... J'avais envie d'une grande famille. Ça a toujours été dans ma tête, j'adopterais des enfants... J'aurais des enfants biologiques (2, 3)... D'où ça vient... Il faudrait chercher profondément... J'avais 39 ans quand j'ai eu Franck, il était hors de question d'avoir d'autres enfants biologiques. Je lui ai proposé qu'on adopte un enfant. C'est moi qui l'ai quand même plutôt porté, parce que Olivier était d'accord mais c'était plus difficile pour lui de se mobiliser pour un parcours... une sacrée galère. On adopterait en Afrique. Je m'étais lancée sur le Cap-Vert, une île où il y a beaucoup de misère. On a contacté un avocat un peu véreux, ça a duré un an et demi. Puis on est passé par une OAA qui faisait des adoptions en Afrique. L'idée commençait à germer de l'Ethiopie. L'Afrique parce qu'il y a des enfants en grande souffrance, mon père a vécu longtemps à Madagascar. Nous sommes un cas particulier, on voulait adopter des grands enfants. C'est un vrai choix, parce qu'ils ne sont pas souvent adoptés. Et puis je n'avais pas 35 ans, j'avais 42 ans. Après j'ai eu des problèmes de santé, on a arrêté parce que je voulais savoir ce que j'avais. J'avais 48 ans quand Tafari est arrivé ».

Cependant dans tous les cas sauf un, il s'agissait d'une adoption plénière, choix témoignant d'une volonté d'inscrire l'enfant dans sa filiation. Pour certaines familles, la dimension de sauvetage était davantage susceptible de poser problème dans le projet d'adoption et dans sa mise en oeuvre.

*Mme Roussel* : « Dans l'adoption, ce qui nous gênait, c'était que pour assouvir notre rôle de parent, il fallait enlever des enfants à leurs racines.

*M. Roussel (ému aux larmes)* : Les enlever à leur pays... Pour moi, c'est toujours mon problème. Il n'était pas question qu'on aille là-bas sur place.

*Mme Roussel* : Voir leur maman par exemple, non, ça on ne pouvait pas.

*M. Roussel* : C'est sur le principe aussi.

*Mme Roussel* : On s'est arrangé avec l'idée que le choix c'était : malheureux là-bas ou heureux avec nous. (...) On se disait, l'adoption c'est pas facile ! On le savait déjà, mais quand on adopte, on pense à agrandir sa famille...

*Viviane Romana* : C'est cela que vous vouliez ?

*Mme Roussel* : Oui, un garçon heureux, cursus normal, sans difficulté scolaire. On l'avait dit dès le début, pas malade...

*Sandrine Dekens* : Dans vos choix au moment de l'agrément ?

*Mme Roussel* : Oui, on n'avait dit « pas malade », « pas de sida », parce que je ne me sentais pas capable. (...) On se posait quand même la question de retirer quelqu'un de son pays pour assouvir un désir parental. Et là on est en plein dedans ! Je veux dire que cette question de départ qui mettait un grain de sable dans l'adoption c'était ça : retirer quelqu'un de son pays. On était d'accord.

*M. Roussel* : S'il avait fallu aller à Haïti pour aller chercher Cédric, moi je n'y serais pas allé.

Elaborer un projet parental en vue d'une adoption, c'est être contraint d'investir, de s'interroger, d'élaborer ses envies, ses craintes, davantage que lors d'une gestation biologique où tout ou partie de ces questions peuvent être passées sous silence, puisque l'on a pas à rendre compte à des tiers. Ici, le projet parental est interrogé par des tiers, rendu conscient, volontaire et construit durant de longs mois (voir des années), il doit être justifié et argumenté. Ce parcours auto-justificatif rend les personnes réceptives, ouvertes, totalement disponibles à l'arrivée de l'enfant, il les met dans un état de très fort investissement où elles ne sont plus accessibles au doute. Et cela d'autant que cette élaboration se fait dans un contexte de forte incertitude quant à l'issue heureuse, puisque jusqu'au jour de l'arrivée de l'enfant chez eux, leur projet est susceptible d'échouer.

Le couple Roussel se connaît depuis 1978. Fanny a 41 ans, elle a toujours été hypofertile et n'a jamais eu besoin de prendre de contraception. David a aujourd'hui 51 ans. Il a lui aussi des problèmes de stérilité depuis toujours. Pendant un moment, ils ont envisagé ne pas avoir d'enfants... Et puis ils ont pensé à l'adoption. En 1986, ils ont décidé de tenter une FIV. Le premier traitement n'a pas marché, mais malgré cet échec, un mois plus tard, Fanny était enceinte « miraculeusement » (sans doute grâce à la stimulation hormonale) alors qu'ils avaient 99% de chances de ne pas pouvoir concevoir d'enfants. C'est ainsi que naît Vaiana. Ensuite, le couple s'installe dans le Sud. Ils ont déjà 32 et 42 ans, ont envie d'agrandir leur famille et se décident pour l'adoption. Ils ont un agrément pour un enfant de moins de 6 ans, mais étant donné l'âge de David, on leur propose d'adopter un enfant plus grand.

*Mme Garnier* : « J'obtiens finalement l'agrément avec difficulté. J'ai été très éprouvée par tout cela, j'avais l'impression d'en prendre plein la tête. (...) Et puis j'ai toujours voulu adopter à l'étranger... D'autres rêves d'autres convictions ! »

Cette caractéristique de la parentalité adoptive semble pouvoir éclairer l'intensité de l'émotion déclenchée par la rencontre.

### **c. Intense rencontre avec l'amour**

*Karola* : « Moi, évidemment je crois mais je ne suis pas très sûre, que je suis allée directement dans leurs bras. La première fois, j'avais les queues de rat au cou, maman m'a coupé les cheveux. Elle a pris plein de vêtements, on a dû signer les papiers, et on est partis. (...) Après, on a dû rentrer en France. J'avais un peu peur de l'avion. Maman m'a rassurée, je suis montée, je me suis mise tout près de la fenêtre, et après plein de gens parlaient avec ma maman. On est arrivé, j'ai vu ma tata, et en fait, j'avais très peur des chiens. Elle était venue avec Max. Je me suis cachée derrière maman, et après je n'avais plus peur. Ensuite on m'a amenée à maison. J'ai vu mon papi et on s'est jeté dans les bras !! Comme si on se connaissait !! Le premier jour ».

Cette rencontre inédite tient tout autant du mariage arrangé que du coup de foudre. En effet, elle a les caractéristiques d'un mariage arrangé, pour lequel ce sont les groupes d'appartenance (ici les familles et les administrations des Etats) qui organisent un contrat entre des individus dans le but de faire famille. Et pourtant, cette rencontre est un véritable coup de foudre qui saisit les parents et emmène l'enfant dans de hautes pressions affectives. Les sentiments décrits sont condensés, la passion compacte. Le destin, indissociable de l'amour, est déjà au rendez-vous. Le coup de foudre renvoie à la prédestination, et au miracle, ce dont témoigne la construction narrative de l'annonce de l'arrivée de l'enfant (concordance avec une date anniversaire, avec un événement important, avec une prière...) (Nizard, 2004). Cette intensité amoureuse de la rencontre a donné naissance à l'expression « lune de miel », fréquemment utilisée par les spécialistes de l'adoption pour désigner la période de parfait accordage qui se met en place entre parents et enfant au tout début de l'arrivée de l'enfant.

L'intensité de cette rencontre entre parents et enfant paraît jouer un rôle déterminant et marquer durablement le style affectif de l'enfant.

#### **- Réparer l'enfant avec de l'amour**

Pendant la longue période précédant la rencontre avec leur enfant, les parents vivent une forte incertitude quant à la réussite de leur projet. Ils mobilisent énergie et espoir et sont entièrement tendus vers le moment de la rencontre, dénouement heureux après tant d'efforts et d'incertitudes. Plus les délais sont longs, plus les sentiments et les enjeux se cristallisent. Dès lors que le projet est près d'aboutir et que celui qui deviendra leur enfant est identifié, des échanges de photos et de vidéos donnent réalité au rêve. Un amour intense est en germe.

*Mme Roussel* : Pour moi, c'est clair, je l'ai porté là (montre son cœur). Mais vraiment, j'ai accouché à l'aéroport ! Je croyais que j'allais implorer, on attendait l'arrivée de l'avion... Sa venue... Il est arrivé là !

*Viviane Romana* : À quel moment vous avez commencé à l'aimer ?

*Mme Roussel* : Dès qu'on a reçu la photo. On l'avait mis dans la cuisine, sur le buffet, et on lui parlait. Moi je lui parlais.

*Viviane Romana* : Là c'est comme l'échographie !

*Mme Roussel* : On l'a présenté à toute la famille avec la photo. Il est arrivé en novembre... (...) Ma première préoccupation, c'était : est-ce qu'il va m'aimer ? Qu'est-ce qu'il va faire quand il va arriver à l'aéroport ? Et s'il ne veut pas venir vers nous, nous voir ? Comment est-ce qu'il va réagir ? Parce qu'à la naissance, on prend l'enfant d'autorité, tandis que là, Cédric était déjà

grand, il pouvait se sauver, faire demi-tour et repartir. Et s'il pleure ? Et s'il ne veut pas ? Est-ce que lui dans sa tête il va vouloir de nous ?

*M. Roussel* : Moi j'étais plus sur la réserve, j'attendais un peu de voir comment il allait faire, ce que nous allions faire.

*Viviane Romana* : Pour vous, il n'était pas encore votre enfant.

*M. Roussel* : Non.

*Sandrine Dekens* : C'est comme dans une grossesse. La mère est déjà mère avec la photo, le père a besoin de voir l'enfant ! C'est comme un accouchement.

*Mme Roussel* : Et la psycho disait... Parce que toi, tu disais toujours : moi je ne peux pas le faire mien, parce que si au dernier moment, il n'arrive pas... (...) Et moi je disais, il faudra que je fasse le deuil.

*Viviane Romana* : Comme si vous aviez perdu...

*Mme Roussel* : ... un bébé, voilà.

*M. Roussel* : Moi je ne raisonnais pas comme ça. Moi, il fallait un temps d'adaptation. Il fallait que je le construisse un petit peu... Comme j'ai construit Vaiana... C'est-à-dire pas tout seul, mais avec un peu de moi dedans. Donc, l'adoption c'est un parcours. (...) C'est des choses qu'on n'oublie pas ! J'ai assisté à l'accouchement de Vaiana et j'ai vu pareil ! Quand il est arrivé dans le sas, tout petit derrière un grand bonhomme, avec sa petite chemise à carreaux écossaise et ses petites chaussures noires. Clac ! C'est une image qui reste fixée tout le temps ! C'est sûr !

*Viviane Romana* : Alors David, qu'est-ce qui s'est passé pour vous ?

*M. Roussel* : ... Ben... (Souffle) Qu'est-ce qui s'est passé... Toi tu l'as pris dans tes bras, et puis moi après.

*Mme Roussel* : Toi tu l'as pris dans tes bras longtemps, il collait comme ça.

*M. Roussel* : Et moi je disais « bon, qu'est-ce qu'on fait maintenant ? ».

*Sandrine Dekens* : Il est collé dans les bras de David dans la cassette.

*Viviane Romana* : Là, il devient votre enfant.

*M. Roussel* : Oui, oui oui...

Un père d'enfants adoptés nous confiera garder pour chacun de ses enfants, une première image « fondatrice » (la « chouchoute » des nurses de la pouponnière, le « lion en cage » dans son lit à barreaux), image qui se forme au tout début de l'adoption, parfois même avant la rencontre, qui reste active tout au long de la vie avec l'enfant. Comme dans une histoire amoureuse, le moment de la rencontre reste gravé dans la mémoire : les parents nous le racontent comme on raconte un coup de foudre, une manifestation du destin. L'amour cristallise instantanément le lien entre eux et l'enfant qui devient aussitôt le leur. Ils se souviennent et nous racontent avec une grande précision de ces premiers jours passés ensemble, leurs premières émotions...

*M. Duval* : « Ces souvenirs c'est très... (bouleversé, ému, pleure en même temps qu'il parle). C'est très touchant. C'est un de mes meilleurs souvenirs. ... (Grande émotion. N'arrive plus à parler). C'est super. C'est très fort.

*Viviane Romana* : La rencontre avec elle.

*M. Duval* : Ah oui ! (...) C'est très fort je vous assure, j'ai du mal à en parler. A chaque fois que j'en parle, j'ai les larmes aux yeux. C'est très fort. Avec Estelle, c'est notre meilleur souvenir, la meilleure chose qu'on ait pu faire de notre vie.

*Karola Duval* : Maman dit que c'est « ses folles aventures ».

Cette intensité affective lors de leur rencontre va profondément marquer les rapports entre parents et enfants. Une rencontre miraculeuse pour cet enfant carencé et traumatisé qui va pour la première fois être capable de déclencher un sentiment d'une force incroyable, qui va le remplir

et le combler, lui redonner espoir et confiance. Pour les parents, cette intensité affective leur donne l'impression d'être les acteurs d'un destin qui les dépasse : certains parents diront avoir eu l'impression que c'est l'enfant qui les a choisis pour être ses parents, d'autres qu'ils étaient faits pour se rencontrer, faits l'un pour l'autre.

Comme au début d'une histoire d'amour, les sentiments sont très forts et appellent des promesses, sous forme de paroles ou d'actes chargés de sens, qui scellent le destin, « entre nous c'est pour toujours », « je ne t'abandonnerais jamais », « je t'aimerais jusqu'à ma mort ». Les parents sont convaincus que ces engagements d'amour indéfectible peuvent réparer leur enfant blessé.

*Mme Brunet* : « Le premier jour où il est arrivé, le 10 novembre 1989, je lui ai dit qu'il restera mon fils pour toujours. Je lui ai souvent dit également que je ne baisserai pas les bras tant qu'il ne sera pas majeur, (...) nous serons toujours là s'il a vraiment besoin ».

Faisant leur un enfant blessé, ils se placent dans la position d'être les thérapeutes de leur enfant, et le premier soin sera l'amour.

*Mme Morel* : « À son arrivée, il était rempli de colère, de violence. Je le prenais longuement dans mes bras. Plus tard, il me frappait... (...) Il a été soigné à la douceur, la patience et l'amour ».

*Mme Muller* : « Je suis la première thérapeute de mon fils ».

La belle histoire d'amour doit ensuite s'incarner dans la vie réelle : les sentiments s'installent dans une vie plus quotidienne... La fonction parentale conduit inévitablement les parents à incarner une certaine autorité. Et il sera parfois difficile de concilier l'engagement d'un amour inconditionnel et indéfectible avec les contraintes du rôle parental en terme d'autorité...

*Mme Morel* : « Cette colère se transformait en confrontation physique avec moi, sans que je puisse poser de limites. Vincent était calme et adorable avec tout le monde, sauf avec moi, et je n'arrivais pas à lui imposer des limites ou à le punir car je me disais qu'il n'était pas responsable. Je sentais sa souffrance et j'étais trop touchée pour parvenir à être vraiment ferme. Résultat : en septembre 2003, la violence était totalement envahissante envers moi et sa sœur. Nous sommes allés voir un psychiatre qui m'a rassurée et m'a dit que j'ajoutais à son angoisse en ne lui donnant pas de limites, en lui permettant de prendre le dessus sur moi. C'est tout ce que j'attendais ! Depuis, les choses se sont calmées ».

*Mme Roussel* : « À la maison, si nous ne sommes pas d'accord, il a du mal à gérer la frustration. C'est à nous d'être attentifs et de faire avec, alors ça passe. Soit on entre en conflit et cela peut dégénérer ».

*Mme Brunet* : « Mon mari semble abattu. Je lui ai dit qu'il fallait que l'affirmation de son fils passe par la confrontation avec lui et qu'il valait mieux que les portes claquent entre Sébastien et lui, car cela fait sortir les choses du caractère et de l'inconscient. Mais ne me mettant pas souvent en colère moi-même je suis mal placée pour en parler. Nous devons parmi les attitudes de Sébastien garder à l'esprit qu'on doit se faire respecter et entendre malgré les réticences et l'opposition de notre fils.

- ***Un enfant capturé par la force de cet amour parental***

L'enfant est fasciné par cet amour qu'il a été capable d'inspirer à ceux qui deviennent ses parents. Il se voit miraculeusement sauvé et croit en son destin : il a été capable d'inspirer un amour extraordinairement fort, il a trouvé une famille, il n'est donc pas un « enfant pouvelle ». Il est rempli par la promesse d'être aimé pour toujours. C'est un moment très fort pour l'enfant qui a l'impression d'être aimé pour lui-même, et qui gardera une nostalgie intense de sa première rencontre avec l'amour. Il pense que ses nouveaux parents sont probablement les instruments du destin, et est alors emporté par l'idée que sa vie répond à un projet qui le dépasse : un destin exceptionnel lui est sans aucun doute réservé, un destin de prince, qui justifie son sauvetage par des blancs vivant en France.

Aujourd'hui, Lili rentre de l'école et dit à sa mère : « J'en ai marre, tout le monde me dit que je n'ai pas de chance parce que j'ai été abandonnée, on me dit même « pauvre Lili ! ». Enfin, tu sais, maman, ils pensent qu' « elle » ne m'aimait pas!!! Et je leur ai dit que c'est le contraire, et que j'ai de la chance ».

Cet amour est voué à rester aussi intense qu'au premier jour. Le moindre signal de la part des parents pourra être interprété comme une remise en cause d'un amour qui se doit d'être inconditionnel et sans ambivalence. Dès que l'intensité des sentiments baisse, l'enfant pense qu'il risque d'être à nouveau abandonné. Il devient dépendant de ces émotions exacerbées qu'il a été capable de susciter au début de leur histoire, il est comme « shooté » à l'amour, et tentera de les réactiver lorsqu'il aura besoin d'être rassuré sur l'exceptionnalité de sa nature et de son destin. L'enfant adopté entretiendra une relation affective exigeante avec ses parents d'abord, et avec l'ensemble de ses relations. Il aime être le prince, le chef, a besoin de susciter l'émerveillement chez l'autre, de lui plaire, de le séduire.

*Mme Roussel* : « Il voulait toujours nous plaire, comme si on pouvait nous aussi l'abandonner. Il ne disait jamais de quoi il avait envie où ce qu'il voulait. Il volait dans le frigo au lieu de dire qu'il avait faim, ce qu'il ne fait plus depuis très récemment ».

*Mme Duval (parle de Karola)* : « Poussée dans ses retranchements, elle finit par dire « je fais tout ça pour qu'on s'occupe de moi ». Elle supporte mal les démonstrations affectives dont elle n'est pas le centre ».

*M. Roussel, père de Cédric* : « Les autres ados le mettent mal à l'aise. Il veut toujours être le chef ».

*Alain, père de Ewen* : « S'il ne peut pas être le premier, alors il sera dernier. Mais il faudra qu'il soit dans une position où on va le remarquer, où il pourra être le seul ! »

*Mme Morel, mère de Vincent* : « Il a beaucoup de charisme, il est très vif, très agréable, il a tout pour lui et charme tout le monde, y compris ses enseignants même des hommes. »

Cette avidité affective des enfants adoptés peut être pensée comme une manifestation psychopathologique du passage brutal et sans transition de la carence au trop-plein affectif. Les

crises de colère, de rage, de destruction d'objets qui s'ensuivront peuvent être comprises comme des passages à l'acte régulateurs de ces hautes pressions affectives, dans lesquelles l'enfant passe de sentiments extrêmes « tout contre », à une position « très contre » ses parents. Ces passages à l'acte par définition non élaborés, lui permettent de vider l'angoisse générée par l'ambivalence des sentiments entre parents et enfants. Autant l'enfant supporte mal les moments où il perçoit de l'ambivalence de ses parents à son égard, autant il en est de même concernant sa propre ambivalence envers eux, qui le culpabilise au regard de leur position de sauveteurs. Il est à noter que la quasi-totalité des familles rencontrées trouvaient leurs enfants très attachés à eux voir « trop attachés », malgré les troubles et parfois la violence.

- ***Des êtres exceptionnels au destin extraordinaire***

Ces enfants se pensent comme des êtres exceptionnels car d'une part ils ont survécu aux traumatismes (à la guerre, à la famine, à l'esclavage, aux violences), d'autre part ils ont été choisis par le destin parmi des milliers de pairs souffrants et probablement voués à la mort. Ils sont des survivants et des élus.

Mme Garnier raconte comme elle se promenait à Hanoï avec l'enfant dans un sac à bébé. Cela attirait beaucoup l'attention, les autres enfants autour se pressaient autour d'eux pour essayer de se faire adopter. Et Gabriel, enfant du village, maladif et maigrelet, était très fier, il avait la place d'un enfant privilégié, envié des autres.

Leur adoption les emmène dans le monde développé et un destin extraordinaire leur est réservé, donnant du sens à leur sauvetage. La rencontre avec de nouveaux parents condense, met en scène la rencontre de l'enfant avec son destin, et la force de l'amour qu'il inspire confirme qu'il est doté d'un pouvoir particulier. Il est un prince, une princesse, une star en devenir...

*Odile Pasquier* : « Je m'enfermais dans un personnage, j'étais à part, dans mon coin. J'étais une princesse, mes parents étaient des rois, qui s'étaient fait tuer... Ou des grands explorateurs qui traversaient le Nil et se faisait manger par des crocodiles, et j'étais la fille d'Indiana Jones.

Sébastien Brunet, 16 ans, se rend au lycée habillé avec ses dentelles et une cape de satinette noire.

Tafari Muller, 10 ans, veut devenir un « footballeur connu ».

Cependant, la plupart des adolescents et jeunes adultes que nous avons rencontrés souhaitent mener une vie simple, faire une rencontre amoureuse, se marier, avoir des enfants et un métier. Le destin extraordinaire de ces enfants est d'être vivants, alors qu'ils auraient pu mourir, un destin inaccessible pour ceux qui étaient promis à une vie misérable. Nous qualifions ce destin d'extraordinaire au sens où l'impossible devient possible.

#### **d. De la fiction juridique à la métamorphose**

##### **- *Histoire d'une métamorphose***

Grâce à l'amour, l'« enfant poubelle » se sent véritablement transfiguré, métamorphosé en « enfant prince ». Il entre pleinement dans le projet parental de faire famille et commence sa transformation en fils/fille de ses nouveaux parents. Il « colle » au projet parental qui a pour modèle la famille biologique, et met en scène sa nouvelle naissance.

*Mme Roussel* : Parce que quand il est arrivé, on a vécu la régression, il a tété le sein, je le portais pendant deux mois. Il se faisait naître sous le pull. Il disait « Je crois que tu vas avoir un garçon »! Les psychologues de la DASS disaient « c'est très bien, la régression... Il a régressé de bonne heure c'est bon signe... »

*M. Roussel* : Il rentrait dans les normes !

*Mme Roussel* : Très affectueux, très câlin, tactile. Il a fait sa place tout seul, parce que c'était un sourire à lui tout seul ! Dans la famille il a fait sa place. (...) Il a collé à tout ce qu'on demandait, l'école, tout ça.

Rapidement, il devient leur enfant, un enfant souvent prodigieux et impressionnant par son adaptation à sa nouvelle vie et aux attentes de ses parents. Il a une capacité très développée à savoir ce que l'autre attend de lui et à s'y conformer. La métamorphose s'amorce, il se transforme physiquement, au point de parfois se mettre à ressembler à un de ses parents.

*Mme Garnier, mère de Gabriel* : « Et comme il est devenu « beau comme un Dieu », il a été métamorphosé ! »

*Mme Mallet, mère de Céline* : « À son arrivée, c'était un petit chat écorché. Après quelques mois, c'était une enfant rayonnante, superbe ! »

*M. Duval, père de Karola* : « Alors quand on est retourné (dans son pays d'origine) pour chercher la petite soeur. Les gens nous on dit : « c'est pas Karola ça ! Elle a été transformée ! »

*M. Duval* : « Ah oui ça on se ressemble ! (Tout fier) Je suis son papa ! Nous avons les mêmes lèvres épaisses, le nez... » (Sa fille l'écoute et sourit)

La rapidité de la transformation s'accompagne d'une acquisition parfois spectaculairement rapide du français, même chez les enfants les plus grands. En moins de 6 mois (parfois en 2 ou 3 mois), l'enfant parle le français parfaitement. Cette acquisition du français s'accompagne d'une perte massive et durable de leur langue d'origine. Lors des consultations, la plupart des enfants se sont essayés à prononcer quelques mots dans leur langue d'origine, mais se tournaient vers leurs parents pour obtenir de l'aide et ne pouvaient plus dire « merci » ou « bonjour ». Certains parents adoptifs avaient appris eux-mêmes quelques mots de la langue de leur enfant pour permettre la communication entre eux à son arrivée. Des années plus tard, le voyage au pays ne permet pas la réacquisition rapide de cette langue des origines. Mais nous reviendrons sur cette question importante de la langue lorsque nous parlerons des apprentissages et de l'école.

Ce vécu de métamorphose est parfois tellement fort que des enfants adoptés à l'étranger semblent redécouvrir tardivement qu'ils ont été adoptés, alors que les parents disent ne jamais l'avoir caché et alors qu'ils ont un type physique manifestement différent.

*Mme Brunet* : « À l'âge de 10 ans, c'est comme s'il avait vraiment compris qu'il avait été abandonné, c'est quand il a lu l'acte d'abandon... Il a beaucoup pleuré. »

Les enfants s'approprient leur nouveau prénom, se sentent profondément français, et disent qu'ils n'ont plus rien à voir avec leurs origines.

*Odile* : « Certains camarades de classe savaient que j'étais adoptée, parce qu'ils avaient entendu leurs parents le dire, mais si on me demandait je disais non. Non, j'étais pas adoptée moi... j'étais enfant naturelle. J'ai toujours été enfant naturel, mais jusqu'à très tard... Même récemment... C'était pour des papiers administratifs, ils m'ont demandé mais votre père est né en Tunisie, votre mère en Angleterre et vous au Rwanda... Comment cela se fait ? Alors moi je dis « réfléchissez, l'avion est passé au dessus du Rwanda, ma mère a accouché à ce moment-là, c'est pour ça que je suis née au Rwanda ! »

*Viviane Romana* : « Tu sais ce que signifie le mot orphelin ?

*Tafari* : Oui. Des enfants dont les parents n'ont pas assez d'argent et le donnent à l'orphelinat.

*Viviane Romana* : Et toi, tu es orphelin ?

*Tafari* : Euh... Non. Euh... Si.

*Viviane Romana* : Je ne sais pas, dis-moi... Tu es orphelin ou non ?

*Tafari* : Non.

*Viviane Romana* : La vraie définition, c'est un enfant dont le père et la mère sont décédés, ou au moins un des deux. Après, il va à l'orphelinat, c'est vrai. (...) Donc aujourd'hui, tu n'es plus orphelin ?

*Tafari* : Non.

*Viviane Romana* : Et tu es plus français que éthiopien aussi.

*Tafari* : Oui.

*Viviane Romana* : Donc tu es français et tu n'es plus orphelin ?

*Tafari* : Oui. »

*Mme Garnier* : « Depuis quelques temps, il se veut français. Il revendique son prénom Gabriel depuis un an... ».

*Odile Pasquier* : « Je suis française, mes parents sont mes parents adoptifs. Ma vie a commencé avec mon nouveau nom ».

Ils s'approprient leur nouvel être et leurs nouveaux parents.

*Odile* : « Du plus loin que je me rappelle, c'est mon père et ma mère. Quand on me dit de qui vous êtes née ? Et bien voilà, je suis née d'eux. Mais vous êtes rwandaise ? Mais on peut être née de parents... Voilà ! Même maintenant. Quand je suis allée au Rwanda, ils voulaient absolument marquer sur mes papiers d'identité que mes parents étaient mes parents biologiques, ben non ! C'est pas eux mes parents, c'est ceux qui sont en France ! Et je continue de le revendiquer, même si eux sont blancs et moi noire. C'est mes parents ».

L'adoption semble dotée de ce pouvoir de transformation des êtres humains et constitue une expérience extraordinaire pour les enfants qui la vivent. Certains détails cependant, constituent des butées à la transformation en cours, et certaines différences seront difficiles à réduire. Et les

enfants vont s'attacher à rendre vraisemblable leur nouveau statut de fils/fille au sein d'une famille dont le modèle est la famille biologique.

Gabriel est adopté par Mme Garnier, mère célibataire de Cécile, sa fille biologique âgée de 12 ans au moment de l'adoption de Gabriel.

*Gabriel* : « Mais maintenant, l'adoption est tout ça c'est terminé. Il n'y a plus d'histoire de différence...

*Viviane Romana* : Tu veux dire qu'il n'y a plus d'adoption, tu es vraiment son fils.

*Gabriel* : Oui c'est ça. (...) J'ai deux mères et un père qui est parti et un père qui est mort ».

Nous soulignons que Gabriel situe à la place (vacante) de père adoptif, le père biologique de sa sœur aînée qui a quitté Mme Garnier alors qu'elle était enceinte. Gabriel n'a jamais connu cet homme qui était parti 12 ans avant son adoption.

Il tente de résoudre les contradictions en les intégrant à sa fiction, au prix de coûteux exercices intellectuels...

*Odile* : « Des fois, j'étais la fille de mes parents adoptifs, mais ma mère m'avait laissée trop longtemps au soleil, ce qui expliquait ma couleur ».

Car la différence de couleur de peau entre parents et enfants (quand elle existe) peut devenir une butée logique pour ces enfants. Dans un premier temps, très vite après l'arrivée en France, les enfants s'attendant à blanchir et en manifestent le désir.

Matthias Guillot nous raconte qu'il regardait longuement sa peau chaque jour espérant constater un éclaircissement.

*Sandrine Dekens* : « Et ça a marché ?

*Matthias (rit)* : Ben non ! (Il me montre l'intérieur de ses bras, plus clair, en forme de blague) Mais regardez, je suis presque blanc quand même ! »

Parfois, ils se frottent avec de l'eau de javel...

*Odile* : « Déjà petite, j'étais pas bien dans ma peau. (Mes parents) m'avaient surprise dans la salle de bain avec la javel et avec une éponge à gratter pour enlever la couleur. (...) Mes problèmes avec la couleur de peau ont commencé très tôt, quand je nous regardais dans le miroir, je voyais mes parents blancs, et moi noire, c'était un peu... »

Cette métamorphose incomplète le déçoit et sa couleur qu'il n'aime pas va ensuite fonctionner comme un rappel de son passé d' « enfant poubelle ».

*Mme Roussel* : « Cédric disait « Le noir c'est sale, j'aime pas ma couleur ». (...) Il a toujours pensé qu'on préférerait les blancs, parce que Vaiana est l'aînée et qu'elle est blanche et blonde. Il disait que le noir c'était sale. Il s'est passé des lingettes d'eau de javel sur la peau, il fallait le peindre aussi ».

L'enfant va éprouver une vraie difficulté à se représenter « né de » ses parents adoptifs (formule inscrite dans son acte de naissance), tout en ayant une couleur différente d'eux. En effet, ces enfants sont issus de sociétés dans lesquelles la différence de couleur de peau a un sens, et dans certains cas, structurées autour de ces questions (Afrique, Haïti). Leurs parents quant à eux appartiennent à une société plus universaliste, où les différences de couleur de peau sont

pensées comme des différences de surface... Et les explications intellectuelles ne lui suffiront pas toujours.

*Mme Morel* : « Il dit qu'il n'aime pas les noirs, qu'il voudrait être blanc et être sorti de mon ventre. Il souffre d'être différent des autres, de ne pas être blanc comme les autres. (...) Il est vrai que quelques uns de ses petits camarades l'embêtent un peu avec cela mais le problème est surtout dans sa tête. Nous n'arrivons pas malgré tous nos efforts à lui faire comprendre que ce n'est pas une vraie différence. Il ne l'accepte pas et n'accepte aucun de nos arguments ».

- **La rencontre avec l'école dans un contexte de « double-contraainte » à la réussite**

L'arrivée à l'école et les premiers apprentissages vont tout à la fois occasionner une frayeur pour l'enfant et lui renvoyer sa propre étrangeté. Tout d'abord sa différence de couleur ne cesse de lui poser des problèmes et ses contacts à l'extérieur de la famille sont entachés de racisme.

*Odile* : « J'ai le souvenir des coups de pierre quand j'étais dans une école primaire... J'ai toujours été dans des endroits où il n'y avait aucun noir. Le collège était foot études, avec beaucoup de garçons. Les seuls noirs et arabes étaient dans la classe des cas sociaux, j'étais la seule noire à suivre une scolarité normale. On me disait sale négresse, va donc à côté ! Le soir, je me faisais caillasser... Et j'ai encore des traces de coups de couteau sur les jambes ! Après, le lycée privé, pas de noirs. Le racisme dans le dos. Je faisais comme si je n'entendais pas ».

À l'école ensuite, l'enfant va rencontrer une nouvelle langue écrite. Qu'elles soient un premier ou un second apprentissage pour lui, la lecture et l'écriture du français, l'acquisition d'un nouvel alphabet (par exemple de l'amharique au français) vont le confronter à de la complète nouveauté. Cet apprentissage est rendu d'autant plus difficile lorsque la première langue a presque disparu (ou ne s'était pas complètement installée), ne permettant pas les comparaisons auxquelles peuvent avoir recours les personnes bilingues. L'enfant bute sur la confusion des lettres de l'alphabet, compliquant la lecture. Dans certains cas, l'enfant va ressentir cette immersion dans une nouvelle société d'autant plus fortement que les affects qui ont accompagné leur voyage l'avaient jusque-là préservé de cette confrontation avec l'étrangeté, qui pourra être brutale (étrangeté des sons produits par la lecture à voix haute, blocage de la vocalisation, etc.), et expliquer par la frayeur ressentie, les manifestations pathologiques sur le long terme du langage des enfants adoptés (bégaiement, troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, aphasie, etc.).

*Gabriel* : « Je n'étais pas comme les autres, je ne parlais pas français, j'étais très très lent pour arriver à leur niveau. Donc les professeurs m'ont mis de côté. Je désespérais les professeurs. Je lisais un peu mais vous savez, quand quelqu'un a de grosses difficultés, on n'essaie pas trop de venir vers lui ».

Ainsi sauvé, l'enfant adopté est destiné à réussir sa vie : d'une part par loyauté envers ses parents biologiques (pour justifier son sauvetage), et d'autre part par loyauté envers ses parents adoptifs (pour justifier son adoption). C'est pris dans cette « double contraainte » que l'enfant va rencontrer à l'école, lieu de construction de son devenir. En grandissant, la question de la

construction de l'avenir se précise, et devient plus explicite à l'adolescence : c'est le moment des enjeux d'orientation scolaire, les enfants doivent « préparer leur avenir ».

Céline Mallet retrace son itinéraire scolaire : excellente élève (première de classe) jusqu'en primaire. « C'était génial ». Les problèmes commencent en 5ème, les notes commencent à baisser. Les premiers séchages arrivent en 4ème. Succession impressionnante de lycées divers dont elle s'est faite renvoyer.

La question est d'autant plus cruciale qu'elle est amenée par un parent est malade, très âgé ou handicapé et que celui-ci se demande ce qui se passera quand il ne sera plus là.

*Mme Brunet* : « Mais quelles vont être les conséquences dans sa vie d'adolescent et peut-être dans sa vie ? Il nous l'a déjà demandé mais s'est rétracté ... Pourquoi ? »

#### - **Quand le système scolaire républicain accueille des « élus »**

Le système scolaire fonctionne à l'inverse d'une élection. Il est conçu pour permettre l'égalité de chances entre tous les enfants, et c'est le travail individuel et le mérite personnel qui seront récompensés. Les « élus » et les traitements de faveur n'y ont pas de place.

Les enfants adoptés peuvent vivre mal d'être ainsi placés en situation de rivalité et de compétition scolaire. Ils se sentent exceptionnels, fuient les comparaisons et redoutent d'avoir à faire leurs preuves.

Sébastien Brunet sèche beaucoup les cours. A commencé par sécher les cours de sport. Il dit à sa mère : « Je veux profiter de ma liberté, je suis jeune... ».

En effet, tout échec les conduit à douter de leur nature et de leur avenir.

*M. Roussel, père de Cédric* : « Quand il a un vécu négatif, une difficulté à l'école, avec les copains. C'est là que c'est dur... Dur d'assumer une difficulté. Il voudrait que tout soit bien facilement, que tout roule ».

Céline Mallet avait beaucoup travaillé pour ce devoir et a obtenu sa première mauvaise note. Aujourd'hui encore, Céline s'en souvient : « Je m'étais donné du mal et j'ai été très déçue ».

Les bonnes notes l'encouragent et le confortent dans l'idée qu'il est bien un « enfant prince » et qu'une nouvelle vie est en œuvre.

Certains enfants n'investissent pas l'école, et paraissent peu exigeants vis-à-vis d'eux-mêmes. Devoir fournir un effort d'apprentissage est pénible pour ces enfants « élus », et ils n'en comprennent pas le sens.

*Mme Duval* : « Elle ne semble pas du tout motivée par l'école. Pour les devoirs, c'est terrible, rien ne rentre ! Elle cache qu'elle a des devoirs. Je l'ai menacée de la mettre en pension ».

*M. Duval* : « Tout ce qu'elle aime, c'est le dessin, la danse et jouer ! Elle n'a aucun goût pour l'effort intellectuel ! (...) Karola n'est pas une bosseuse, elle aime mieux jouer que travailler à l'école. Elle n'a pas encore fait tilt sur l'importance des apprentissages. La maturité intellectuelle ne suit pas la maturité physique ».

Tafari Muller avait de grosses difficultés à l'école, du mal à lire et à écrire, mais il a fait beaucoup de progrès et arrive à apprendre une récitation. Tafari nous cite les notes qu'il a eues, il se montre assez content de lui.

*Tafari* : « Avoir 3, c'est rigolo ! Les autres qui se moquent, mais eux aussi ils peuvent avoir 3 ».

*Gabriel* : « La première fois, on se demande pourquoi il y a autant d'écoles, de restaurants... Pourquoi il y a autant de gens qui travaillent au lieu de jouir de la vie, tout simplement.

*Sandrine Dekens* : Toi au début tu avais envie de jouir de la vie.

*Gabriel* : Oui. Mais après j'ai bien compris que même si on n'aime pas l'école...

*Viviane Romana* : Tu n'aimes pas l'école ?

*Gabriel* : Ah non ! Mais c'est obligé ».

S'ils aiment l'école, c'est davantage pour s'y faire des copains que pour le plaisir d'apprendre. L'intégration scolaire et la fréquentation de camarades de classe n'est cependant pas toujours facile pour ces êtres exceptionnels...

Sébastien Brunet n'aime pas la compétition, se met en retrait, il n'a pas tellement de copains et préfère les copines. Il se sent en rivalité avec les garçons.

Ils défendent leur place d'élus, sont des leaders et donnent à voir leur différence.

*M. Roussel, père de Cédric* : « Depuis toujours, il a toujours voulu être chef. Ce qui a un peu posé des problèmes quand il est confronté à un groupe, en particulier à l'école. C'est pour ça qu'il a été suivi au CMPP ».

*Mme Roussel* : « Cédric a fait sa rentrée scolaire comme tous les ans depuis qu'il est arrivé en France. Quand il rentre dans une nouvelle classe, il se met à mal, il reprend son histoire, comme s'il voulait se dédouaner de ce qu'il ne peut pas faire comme les autres. Chaque rentrée s'est faite comme ça.

*M. Roussel* : C'est lié à son comportement en vie collective... Quand il voit qu'il ne peut pas s'intégrer de façon naturelle, il essaie de s'imposer en mettant en avant des choses positives ou négatives, sa couleur, son histoire... (...) Il écrit au prof en disant « j'ai vu ma mère mourir »... Les profs sont horrifiés ! Ils vont voir le Principal... Il écrit au Principal aussi, en disant « Voilà, j'ai fait des bêtises, il faut m'aider »...

Pris dans des enjeux de réussite exerçant une pression sur sa scolarité, l'enfant adopté à l'étranger va rencontrer l'école et se trouver en situation de devenir lui-même, dans une société fondée sur la responsabilité et l'initiative (Ehrenberg, 1998). Pour cet enfant qui est passé de la carence au trop-plein affectif, les doutes vont provoquer un « effondrement narcissique » (Roman, 2002 : 49).

Céline Mallet exprime l'idée récurrente de « toujours plus » (toujours la meilleure à l'école, toujours plus d'énergie), en comparant toujours ce qu'elle était avant à ce qu'elle est maintenant : avant elle était une « surfemme », jamais fatiguée, toujours le sourire, la gaieté, la pêche, elle était toujours en activité, capable de faire mille choses dans la journée, alors que maintenant elle est vite « ramollo », toujours fatiguée.

### **e. Le temps du désenchantement**

#### **- *Le désenchantement des enfants adoptés***

C'est ainsi qu'un jour, une crise de confiance se déclenche en très peu de temps et pour des raisons qui ne seront pas toujours clairement identifiées par les parents. Elle survient quelques années après l'adoption, souvent au moment de l'entrée en pré-adolescence ou lors du passage vers l'adolescence (vers 10/12 ans), parfois de manière contemporaine à un événement marquant le fait que l'enfant grandit et s'achemine vers une vie d'adulte (entrée au collège, au lycée, discussions autour de l'orientation...). Nous avons identifié un certain nombre de fortes déceptions chez l'enfant, susceptibles de converger vers une crise massive entre parents et enfants, qui démarre à bas bruit et s'amplifie très rapidement. Les doutes et la peur s'infiltrent et provoquent une sorte de changement de réalité.

Les questions que Céline Mallet, 17 ans, se pose :

- Est-ce que je vais réussir un jour ?
- Est-ce que mes angoisses vont cesser ?
- Est-ce que je vais devenir une fille bien ?
- Est-ce que je vais arrêter d'avoir peur ? Peur pour les gens autour de moi, qu'il leur arrive quelque chose. Peur pour les autres. Peur de finir toute seule. Peur de gâcher ma vie. Peur pour mon père.

Désenchantement sur l'élection : La peur de l'échec s'amplifie, la force donnée par le sentiment d'être un élu s'entame ou se brise, le doute s'infiltré, et la certitude de décevoir domine.

*Mme Boyer, mère de Nilaja* : « Elle a été regardée comme une starlette quand elle est rentrée au pays. Elle était sous les projecteurs. C'est comme si elle disait « je veux vivre facilement ou je ne veux pas vivre ». Elle a un côté princesse, se fait faire les ongles, les cheveux... (...) En novembre 2003, elle a fait une tentative de suicide aux antidépresseurs ».

L'enfant a beau tenter de mettre en place des stratégies pour fuir les situations de compétition, il prend conscience qu'il doit, comme tout le monde, fournir un effort personnel pour réussir sa vie, pour réussir à l'école, pour avoir un métier et une place dans la société, qu'il va devoir se battre et que tout ne lui est pas donné... Les enjeux du sauvetage (au niveau familial et social) entrent en synergie avec les ambitions parentales et les inquiétudes qu'ont les parents pour l'avenir de leur enfant.

*M. Roussel* : « Mais l'avenir... Là c'est ça... Je suis un peu pessimiste. J'aimerais que Cédric puisse participer à la vie collective à peu près normalement, même s'il ne va pas trop à l'école, qu'il fasse autre chose, un apprentissage. Je ne sais pas, mais quand il est confronté à l'extérieur à l'inconnu...

*Mme Roussel* : Toi c'est « je voudrais », c'est autour de la situation de travail, de place dans la société... Pour moi, c'est plus qu'il arrive à vivre avec ce qu'il est et ce qu'il a.

*M. Roussel* : Il faut quand même qu'il participe à la société...

*Mme Roussel* : Par exemple, s'il est en retard à l'école, c'est pas un souci.

*M. Roussel* : Oui, c'est pas un souci, mais plus tard ce sera un souci ! Il faudra bien s'il veut travailler, qu'il ait un minimum de connaissances et là, ça stagne ! Bon, on le fait travailler un petit peu, mais on ne peut pas avoir de discipline. Je lui demande « bon, tu fais tes devoirs », il dit « ah ben non, j'ai pas envie ». Je peux rien dire. Et s'il a envie il les fait.

*Sandrine Dekens* : Et là dans ces cas-là, vous n'allez pas à la confrontation ?

*M. Roussel* : Non. Ah non non !

(...) *M. Roussel* : Moi je raisonne parce que le niveau de culture, c'est essentiel, c'est beaucoup. Je sais que je relativise mal...

*Mme Roussel* : Tu vises haut pour Cédric.

*M. Roussel* : Oui je sais oui.

Soumis à une forte pression, l'enfant se soustrait aux épreuves, réduit ses ambitions, se met en échec, ce qui lui permet de rester le héros de son monde imaginaire, plutôt que de prendre le risque d'échouer, ce qui signerait l'échec de la métamorphose de l'« enfant poubelle ».

Ainsi la question d'une orientation en CAP se pose à Sébastien Brunet pour cause de mauvais résultats scolaires et d'absentéisme, le père de Sébastien envisage très mal qu'il ne fasse pas de seconde. Malgré ses difficultés, Sébastien s'accroche et essaie tant bien que mal de reprendre le chemin du lycée.

*Mme Brunet* : « Cette semaine, Sébastien n'aura été en cours qu'une heure. Le reste du temps il se ballade dans le lycée et va (quand même se restaurer au self où il laisse plateau et chaise non rangés). Evidemment, la CPE m'a dit qu'il y allait avoir des sanctions scolaires. Il est d'une impertinence sans égal dans sa façon d'être au lycée (se dore au soleil sur le gazon alors qu'il est l'heure du cours et n'y va pas). A la maison lorsque je lui demande comment s'est passé sa journée au lycée, il me répond : bien. ».

Son père continue de l'encourager sur le cursus général et ne veut pas entendre parler d'orientation professionnelle. Sa mère ne souhaite pas exercer trop de pression sur son fils en matière de scolarité, mais de fait elle est atteinte d'une maladie grave et les enjeux de réussite pour son fils sont d'autant plus présents. Sébastien rencontre le directeur d'un internat scolaire qui est prêt à l'inscrire, il en accepte les conditions de discipline. A l'internat, il ne travaille pas, des absences, des zéros. Il voit un psychologue d'orientation.

Il est de plus en plus absent de la maison, devient très rejetant envers ses parents. Il se met à vivre avec sa copine chez la mère de celle-ci. Il décroche scolairement. (...) Sébastien dit à son père : « de toute façons, mes études son ratées à cause de toi ».

Peur de la force de l'amour : En grandissant et à l'approche de l'adolescence, la questions des limites et de l'autorité parentale sont de plus en plus mal vécues par l'enfant. Il garde une nostalgie sans pareil d'une rencontre affective qui l'a bouleversé et qui paraît si loin, prise dans l'ingratitude du quotidien. Il doute de cet amour, il l'interroge, le teste, tente de le réactiver... Il relit les événements passés avec ce doute et pense que s'il n'a pas été métamorphosé, c'est qu'en fait, cet amour n'est pas réel.

Dans ce contexte de doutes, il supporte de plus en plus mal d'être lié à ses parents par l'amour qu'il éprouve et par loyauté envers ses sauveteurs. Lorsque la pression interne devient trop insupportable, il tente de les déloger de cette place de sauveteurs en mettant en doute leur amour, il les accuse d'aimer un objet qu'ils ont acheté, un jouet destiné à remplir leur désir d'enfant. Il pense que cet amour si intense ne lui était pas vraiment destiné. Car admettre que l'on est lié, attaché aux autres, c'est risquer de perdre, et cette emprise est d'autant plus forte que les parents sont âgés, ou gravement malades.

*Mme Roussel* : « Il finissait par dire qu'il avait peur de dire (qu'il avait fait pipi au lit) parce qu'on allait le ramener là-bas. On lui disait « mais non, c'est pas comme ça ». Il nous regardait, il nous observait...

*M. Roussel* : Il nous observe toujours un peu. On est toujours en phase d'adoption avec lui ! Quand il se sent en difficulté il dit qu'on est pas ses parents ».

Pour n'avoir rien à perdre, pour évacuer un peu de pression, cet enfant se pense alors seul au monde depuis toujours il se dit qu'il s'en est sorti et s'en sortira seul. Les témoignages d'amour de ses parents lui renvoient sa propre fragilité. La toute puissance qu'il exerce sur ses parents le rassure, car lui donne l'impression de disposer de la maîtrise du lien. Il demande son émancipation, et à défaut d'être 'indépendant', seul et sans lien, il ne peut supporter que des liens dont il a la maîtrise.

*Sébastien Brunet (extrait d'une lettre à ses parents)* : « Je suis sincèrement navré mais je ne veux plus pleurer à cause de vous ! Le mieux pour le moment c'est que je ne vous vois plus ! Plus personne ! Pour les études je réfléchis à la meilleure façon, une façon qui conviendrait à tout le monde ! (...) Je ne les lâcherai pas. Mais le fait est là. J'ai bien réfléchi sur ce que tu voulais que je réfléchisse ! Je dois être seul de tout le monde ».

Déceptions sur la famille : Cet enfant qui a tant rêvé d'avoir une famille quand il était à l'orphelinat, qui a cru l'avoir trouvée en France, considère alors que sa famille adoptive n'en est pas une. Tout se passe comme si cette famille française lui apparaissait sous son vrai jour : l'enfant paraît changer de réalité. Il redécouvre qu'il a été adopté, ses parents et sa famille. Il les trouve ordinaires, loin d'être à la hauteur de ce à quoi il s'attendait. Lui qui souhaitait « trouver une vraie famille » et a le sentiment d'avoir été trompé.

*Céline Mallet* : « Vous êtes une famille de merde ! (...) Je ne suis pas fière de ma famille, sauf papi et oncle Alain ».

Sébastien Brunet écrit sur les portes de son placard : « Marion, Clémence, Alex (amis et sa petite copine) ma seule famille ».

*Matthias Guillot* : « Je devais m'attendre à une famille bien. Soudée quoi ! Bon c'est vrai que nous, on est pas soudés du tout et que ça fait mal. Sur plusieurs familles, on est deux ou trois à se voir. Moi je n'appelle pas ça une famille. (...) Une vraie famille pour moi c'est des gens solidaires et soudés entre eux. (...) Je ne sais pas si j'ai été accepté, mais j'ai un doute. Un affreux doute. (...) C'est pour ça que je n'ai pas envie d'avoir d'enfants parce que honnêtement j'ai honte de présenter une famille comme ça ».

Chez les enfants adoptés, l'idée qu'ils se font de la famille est très puissante, il existe probablement un décalage entre ce que l'enfant étranger imagine comme « vraie famille » et ce qu'il va trouver en arrivant en France : des divorces, des parents qui n'ont qu'un seul enfant, des relations troubles avec leurs propres parents, une famille élargie distante, pas forcément ravie d'accueillir un étranger, parfois en rupture totale avec certains membres de la famille. Les familles françaises contemporaines sont en effet bien éloignées du modèle de la famille élargie, hérité des cultures traditionnelles. Pour cet enfant venu d'ailleurs, une famille mononucléaire, a fortiori monoparentale, n'en est pas une. Il est déçu par ses parents, parfois âgés, malades, seuls. Il développe le sentiment d'être resté un enfant sans famille.

*Odile* : « Ca a commencé avec le divorce de mes parents à l'âge de 9 ans et ensuite l'adolescence. (...) Ma mère a quitté mon père pour quelqu'un, mon père s'est remarié et ils ont eu ma petite sœur. Je ne savais pas où était ma place, je ne savais pas ce que je faisais là. Au divorce, je me disais que s'ils m'avaient adoptée pour divorcer après, c'est qu'ils ne m'aiment pas assez. Pour moi c'était de ma faute s'ils avaient divorcé. Je pensais ils ne m'aiment plus, ils ne veulent plus de moi. Alors qu'en fait c'était plus lié à leurs sentiments réciproques qu'à l'adoption ».

*Mme Guillot* : « Matthias est même choqué pour d'autres quand les gens divorcent autour de nous, il s'énerve, il trouve que c'est pas bien.

*Matthias Guillot* : Si c'est pour se marier pour divorcer. Jurer devant Dieu la fidélité jusqu'à la mort... Et puis divorcer, c'est nul ! Ca fait trop mal aux enfants ».

Vivre dans un monde sauvage : Les enfants adoptés décrivent le monde dans lequel ils vivent comme inhospitalier, intolérant et effrayant.

*Gabriel* : « C'est un monde où (...) il y a tellement de terreur dans la vie qui n'est pas la sienne, on peut se faire enlever ou mettre en esclavage. Je fuis parce que je ne comprends pas où je suis, un monde sans loi ».

D'un côté, le monde extérieur fait peur et apparaît plein de dangers, les liens sociaux sont difficiles, et mettent en scène la différence de l'enfant. De l'autre côté, les contacts avec les familles élargies sont marqués par la difficulté pour l'entourage d'accepter le bien-fondé de la démarche d'adoption ou par du racisme.

Qu'il vive en ville où il est assimilé aux immigrés, ou à la campagne, où il y a peu de noirs, l'enfant adopté se sent malvenu, il est aux buttes avec des réflexions racistes et la société d'accueil est perçue comme hostile. Il se sent différent, et a l'impression de vivre dans une société dans laquelle il n'y aura jamais de place pour lui.

Quand la période du doute s'installe, les déceptions et les peurs se cumulent et conduisent l'enfant adopté à rejeter le monde qui l'entoure. Il peut ressentir une profonde nostalgie de celui de l'origine, qui se confond avec son monde imaginaire, dans lequel il se réfugie.

*Sébastien Brunet (extrait d'une lettre à son père)* : « Tu vois je vais te dire une chose : nous sommes dans 2 domaines différents. Toi tu es dans le domaine du réel ! De la loi ! Moi mon royaume est tout autre ! Tant que tu resteras dans ton domaine rien ne changera. Je te rassure moi j'ai déjà tenté de pénétrer ton terrain. Franchement c'est trop nul : le mien est préférable ! Dans ton domaine je déprime et je vais mal. Dans le mien, je vois ça comme une simple révolte et une façon de te montrer à quel point j'ai besoin de changement à la façon extrême ! »

L'enfant semble revivre le début de son adoption et le relisent à la lumière de ces doutes. « Et si je n'étais pas un élu, mais un simple humain ? Et si mon adoption n'était pas le fruit des plans divins mais le fruit d'un projet parental ? », « Et si je n'étais pas dans une famille idéale ? ». L'enfant semble alors redécouvrir qu'il a été adopté, que sa famille n'en est pas une, il se découvre un avenir ordinaire, pour lequel il va devoir faire des efforts. C'est à ce moment qu'il accuse ses parents de ne pas l'aimer, de l'avoir volé ou acheté etc. Il leur en veut d'avoir été leurré et exprime de la colère contre ceux qui ont accrédité la thèse d'un destin exceptionnel en l'adoptant. Il se

sent trahi, comme en face de promesses non tenues et les rejette. Il reproche à ses parents cette adoption, et estime que le sauvetage n'en valait pas la peine, dit qu'il aurait préféré rester dans son pays d'origine, où il serait peut-être mort, mais où il aurait été à sa place. Au lieu d'être en vie dans un environnement où il est pour toujours différent des autres.

*Viviane Romana* : « Il paraît que c'est toi qui voulais venir en France. Est-ce que tu es content ?

*Cédric* : (Long silence) C'est difficile cette question. Je ne sais pas encore.

*Viviane Romana* : Tu as été déçu ?

*Cédric* : Avant non, mais maintenant oui. Ma couleur, ça me plaît pas.

*Viviane Romana* : Pourquoi elle ne te plaît pas ? Explique.

*Cédric* : J'ai été tapé, j'ai des marques partout sur le corps. Et puis les noirs, ça pue ».

#### - *Découragement, déception, dépression, colère*

Le désenchantement de l'enfant peut s'exprimer selon deux modalités qui peuvent ne pas s'exclure : la colère et la dépression.

La colère, la révolte (versant positif) : l'impression d'avoir été trahi domine. Les parents ont fait croire à l'enfant en quelque chose qui n'a jamais existé, ils ont construit un mensonge. Cet amour immense ne lui était pas destiné, la trahison est impardonnable, et il considère en retour qu'ils ne sont pas ses parents. Pour lui, à ce stade, ses vrais parents ont toujours été ses parents biologiques. Cette colère s'exprime plus fréquemment par des actes (agression des parents, feu à l'appartement, envie que les parents meurent etc.) et également par des paroles (insultes, cris, scènes, etc.)

À l'adolescence, Odile Pasquier fugue de chez son père. Affrontements verbaux et physiques avec ses parents et beaux-parents qu'elle frappe. Très violente avec son beau-père. Elle finit par mettre le feu dans sa chambre, en se sauvant par la fenêtre pour ne jamais revenir. Elle vit ensuite en foyers de jeunes, prend l'habitude de dormir avec un couteau sous l'oreiller. Violée par un français blanc alors qu'elle est encore mineure, elle est enceinte et choisit de garder cet enfant. Vit en foyer de jeunes mères. A cette époque, elle se sent seule, rejetée par tous et se pose des questions existentielles. « Qui je suis, qu'est-ce que je fais là, où est ma place, d'où je viens ?

Sébastien Brunet écrit sur les portes du placard de sa chambre : « haine, souffrance, suicide, mort, voilà ce qu'ils méritent. (...) Colère, vengeance, haine, rage sur une épée ».

Cédric dit pendant ses crises de violence : « Je veux me tuer pour être avec ma mère. Vous êtes qui ? Vous n'êtes pas mes parents ».

La colère est également destinée à la mère biologique, celle qui a abandonné l'enfant.

A certains moments, Cédric a l'impression que ses parents ne l'aiment pas. C'est dans ces moments-là qu'il frappe, parce que cette pensée lui est insupportable. « C'est parce que je mélange avec mes histoire d'Haïti », dira-t-il.

Odile Pasquier est retournée au Rwanda à l'âge de 24 ans. Quelques mois après son retour en France, la colère contre sa mère biologique l'envahit.

*Odile* : « Plusieurs mois après le retour en France, de la colère. Pourquoi moi, j'ai été adoptée ? Pourquoi faire d'autres enfants après. Pourquoi pas tous ! Pourquoi un seul ?

*Viviane Romana* : La colère parce que là, vous avez vraiment pris conscience que c'était un abandon.

*Odile* : Ben oui... (...) Pourquoi moi, pourquoi pas les autres ? »

La dépression, l'envie de mourir (versant négatif) : l'enfant se sent inadapté dans le pays d'accueil, pas à sa place, il est convaincu qu'il n'a jamais été autre chose qu'un « enfant poubelle », acheté et sorti de la misère à bon compte, qu'il ne sera jamais à la hauteur pour réaliser son destin. Il a la nostalgie d'un ailleurs lointain qu'il ne connaît plus, et vers lequel il ne pourra plus jamais retourner.

Sébastien Brunet commence à aller mal en 2003 (à 14 ans), après un voyage en Angleterre. Quelques mois plus tard, il pleure beaucoup. Décembre 2004 : Crise familiale car il ne va pas en cours. Pleure beaucoup, grosses larmes, sanglots. Son père l'emmène à l'hôpital. Il est hospitalisé 3 semaines au Service de pédopsychiatrie pour adolescents. Il ressort avec un diagnostic de dépression, sans prescription médicamenteuse.

Matthias fait 8 tentatives de suicide entre l'âge de 12 et 21 ans, entre autre par défenestration. Il est en proie à des angoisses qui le saisissent brutalement, pendant lesquelles il ne peut pas arrêter ses pensées négatives sur lui-même (« Tu n'es bon à rien, tu n'arriveras à rien, tu es une merde »).

*Mme Roussel, mère de Cédric* : « Il a peur de tout le monde, il dit avoir constamment peur et plus particulièrement, il a peur de se tuer. Il associe cette envie de se tuer au fait qu'il n'aime pas être noir. Sa couleur de peau le déçoit, il n'est pas possible de réussir quand on est noir. Et puis les noirs, ça pue. »

Mettant en scène une renaissance en « enfant prince », l'adoption est vécue par l'enfant comme une possibilité de changer de peau, d'effacer le passé, de recommencer sa vie à zéro. C'est ainsi que quelques années plus tard, nous les retrouvons déçus de constater qu'ils sont rattrapés par leur propre histoire, que la métamorphose complète n'est pas possible.

*Cédric* : « J'en ai marre de mon histoire. J'en ai marre des copains qui cherchent la bagarre, qui me provoquent. » Il demande à être hospitalisé, car il voudrait être guéri « pour toujours ».

*Anonyme* : « On a parlé (avec ma fille de sa peur d'être à nouveau abandonnée) et je lui ai dit que je le savais et que ces sentiments allaient ressurgir à chaque fois. Elle a pleuré et m'a dit « Aide-moi, maman! Aide-moi à les faire partir. »

A ce moment, ils vivent leur adoption comme un échec, une déception qu'ils doivent gérer. Ils se découragent et dépriment.

#### **f. Vers un adulte qui « capture » à son tour**

Au fil du doute, l'enfant va tenter de réactiver cet amour formidable dans l'espoir d'en vérifier l'authenticité, pour se rassurer sur sa capacité à le susciter, ou pour en démontrer la supercherie. Cet enfant est captif d'une certaine intensité dans les sentiments et en gardera une forte nostalgie durant toute sa vie d'adulte. Il cherchera à retrouver ce flash amoureux, et en grandissant, dans toutes les autres relations (amoureuses, amicales, professionnelles, avec les

enseignants etc.). Adolescents, ils mettent à l'épreuve l'amour parental par leurs comportements, puis dès lors qu'ils se considèrent comme trahis par leurs parents adoptifs, ils recherchent le même type de liens dans les autres relations. Garçons et filles semblent vivre des relations amoureuses passionnelles qui peuvent s'éteindre très vite. Jeunes adultes, la sexualité est un domaine qui peut être fortement investie par ses êtres en quête de sensations fortes. Mais l'histoire risque de se répéter : la rencontre intense, la lune de miel, la trahison, la déception...

### **3. Discussion clinique**

Nous montrons à travers la production d'un récit-type de l'adoption d'un enfant à l'étranger, que cet événement de vie a une dimension collective, qu'il est porteur de sens et d'effets dépassant les individus qui en sont les acteurs (Hypothèse principale). Pour initier une discussion à partir de ce récit-type, examinons ensemble les questions cliniques qui se posent.

#### **a. Ce que les troubles psychologiques viennent interroger**

Comme nous l'avons vu, les principaux enjeux de l'adoption internationale sont de répondre à deux intentions qui cohabitent : satisfaire une demande d'enfants et un désir de faire famille de la part de personnes vivant dans les pays riches, tout en sauvant des enfants abandonnés vivant dans les pays pauvres. Du fait que ce sauvetage ne peut bénéficier qu'à une infime minorité d'enfants vivant dans la misère, l'adoption internationale fonctionne comme une élection. Ces enjeux de sauvetage et de filiation et la dynamique élective ont été identifiés à l'échelle du système, et se retrouvent dans la clinique menée auprès des familles ayant adopté un enfant à l'étranger, occasionnant tensions et contradictions.

En venant interroger la réussite de l'adoption, les troubles psychologiques présentés par l'enfant suscitent des questions parfois très douloureuses. Ce sont à ces questions cliniques provoquées par l'apparition des troubles psychologiques, que les psychologues devront répondre au cours de la prise en charge psychothérapeutique.

- *Des questions sur la fondation d'une famille française* : Qu'est-ce qu'une famille ? Est-ce qu'ils font famille ? Quelle est la place de l'écart entre les cultures dans ces difficultés ? Qu'est-ce qu'une famille française ? Comment les français fondent-ils des familles ? Peut-on faire famille lorsque l'on est issu de cultures différentes ?

- *Des questions sur le prix à payer pour le sauvetage* : La motivation du sauvetage d'enfant est-elle fondée ou cache-t-elle des intentions plus inavouables ? La mère biologique a-t-elle sauvé l'enfant en le donnant ou l'a-t-elle abandonné ? Que signifie le sauvetage face à la souffrance extrême montrée par certains enfants ?

- *Des questions sur le sens de l'élection* : Qui a élu cet enfant ? Pour quelles raisons a-t-il été élu ? Est-il doté de pouvoirs particuliers ? En quoi est-il différent des autres ?

**b. Les intentions des groupes : convergences, contradictions, tensions et malentendus.**

**- *Quand le sauvetage devient une pression à la réussite***

A travers notre travail clinique, apparaît tout d'abord une superposition entre le projet véhiculé par le système (sauver un enfant tout en fondant une famille) et les motivations des adoptants. Cette convergence dans les intentions est vecteur d'une grande cohérence interne et explique la force exercée par la pression à la réussite sur les acteurs, en particulier l'enfant lui-même. (Hypothèse secondaire A).

Bien qu'ayant peu d'éléments cliniques attestant ce que la littérature anthropologique sur l'adoption nous laisse supposer, le projet des groupes pourvoyeurs ne recouvre que partiellement celui des précédents : la principale motivation à l'adoption des familles d'origine serait de l'ordre du sauvetage. Il est probable que l'idée de permettre à leur enfant d'avoir une famille n'ait pas forcément de sens pour la famille d'origine de l'enfant, d'autant qu'elle ne partagerait pas la conception occidentale de ce qu'est une famille. Ceci nous encourage à penser que l'objectif famille tel qu'il est pensé actuellement, c'est-à-dire selon un modèle normatif de famille biologique, pose un problème de cohérence au sein du système. Nous avons opté pour la stratégie clinique suivante : en s'appuyant sur leur expérience des parents et des enfants, construire une parentalité spécifique et une filiation particulière à l'adoption. (Hypothèse secondaire B)

Le véritable dénominateur commun à l'ensemble des acteurs est le sauvetage, qui concentre les enjeux et exerce une pression considérable dans la situation d'adoption. L'argument des anthropologues paraît fondé lorsqu'ils dénoncent l'idéologie « salivationniste » véhiculée par le système (Fonseca, 2004 : 225), comme légitimant son existence et donnant une caution morale à des transactions mercantiles<sup>15</sup> (Fonseca, 2004 : 226). Comme nous le résumons dans le tableau ci-dessous, le sauvetage d'enfant est ce qui justifie le bien-fondé du dispositif de l'Adoption Internationale et sa remise en cause pourrait bien faire vaciller l'ensemble du système.

**Tableau C : Les intentions motivant le recours à l'adoption internationale**

| Dispositif Adoption Internationale | Intentions                                    |
|------------------------------------|---|
| Groupes pourvoyeurs                | - Sauver un enfant<br>- Autres (à identifier) |
| Système                            | - Faire familles<br>- Sauver des enfants      |
| Groupes receveurs                  | - Faire famille<br>- Sauver un enfant         |

<sup>15</sup> Retenons l'intérêt du concept de « mécanisme de méconnaissance » évoqué par Fonseca, originellement formulé par Bourdieu, et appliqué à l'adoption par Ouellette (1995) et Yngvesson (1998). Il s'agit d'une tactique idéologique visant à traduire une situation d'inégalité économique et politique dans des termes de moralité individuelle.

L'omniprésence de l'idée du sauvetage permet d'éclairer la pression à la réussite qui s'exerce sur les parents, et en premier lieu sur l'enfant. Plus l'enfant aura conscience d'avoir été sauvé, plus il devra faire face à une pression intérieure et donner du sens à ce sauvetage. Certains enfants évacuent cette pression intérieure en accréditant intérieurement l'idée que c'est Dieu ou une puissance qui les dépasse qui détient les clés de leur destin, qu'ils mettent au défi par des comportements ordaliques s'accompagnant de sentiments de toute-puissance.

Dans cette perspective, la psychopathologie des enfants adoptés pourrait se révéler être un *syndrome de l'enfant sauvé* : plus la dimension de sauvetage d'enfant est présente dans la situation d'adoption, plus il y aurait un risque de troubles (voir Annexe E).

#### - **Les intentions des parents adoptants**

La plupart de ces parents ont un projet de famille, un projet parental classique, basé sur la norme de la famille biologique. Ils sont cohérents dans sa mise en oeuvre, et formulent leurs souhaits clairement au moment de l'obtention de l'agrément : un enfant qui pourra aisément se glisser dans ce projet parental, non malade, pas trop grand, sans particularité. Tout se passe comme pour une grossesse : la femme se sent mère lorsqu'elle reçoit la photo, le père lorsqu'il rencontre véritablement l'enfant. Dans une telle logique, ces parents font tout pour gommer l'adoption au fil du temps, et semblent y parvenir. L'enfant se conforme au projet, mais se heurte à des contradictions avec lesquelles il a du mal à négocier (la couleur de peau, son histoire). Et un jour, la pression est telle que l'enfant explose en violence.

*Fanny Roussel, la mère de Cédric, nous explique : « Cédric a collé à tout ce qu'on demandait, l'école, tout ça, et puis un jour il a explosé ! Il a dit ça je ne peux pas, je ne suis pas comme ça, je ne peux plus suivre ce que vous me dites, l'école ça va pas... (...) Il partait (de la maison). Comme en Haïti, il partait pour survivre. C'était des signes forts quand même. Je me suis dit que s'il partait de la maison c'est que c'était pas tenable. Après il est revenu, il y avait tous ces épisodes de violence où il se frappait, se maltraitait. Tout avait changé. Parce que quand il est arrivé, on a vécu la régression, (il était) très affectueux, très câlin, tactile. Il a fait sa place tout seul, parce que c'était un sourire à lui tout seul ! Dans la famille il a fait sa place. Et un jour il y a un clash : je ne suis pas comme ça en fait, c'est trop dur pour moi. C'est comme cela que je l'expliquerais en tout cas ».*

Les troubles psychologiques qu'il manifeste rappellent à la famille qu'il n'est pas un enfant biologique et qu'il est adopté. Il ne parvient pas à gommer, conserve un sentiment d'étrangeté et les troubles signent sa différence et sa difficulté intellectuelle à concevoir sa place d'enfant adopté.

#### - **Les intentions des groupes culturels d'origine**

D'après la littérature, comme dans notre travail clinique, il semble que le sauvetage de l'enfant soit une des motivations des familles pourvoyeuses (Fonseca, 2004 ; Ouellette, 1995 ;

Yngvesson, 1998). Il n'est certainement pas la seule, et ce travail ne fait qu'amorcer la réflexion qui reste à mener. La plupart des enfants que nous avons rencontrés vivaient en orphelinat au moment de leur adoption. Au-delà du sauvetage, quelles seraient les intentions des familles qui conduisent leur enfant à être placé dans un orphelinat ? Notre interrogation paraît d'autant plus légitime que culturellement, ces enfants sont issus de groupes pour lesquels la circulation traditionnelle des enfants est très élaborée : un enfant n'est jamais seul, le recueil des orphelins est pensé par le système traditionnel et l'orphelinat n'y a pas sa place. En dehors de l'idée que c'est la misère économique qui pousse les groupes à organiser la fuite de leurs enfants, il paraît intéressant d'aller regarder d'un peu plus près les intentions profondes des groupes culturels d'origine susceptibles de les pousser à confier ces enfants en vue d'une adoption internationale. Du point de vue de la littérature, cette réflexion pourrait s'adosser à des travaux anthropologiques sur les motifs de l'exposition traditionnelle des enfants et de leur recueil (Belmont, 1980 ; Ottino, 1984a, 1984b ; Massard, 1988 ; Lauwaert, 1996 ; Koubi, 2003).

A ce point de notre réflexion, nous sommes guidés par les thèmes émergents de notre travail clinique, et en particulier celui de l'élection. En agissant comme s'ils se pensaient des êtres exceptionnels, les enfants adoptés mettent en avant la spécificité de leur nature. Nous posons donc l'hypothèse à ce stade que c'est la spécificité de leur nature et en particulier l'identification de cette nature singulière par leur groupe culturel qui motiverait leur présence à l'orphelinat et leur adoption (Annexe F, Hypothèse thérapeutique A). En d'autres termes, il existerait des aires culturelles dans lesquelles ce ne seraient pas n'importe quels enfants qui se trouveraient dans les orphelinats, mais des enfants à la nature particulière, ayant été identifiés comme susceptibles de poser des difficultés au groupe d'origine. Le mythe de l'enfant exposé va nous permettre de développer cette hypothèse, tout en ouvrant des pistes pour la prise en charge psychothérapeutique.

### **c. Les enfants exposés : du mythe à la thérapie**

Le concept d'exposition, issu de la mythologie et des pratiques rituelles des sociétés traditionnelles, fait émerger un certain nombre de thèmes opérants dans la clinique des enfants adoptés à l'étranger. Il permet de penser tout à la fois la nature des enfants, la singularité de leur destin, ainsi que les désordres qui surgissent dans les situations d'adoption internationale. Il a également pour intérêt d'exister et de rester fonctionnel dans de nombreuses traditions, ce qui nous permet d'interpréter nos éléments cliniques à partir d'un concept actif dans les deux systèmes socioculturels<sup>16</sup> : le monde dont est originaire l'enfant (traditions et rituels existants ou ayant existé en Afrique, Asie, Amériques, etc.), et le monde d'accueil et dont sont originaires les

---

<sup>16</sup> Ce sont les systèmes socioculturels que nous appelons « mondes ».

parents (mythologie indo-européenne). Pour l'ensemble de ces raisons, il apparaît comme une ressource thérapeutique particulièrement pertinente pour cette clinique.

Exposer un enfant au sens mythologique consiste à le confier à un milieu hostile, le mettant à l'épreuve de la mort. La mythologie indo-européenne et sémitique compte de nombreux héros ayant été des enfants exposés : Pâris, Œdipe, Persée, Moïse, Romulus, Dionysos, etc.

Le mytheme présente un enfant identifié comme dangereux, étranger, différent, remis aux mains de la nature. Il contient l'idée implicite que ce risque hors du commun conduit à un destin qui possède une double polarité : soit l'enfant en meurt ou en garde une fragilité extrême, soit au contraire, il en acquiert des potentialités exceptionnelles (Moro, 1989 : 72). Pour Bourguignon (1989 : 86), un enfant qui résiste à un tel traitement (abandon précoce, mauvais traitements, exposition à des risques vitaux) est « un enfant exceptionnel car normalement il aurait du mourir ». Dans le passionnant texte de Sergent (1989 : 11-54), illustré de très nombreux exemples mythologiques, « Les trois raisons de se débarrasser de ce bébé-là », les éléments suivants retiennent notre intérêt :

- L'exposition est un prélude à un destin éclatant, de fondateur et de premier roi ;
- Elle fait fonction d'initiation : la suite de l'histoire de l'enfant exposé est celle de ses exploits initiatiques, première étape de sa promotion prestigieuse ;
- La dimension ordalique place l'histoire de promotion de l'enfant exposé sous la protection des Dieux. En effet, selon Sergent, « toute exposition est implicitement une ordalie, une façon d'obliger les forces du destin à choisir » (Sergent, 1989 : 41) ;

Moro propose de voir dans le sauvetage de ces enfants, un équivalent à une nouvelle naissance (Moro, 1989 : 73). Bourguignon quant à elle (Bourguignon, 1989 : 93) souligne l'élection mise en acte par l'adoption, qui peut être pensée comme une conjuration de l'abandon, en se plaçant à l'inverse exact du rejet initial. Elle conjurerait car permettrait à un couple d'accéder aux joies de la parentalité (Bourguignon, 1989 : 88-89).

Comme dans les mythes indo-européens, dans de nombreuses sociétés traditionnelles (Afrique, Asie, etc.), les enfants sont accueillis à leur naissance comme des étrangers venant d'un autre monde. Au moment de son arrivée, on interroge l'invisible pour en apprendre davantage sur la nature de cet étranger et sur son destin. L'intervention du groupe autour de l'enfant va consister en une humanisation, c'est-à-dire une « fabrication culturelle » de cet étranger pour qu'il devienne membre du groupe (initiations, etc.). Dans de nombreuses cultures, exposer un enfant, c'est avoir reconnu un être à la nature particulière<sup>17</sup> ou au destin singulier. Comme dans les récits mythiques, l'enfant est délibérément mis en danger de mort, de façon à contraindre sa nature : soit il meurt (ou il 'retourne

---

<sup>17</sup> Enfants ancêtres, enfants génies désignés selon les ethnies comme Nit Ku Bon, Gourmantché, Abiku etc.

d'où il vient'), soit il revient plus fort, ayant acquis des potentialités exceptionnelles grâce à sa confrontation aux épreuves. En Afrique de l'Ouest, on reconnaît dès la naissance les enfants de *djinnas* (génies), que l'on expose sur des tas d'ordures ou en brousse. En Indonésie, les enfants présentant certaines caractéristiques à la naissance sont emmenés en forêt ou déposés au fil de l'eau. Certains contes mentionnant les enfants exposés qui survivent à leurs épreuves, montrent la naissance de véritables héros.

#### **d. « Fabrication », initiation, métamorphose et traumatisme**

« Fabrication culturelle » des humains, initiation, techniques traumatiques, métamorphose, déculturation... Autant de concepts qui ont émergé au cours de notre travail, et sont apparus comme fonctionnels pour penser la clinique des enfants adoptés. Ils nous permettent dégager des pistes de réflexion pour prolonger ce travail de recherche.

##### **- La fonctionnalité de la culture d'origine chez les enfants adoptés**

Un de nos objectifs était de formuler des propositions thérapeutiques destinées aux familles ayant adopté des enfants déjà grands (plus de 3 ans), c'est pourquoi nous nous sommes particulièrement intéressés à la place de la culture d'origine de l'enfant (Hypothèse B/a). Nous supposons que la culture était susceptible de fournir à ces enfants des modèles formels aux manifestations psychopathologiques, une réserve de sens pour expliquer les désordres, et une ressource thérapeutique. Les parents eux-mêmes sont souvent convaincus que l'enfant est en mal de sa culture d'origine, ce qui explique pour partie le fait qu'ils s'adressent à l'ethnopsychiatrie. En effet, nous avons vu que les troubles de l'enfant réactivent la question de son origine étrangère, celui-ci peut même manifester un désir de retourner à ses origines, conduisant ses parents à se poser la question de la place de la culture.

Cependant, le travail exploratoire que nous avons conduit auprès de ces enfants nous conduit à penser que leur culture d'origine ne constitue pas une ressource pour les aider à se construire. Lorsqu'ils mettent leur culture d'origine en avant, c'est davantage pour marquer leur différence que par affiliation à leur groupe culturel. Les histoires culturelles racontées par les enfants adoptés sont souvent stéréotypées et pauvres du point de vue narratif. La langue d'origine a bel et bien disparu. Le système culturel est absent ou figé... Les bribes d'histoires que nous racontent les enfants sur leur passé ressemblent davantage à des histoires traumatiques qu'à des histoires culturelles. Ce qui leur reste du monde d'origine, c'est les sévices, la mort des parents, la rue, la guerre, l'orphelinat... De plus, les dossiers et récits d'adoption sont bien souvent presque vides, nous ne savons rien sur les parents, et sur leur contexte de vie antérieur à l'adoption. Il ne reste à ces enfants que leur couleur de peau pour savoir qu'ils ont eu d'autres parents.

Du point de vue thérapeutique, la mobilisation des origines pour construire des attachements liés à ce monde, se heurte à des obstacles : d'une part, les prescriptions issues de la culture ne prennent pas véritablement sens, d'autre part, l'activation du pays d'origine touche au traumatisme. Ce faisant, nous le mettons en position d'étranger par rapport à ses parents. A ces deux derniers endroits, nous touchons précisément aux sources de ce qui le fait souffrir.

Nous avons posé les bases d'un travail sur la culture, en étant conscients des limites de notre dispositif de recherche et sachant que la présence d'un médiateur ethnoclinicien s'avèrerait indispensable pour aller plus loin. Nous en avons cependant identifié deux niveaux de causes possibles à cette perte de fonctionnalité de la culture d'origine ou « déculturation » des enfants adoptés. Il s'agit d'une part du vécu traumatique de l'enfant, antérieur à l'adoption, et d'autre part des effets déculturants du système lui-même, le premier étant susceptible de renforcer le second.

#### - ***Exposition et vécu traumatique antérieur à l'adoption***

L'enfant adopté à l'étranger est d'abord exposé, puis amené à traverser les systèmes culturels du fait de son adoption. Selon Nathan (1989), l'exposition est l'inverse de la protection, en ce sens qu'elle produit une attaque de l'enveloppe<sup>18</sup>. Il décrit ce traumatisme à partir du mécanisme suivant : *i)* effroi produisant un débordement d'affects ; *ii)* énoncés à la logique incompréhensible ; *iii)* au caractère paradoxal et insoluble ; *iv)* hors du cadre de référence habituel. Ce qui produit une expulsion de la personne hors de son enveloppe psychique. Si l'on reprend à notre compte cette définition, l'exposition en soi est un premier traumatisme<sup>19</sup>. Pour certains enfants, aux effets traumatiques de l'exposition, s'ajoutent ceux des maltraitances, tortures, actes de guerre, etc. dont sont victimes ou témoins les enfants. Cette histoire traumatique des enfants adoptés à l'étranger offre la caractéristique supplémentaire d'être « une histoire sans témoin », favorisant la formation de scotomes, « secrets *authentiquement* partagés par tous », ou « tâches aveugles » de l'histoire de l'enfant avant son adoption, rendant impossible toute narration ultérieure, y compris dans le cadre thérapeutique (Asensi et Lachal, 2006).

Nous basant sur les travaux de Sironi sur la torture et la guerre (Sironi, 2000), qui montrent l'effet déculturant du traumatisme intentionnel, événement qui fait effraction dans la culture, cette multiplication des traumatismes antérieurs à l'adoption nous paraît donc susceptible de produire ce type d'effet de déculturation où les références culturelles sont vidées de sens.

Néanmoins, bien que ce vécu traumatique soit fréquent chez de nombreux enfants adoptés, il n'est pas généralisable, et nous ne pouvons en rester là. C'est ainsi que nous nous sommes intéressés aux effets de déculturation de l'adoption elle-même.

---

<sup>18</sup> Sur la notion d'enveloppe psychique, voir Anzieu, 1987

<sup>19</sup> Sur l'exposition avec acculturation brutale (rupture totale des liens familiaux) : il est possible de se référer au syndrome des janissaires. Gibello (1984). L'enfant à l'intelligence troublée. Paris : Le Centurion.

- ***Les effets déculturants de l'adoption internationale.***

Nous avons vu que l'adoption plénière et sa caractéristique principale - l'établissement d'une nouvelle filiation faisant disparaître la première - déclenche un processus métamorphosique chez l'enfant. Les travaux de l'anthropologie et de l'ethnopsychiatrie sur le recours à des techniques traumatiques comme la renomination d'une personne dans les initiations traditionnelles constituent une contribution intéressante pour notre sujet (Zajde, 1998 : 225), car elles montrent que dans les « mondes » traditionnels, le nom est la personne. Ainsi, changer le nom, c'est changer la personne, ce qui conduit certains guérisseurs à renommer un malade pour le soigner. Les initiations, qu'elles soient traditionnelles ou politiques (Sironi, 2002), ont largement recours à des techniques traumatiques afin de transformer radicalement et durablement les personnes. Nous reprenons à notre compte la proposition de Sironi : l'adoption internationale serait un événement initiatique dont la promesse serait la métamorphose. Elle produirait du traumatisme lorsque la métamorphose aurait échoué (Sironi, 2002 : 241).

Par ailleurs, nous pouvons également supposer que comme pour le migrant (Nathan, 1989 : 60), la rencontre avec un univers culturel qui ne fait pas partie de sa structure psychique occasionne pour l'enfant un autre traumatisme : la frayeur. Cette rencontre avec l'étrangeté, et le surgissement de la frayeur, se sont révélés très présents dans notre travail clinique, du côté des enfants comme des parents. Pour cette raison, nous avons souhaité leur consacrer un développement particulier figurant en annexe de ce mémoire (Annexe G). Nous retiendrons pour cette discussion la dimension psychopathogène de la frayeur, que nous avons vue susceptible de bloquer les apprentissages. Afin d'éviter qu'elle ne surgisse, les parents adoptants devraient faire figures d'initiateurs de l'enfant pour l'accompagner et donner du sens au nouveau monde. Dès son arrivée en France, les parents adoptants devraient pouvoir initier l'enfant à ce nouvel environnement.

Le système juridico-administratif de l'adoption internationale et l'ensemble du processus auquel est soumis l'enfant au cours de son adoption met en actes une re-naissance et a pour cela recours au changement de nom et à la réécriture de l'acte de naissance. Ces interventions que l'on peut qualifier de traumatiques, provoquent une effraction qui va initier une réorganisation profonde du psychisme de l'enfant, et le déclenchement d'un processus métamorphosique. Le dispositif de l'adoption internationale produit un temps zéro dans la vie de l'enfant, et recherche ce faisant des effets de déculturation et de désaffiliation, pensés comme autant d'étapes nécessaires en vue de créer les conditions favorables pour accueillir une nouvelle filiation, une nouvelle culture, une nouvelle famille. Il s'agit de provoquer la rupture avec le groupe qui a culturellement « fabriqué » l'enfant (« défabrication »), ce qui place la nouvelle famille et son groupe culturel en position de réinitier une nouvelle « fabrication » (« refabrication »). C'est cette

« refabrication » de l'enfant qui incombe aux parents adoptants, en préalable nécessaire avant l'éducation de cet enfant.

- **Des fondateurs contraints à la « fabrication culturelle » de leur enfant**

Les enfants ne sont pas uniquement le produit de la biologie, mais ils doivent être « fabriqués culturellement » pour devenir des humains. Si l'on admet que l'adoption plénière est une nouvelle naissance, alors la tâche qui incombe aux parents adoptifs est la fabrication de leur enfant. Mais alors, comment et avec quoi fabrique-t-on un enfant ? Pour aller plus loin dans notre réflexion, nous nous référons à l'article de Nathan (1999), « La fabrication culturelle des humains », dont la proposition est la suivante : un enfant se fabrique à partir d'un mythe de fondation (partagé par l'ensemble des membres du groupe culturel ou familial), mettant en scène l'ancêtre fondateur de la lignée (souvent venu de l'étranger). Pour fabriquer un enfant, il faut donc l'accueillir dans un groupe partageant un mythe...

Il nous semble que se situe à cet endroit une fragilité des familles que nous avons reçues et nous posons l'hypothèse que c'est la faiblesse, voir l'absence d'un groupe familial et culturel autour de ces parents adoptants qui ne leur permet pas de fabriquer l'enfant. Nous avons vu combien les ruptures familiales sont importantes dans le passé des parents que nous avons reçu, certains restant très isolés ne paraissaient s'inscrire dans aucun groupe susceptible d'accueillir l'enfant (familial, religieux, politique, etc.). L'article de Nizard (2004), « La conversion des enfants adoptés en milieu juif : quels enjeux ? » expose les modalités d'accueil, c'est-à-dire de conversion, et de statut religieux des enfants adoptés dans le groupe culturel juif. L'enfant adopté passe du statut de « *guer* » (étranger) à celui de juif (et donc d'enfant de la famille) selon deux modalités : l'initiation et l'éducation. Qu'il s'agisse d'un garçon ou d'une fille, le principal rituel est l'immersion dans un *mikvé* (bain rituel avec témoin), dont l'enfant ressort juif. C'est le moment de sa nomination (nom d'un ancêtre permettant l'inscription lignagère). Les garçons seront également circoncis, filles et garçons feront (ou pas, selon leur souhait) leur *Bar/Bat Mitzva* (confirmation) à l'âge de leur majorité religieuse (13 ans).

La venue de cet enfant de l'étranger auprès d'un couple parental est motivée par le souhait de fonder une famille. L'histoire d'Abraham et Saraï, couple stérile de la Genèse, nous apprend que les fondateurs doivent faire une alliance avec un être invisible pour faire naître une lignée. Dans la Bible, « Dieu transmet sa capacité fécondante à Abraham, Abraham aux chefs de tribus, les chefs de tribus aux chefs de familles et les chefs de familles aux fils aînés, et cela jusqu'à la fin du monde » (Nathan, 1999). De la clinique des enfants adoptés émerge une problématique autour de la famille (qu'est-ce qui ne fait pas famille ? Comment fonde-t-on une famille ?) et une hypothèse thérapeutique inspirée par l'idée de « double-capture » (Annexe F, Hypothèse thérapeutique B)

### - ***Une initiation des femmes au devenir de mère***

Si l'adoption et la fondation d'une famille passe par l'initiation de l'enfant par ses parents, et devrait le transformer leur fils/fille, elle est également une initiation des femmes à leur devenir de mères<sup>20</sup>. En effet, les femmes que nous avons rencontrées présentaient toutes des difficultés pour devenir mères, et avaient eu recours à l'adoption pour les raisons suivantes :

- Difficulté à concevoir, problèmes de fertilité ;
- Absence de partenaire masculin ;
- Un vécu fait de ruptures familiales importantes (relation très difficile à leur mère et/ou à leur famille) et la volonté de concilier leur envie de faire famille, et leur désir de se dégager de leur propre modèle familial ;
- Paroles de « malédiction » prononcées par leur propre mère, quant à leurs capacités à devenir mère (« avec ton tempérament, tu vas le rendre malade ») ;
- Une vocation au sauvetage d'enfant et pas spécialement au maternage.

En tant qu'elle leur permet de fonder une famille, l'adoption entre dans une stratégie individuelle de ces femmes pour devenir mères. Ne fabriquant pas l'enfant avec leur biologie, elles deviennent mères par initiation et non par engendrement. Ainsi l'adoption remplit une fonction d'initiation dans le projet de transformer la femme en mère, dans lequel l'enfant se trouve en position d'initiateur. Nous pouvons nous demander si les difficultés de l'adoption, en particulier la recherche de la mère biologique, ne signent pas l'échec de cette initiation de la femme par l'enfant. Ses manifestations psychopathologiques indiqueraient que la femme n'est pas devenue la mère de cet enfant (Annexe F, Hypothèse thérapeutique C). Un travail reste à mener afin d'explorer cette hypothèse de l'initiation, en particulier pour comprendre les mécanismes de son fonctionnement et de son échec.

## **VI. Conclusion générale**

La part irréductible de l'événement Adoption réside dans un système qui se fait la main du destin : l'exposition et le sauvetage de cet enfant parmi des milliers d'autres voués à une mort certaine, sont une réalité objective, mise en scène par le dispositif lui-même. Cette dimension de l'événement n'est pas réductible à la subjectivité des acteurs, il ne s'agit pas d'une façon de parler ou de se représenter la chose. C'est en quelque sorte le vécu commun faisant partie de l'histoire des enfants que nous avons rencontrés, au même titre que la rencontre avec l'étrangeté

---

<sup>20</sup> Nous choisissons ici de ne parler que des femmes, car nous n'avons pas suffisamment d'expérience clinique avec les pères des enfants pour avoir pu explorer ces questions avec eux. Une recherche ultérieure devrait pouvoir également examiner la question de l'initiation de l'homme en père par l'enfant.

occasionnée par le passage d'un monde à l'autre, ou le passage de la carence à des hautes pressions affectives.

Le destin est un concept peu exploré dans le présent travail, et s'il reste à documenter et à définir, nous retenons qu'il est une force qui dépasse les humains et agit sur eux. Ainsi l'adoption internationale semble dotée d'une force propre qui prend la forme d'une ordalie (s'il doit vivre, il sera sauvé), suivie d'une réalisation de vœux par une force supérieure (le système lui-même), dont les acteurs sont les instruments. La recherche clinique réalisée pour ce mémoire tendrait à montrer que c'est dans la force propre de cet événement que se nicherait la psychopathologie des enfants adoptés, qui souffriraient ainsi de *Troubles de l'Adoption*.

L'adoption d'un enfant à l'étranger est à l'heure actuelle très socialement valorisée, même s'il s'agit d'un choix considéré comme difficile, voir risqué.

*Viviane Romana* : « Vous dites, adopter, c'est devoir se justifier. Se justifier de quoi ?

*M. Roussel* : (...) Si on adopte, on adopte forcément des ennuis futurs.

*Mme Roussel* : Alors, on nous dit souvent, « Oh là là, ce que vous avez fait... Vous êtes admirables ! »

*M. Roussel* : C'est bien d'adopter un petit garçon tout seul.

*Mme Roussel* : Le pauvre petit noir qu'on a adopté. C'est aussi ça ! Alors on est dans (une région où) ils sont assez catholiques, alors c'est peut-être ça aussi. Comme si c'était une bonne action.

*M. Roussel* : Oui alors soit ça, soit qu'est-ce qu'on est allé faire ».

Penser qu'un geste généreux est porteur d'effets potentiellement pathogènes et que l'adoption n'est pas nécessairement une réparation pour ses enfants, est une proposition à contre-courant. En effet, l'adoption véhicule un implicite théorique que nous avons mis en lumière au cours de ce travail : la famille est pensée comme le cadre optimal de développement des enfants. Hors il semble qu'il y ait des enfants qui, de par leur vécu, leurs motivations et leur culture, ne pourront pas être réparés dans un cadre familial.

Dans d'autres cas, il est cependant possible d'envisager un accompagnement spécifique des parents et des enfants, afin de les guider et de limiter les contradictions entre les différents enjeux de chacun des acteurs et les incohérences dans la mise en œuvre. Nous avons accueilli au cours de ce travail, des parents qui, pris dans les paradoxes des intentions véhiculées et rendues possibles par le système, ont commis des erreurs culturelles conséquentes pour la vie de l'enfant qu'ils adoptaient.

Mme Garnier procède à une adoption plénière, tout en ayant davantage le souhait de sauver un enfant que de faire famille. Elle souhaite cependant intégrer la culture d'origine de son fils, ne pas la gommer. Peu de temps après son arrivée en France, elle inscrit Gabriel au cours de vietnamien du Sud alors qu'il est du Nord.

Quand on sait l'histoire entre ces deux parties du pays...

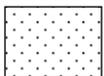
Mme Péron adopte plénièrement au Mali, un bébé qui s'appelle Abraham. Désireuse de lui conserver des attaches avec son pays d'origine, elle souhaite le renommer avec un prénom

malien. Ne connaissant pas la culture malienne, elle s'adresse à l'ambassade du Mali en France qui lui faxe une liste de prénoms. Elle choisit Djibril au hasard dans cette liste. Quand on sait l'importance de la nomination des enfants chez les maliens....

Dans un système où toutes les contradictions paraissent possibles, et dont nous avons montré les effets pathogènes, nous proposons un schéma qui tente de clarifier les différents types de projets possibles au sein de l'Adoption Internationale et à ses frontières (Annexe H). L'axe vertical du schéma concerne le projet formé par les parents, qui va de la fondation d'une famille ou d'une lignée, à celui de sauver un enfant en danger de mort et issu des pays pauvres (axe fondation d'une famille/sauvetage). L'axe horizontal concerne le potentiel de l'appareil en terme de réduction de son altérité ou de capacité métamorphosique (axe étrangeté/métamorphose).



Dans la famille fondée sur le modèle biologique, nous trouverions des parents ayant des problèmes de fertilité, qui choisiraient l'adoption dans le but d'avoir une famille, et dont l'enfant est susceptible de se métamorphoser en leur fils/fille. Ils choisiraient l'adoption plénière (AP) et un enfant en bas âge sans vécu traumatique (Ep : Enfant petit). Les difficultés rencontrées seraient de l'ordre de la transmission, en particulier dans la question de l'inscription de l'enfant adopté dans le groupe familial et la lignée de ses parents. Soulignons que l'adoption internationale telle qu'elle existe actuellement se prête peu à ce type de projets, puisqu'elle concerne le plus souvent des enfants déjà grands et ayant un vécu traumatique important.



Dans la famille co-fondée, nous trouverions des parents ayant déjà des enfants biologiques, et qui souhaiteraient fonder une famille d'un nouveau genre, une famille pas comme les autres, un peu sur le modèle des familles recomposées, cette fois à partir d'une hybridation culturelle. Leur enfant adopté pourrait se situer davantage dans l'altérité, si tant est qu'il puisse rester étranger tout en appartenant à cette famille. C'est dans ce type de familles que l'on trouvera des frères, sœurs, cousins etc. qui ont tous adopté des enfants aux quatre coins du monde. Les parents pourraient choisir l'adoption plénière (AP) d'un enfant plus grand (Eg). Les difficultés rencontrées seraient de l'ordre de la fondation, et passeraient par une négociation avec le projet de l'enfant, c'est pourquoi nous l'appelons « co-fondée ».



Le projet d'intégration répond à des préoccupations de sauvetage d'enfants petits (Ep), susceptibles d'un devenir métamorphosique dans la société qui les accueille. Les parents ne sont pas tant dans une problématique de filiation, mais souhaitent faire bénéficier à un enfant des opportunités de promotion sociale offertes par le système républicain et le monde riche. Ils opteraient pour une adoption simple (AS), c'est-à-dire une adoption dépouillée de ses

enjeux de filiation exclusive. Les difficultés rencontrées seraient de l'ordre de la réussite scolaire, sociale et professionnelle de l'enfant.



Le projet de collaboration est un projet de sauvetage d'enfants déjà grands (Eg) et à l'étrangeté irréductible, débarrassé de ses enjeux de filiation. Il prendrait davantage la forme d'un parrainage (P) dont le but serait de donner toutes ses chances à un enfant et de l'aider dans ses difficultés. Selon le type de difficultés de l'enfant, il ne serait pas nécessaire qu'il vienne vivre chez ses parents/parrains, mais pourrait rester dans son pays, avec des échanges possibles et des visites des uns aux autres. Les parents/parrains seraient intéressés par l'altérité et choisiraient de se mobiliser pour un enfant d'un pays avec lequel ils se sentent par ailleurs liés (intérêt culturel).

Nous parlons de collaboration entre enfant et adultes pour construire le devenir de l'enfant. Ce type de projet inclurait les situations d'enfants très malades, nécessitant une prise en charge en France et plaçant clairement les adultes dans un rôle de sauveteurs et de thérapeutes. Dans ce dernier cas, si adoption il y a, elle serait bien entendu une adoption simple.

Ce schéma tente d'éclaircir les différentes possibilités offertes au sein d'un système qui entretient les ambiguïtés, et rend possible des mises en actes d'intentions parfois très contradictoires, entre filiation et sauvetage. Plongé dans un univers de contradictions, l'enfant les donne à voir par ses troubles psychologiques et par ses comportements. L'ensemble de ce travail montre qu'il existe un intérêt à proposer un dispositif thérapeutique spécifique de prise en charge de ces troubles de l'adoption. Nous inscrivant dans le projet de la psychopathologie et de la psychiatrie sociales, il nous semble également envisageable de mener un travail de prévention de l'apparition des troubles, et c'est le sens du schéma proposé ci-dessus qui sera développé dans une recherche ultérieure. En effet, il apparaît que ce travail de prévention pourrait trouver sa place dans le cadre de la mission remplie par les OAA qui sélectionnent les parents et font l'apparement avec l'enfant, à l'intermédiaire entre la France et le pays d'origine. C'est probablement dans la manière dont l'articulation est organisée entre les enfants et parents (accompagnement des uns et des autres, préparation à l'adoption), qu'une prévention pourrait être réalisée. Un dispositif spécifique de prévention et de médiation pourrait être mis en place avant l'arrivée de l'enfant et proposer aux parents de les aider à penser leur adoption, définir le projet dans lequel ils souhaitent s'inscrire et la forme de parentalité qu'ils mettront en oeuvre. Ce travail d'accompagnement de l'adoption par les OAA pourrait s'inscrire dans la durée, selon des modalités qui resteraient à définir.

Dans notre schéma, nous avons maintenu la possibilité de réaliser une famille selon un modèle biologique, pour la raison que le système tel qu'il existe aujourd'hui donne cette possibilité aux

familles, et nous avons montré que ce modèle en est le fondement. De ce fait, les parents adoptifs vivent une parenté contradictoire, prise entre parentalité biologique et parentalité adoptante, et font face à des exigences potentiellement conflictuelles, ce que montre le travail du sociologue canadien Kirk (1984, 1985, 1988). Ces parents se placent dans une position de négation de la différence entre ces deux formes de parenté, tout en entretenant « un mythe d'origine du lien adoptif (Dieu, le destin...) ». Hors, il nous semble important de souligner pour conclure ce travail, combien la parenté adoptive implique une parentalité particulière. En effet, l'adoption et la famille biologique n'ont pas grand-chose en commun, et l'adoption d'un enfant à l'étranger ne produira jamais une famille 'comme les autres', des parents et des enfants 'comme les autres'. Selon Kirk, la « reconnaissance ouverte d'une différence entre parenté consanguine et adoptive » (cité par Ouellette et Belleau, 1999 : 16) est une condition essentielle à la communication dans la famille et au développement de liens d'attachement à la fois stables et dynamiques entre parents et enfant. Les parents que nous avons reçus en thérapie qui ont accepté cette proposition, ont davantage fait un deuil de la fonction maternelle biologique que celui d'un enfant biologique (que certains avaient !). Ils ont posé des éléments de construction de cette nouvelle fonction auprès de leur enfant. Ainsi, cette recherche clinique sur l'adoption internationale se conclut-elle provisoirement par une nouvelle question : celle des enjeux d'une nouvelle forme de parentalité, une parentalité adoptive qui reste à définir et à construire.

## Bibliographie générale /

- AINSWORTH, M.D., BLEHAR, M.C., WATERS, E., WALL, S. (1978). Patterns of attachment : a psychological study of Strange Situation. Hillsdale : Erlaum.
- ALLEE, B. (2002). Enfants adoptés à l'étranger : questions d'identité. Mémoire de maîtrise de psychologie. Saint-Denis : Université Paris 8.
- AMES, E.W. (1997). Le développement d'enfants d'orphelinats roumains adoptés au Canada. Thèse de doctorat, Colombie britannique : Simon Fraser University.
- ANDRESEN, I.L. (1992). « Behavioural and School Adjustment of 12-13 Year Old Internationally Adopted Children in Norway : A Research Note », Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33 (2), pp 427-439.
- ASENSI, H., LACHAL, C. (2006). « Clinique 'sans histoire', clinique de l'histoire : difficultés de l'adoption internationale », in BAUBET, T., LACHAL, C., OUSS-RYNGAERT, L., MORO, M.-R. et coll. Bébés et traumas. La Pensée Sauvage, Coll. Trauma, pp 87-95.
- BAGLEY, C. (1993). « Chinese Adoptees in Britain : A Twenty-year Follow-up of Adjustment and Social Identity », International Social Work, 36 (2), pp 143-157.
- BALLAND, I., LAURENT, A., BOUCHARLAT, J. (1995). « À propos de l'adoption internationale », Prisme, 5 (2-3), pp 321-327.
- BEAL, C.-P. (1993). « À propos d'adoption d'enfants du Tiers-Monde polytraumatisés », in REY-VON ALLMEN (dir.), Psychologie clinique et interrogations culturelles, Paris : L'Harmattan, pp 359-366
- BELMONT, N. (1980). « L'enfant exposé ». Anthropologie et société. Vol. 4, 2, pp 1-17.
- BENSON, P.L., SHARMA ANU R., ROEHLKEPARTAIN E. (1994). Growing up Adopted. A Portrait of Adolescents and their Families, Minneapolis : MN, Search Institute.
- BERGER, M. (1997). L'enfant et la souffrance de la séparation, Paris : Dunod.
- BLUM, A.S. (1998). « Public welfare and children circulation, Mexico City, 1877 to 1925 », Journal of Family History, 23, 3, pp 240-271.
- BOHMAN, M., SIGVARDSSON, S. (1982). « Adoption and fostering as preventive measures », The Child And His Family, New York : Anthony and Chilands Eds, pp 171-180.
- BOLTANSKI, L. (2004). La condition foetale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement, Paris : Gallimard.
- BOURGUIGNON, O. (1989). « Le syndrome de Cosette. Enfants de l'abandon et du rejet », in MORO, M.-R. et coll., L'enfant exposé, Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°12, Paris : La Pensée Sauvage, pp 85-96.
- BOWLBY, J. (1957). « An ethological approach to research in child development », British Journal of Medical Psychology, 30, pp 230-240.
- BOWLBY, J., Attachment and loss. Vol 1 : Attachment (1969) ; Vol 2 : Separation : Anxiety & Anger (1973) ; Vol 3 : Loss: Sadness & Depression (1981), London : Hogarth Press.
- BRENTANO, F. (1944). Psychologie du point de vue empirique. Paris : Aubier.
- BRISSET, C. (2004). Aider les plus vulnérables. Rapport de la défenseure des enfants au Comité de suivi de la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfants (CIDE).
- BYDLOWSKI, M. (1997). La dette de vie, Paris : PUF, « Le fil rouge ».
- CADORET, R.J. (1990). « Biologic Perspectives of Adoptee Adjustment », in BRODZINSKY, D.M., SCHECHTER, M.D. (dir.), The Psychology of Adoption, New York, Oxford : Oxford University Press, pp 25-41.

- CAILLE, A. (2000). Anthropologie du don. Le tiers paradigme, Desclée de Brouwer.
- CHICOINE, J.-F. et coll. (2002). L'enfant adopté dans le monde, en quinze chapitres et demi. Québec, Canada : Hôpital Sainte-Justine.
- CHOULOT, J.J., BRODIER, J.M. (1993). « Risques d'échecs des adoptions incontrôlées d'enfants étrangers », Annales de pédiatrie, 40 (10), pp 635-638.
- COLLARD, C. (2004). « La politique du fosterage et l'adoption internationale en Haïti », in LEBLIC, I. et coll., De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes, Clermont Ferrant : PUBP, Coll. Anthropologie, pp 239-268.
- Convention de La Haye du 29 mai 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale, entrée en vigueur le premier mai 1995
- COTTEREAU, M.-J. (1977). « L'adoption et ses problèmes », La revue de médecine, n° 44-45, pp 2329-2333.
- Courrier International (2005). Enfants à (ne pas) adopter. Semaine du 3 au 9 février 2005, n° 744.
- CROCQ, L. (1999). Les traumatismes psychiques de guerre, Paris : Odile Jacob.
- CYRULNIK, B. (1989). « Enfants poubelles, enfants de princes », Sous le signe du lien. Une histoire naturelle de l'attachement, Paris : Hachette, pp 261-281.
- CYRULNIK, B. (1999). Un merveilleux malheur. Paris : Odile Jacob
- DAYAN, J., ANDRO, G., DUGNAT, M. (1999). Psychopathologie de la périnatalité. Paris : Masson, Coll. Les âges de la vie.
- DELAISI DE PARSEVAL, G. (1990). L'enfant prothèse, Le supplément, Le Cerf, n° 174.
- DELEUZE, G. (1977). « Un entretien, qu'est-ce que c'est, à quoi ça sert ? », in DELEUZE, G., PARNET, C. Dialogues. Paris : Flammarion, pp 7-26.
- DESPEIGNES, M.-J. (1993). L'identité psychosociale d'enfants d'origine haïtienne adoptés par des parents canadiens-français. Mémoire de maîtrise en psychologie, Montréal : Université de Montréal.
- DEVEREUX, G. (1970). Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard.
- DE VRIES, A. K. (1988). « Taalaanpassing van Koreaanse Adoptiekinderen (Language Adaptation of Korean Adoptees) », in DE VRIES, A. K., BUNJES, L.A.C. (dir.), A Fresh Start... A New Language, Utrecht : Adoption Center.
- D'HAeyer, A. (2004). Enfants sorciers, entre magie et misère. Bruxelles : Labor, La Noria.
- DOLTO, F. (1982). Séminaire de psychanalyse d'enfants. Tome 1. Paris : Seuil, Coll. Points (1991).
- DOLTO, F. (1995). « De l'adoption » in Destins d'enfants. Adoption, famille d'accueil, travail social. Entretiens avec Nazir HAMAD, Paris : Gallimard, pp 73-91.
- DORAY, B. (2002). « X=2X ? La trace d'un traumatisme dans un récit de Georges Pérec », in Les enfants dans la guerre et les violences civiles. Approches cliniques et théoriques, BERTRAND, M. (dir.), Paris : L'Harmattan, Coll. Espaces Théoriques, pp 105-116.
- DSM IV (2004). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte Révisé. American Psychiatric. Paris : Masson.
- DUBOC, M. (1996). « Désir et capacité des enfants à être adoptés », Dialogue, 1996/3, n° 133.
- DUYME, M., DUMARET, A. (1987). « Effet de l'environnement sur le développement cognitif et les comportements socio-scolaires : trois études françaises d'enfants adoptés. Neuropsychologie de l'Enfant et de l'Adolescent, 1, pp 35-45.
- EHRENBERG, A. (1998). La fatigue d'être soi. Dépression et société. Paris : Odile Jacob.
- FERENCZI, S. (1932), « Confusion des langues entre les adultes et l'enfant », Oeuvres complètes, 4, Paris : Payot.

- FONSECA, C. (2000). « La circulation des enfants pauvres au Brésil. Une pratique locale dans un monde globalisé », Anthropologie et société, 24,3, pp 53-73.
- FONSECA, C. (2004). « La circulation des enfants pauvres au Brésil. Une pratique locale dans un monde globalisé », in LEBLIC, I. et coll., De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes, Clermont Ferrant : PUBP, Coll. Anthropologie, pp 209-237.
- FRANKEL, S.A. (1991). « Pathogenic factors in the experience of early and late adopted children », Psychoanalysis Study Child, 46, pp 91-108.
- FREUD, A., BURLINGHAM, D. (1943). Infants Without Families. Londres : George Allen & Unwin Ltd.
- FREUD, A., BURLINGHAM, D. (1949). Kriegskinder. (War Children). Londres : Imago Publishing Co.
- FREUD, S. (1909). Névroses, psychoses et perversions. Le roman familial des névrosés. Paris : PUF, 1997.
- FREUD, S. (1919). « L'inquiétante étrangeté ». L'inquiétante étrangeté et autres essais (1985). Paris : Gallimard, Coll. Folio/Essais, pp 212-263.
- GARMEZY, N. (1991). « Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environment », Pediatric Annals, 20(9), pp 462-466.
- GEERARS, H.C., HART, H., HOCKSBERGEN, R.A.C. (1991). Waar ben ik thuis? Geadopteerde adolescenten over adoptie, hun familie, problemen, uithuisplaatsing en toekomstvisie. Utrecht : Adoption Center.
- GOODY, E. (1982). Parenthood and social reproduction : fostering and occupational roles in West Africa. London : Cambridge University Press.
- GREENFIELD, J.M. (1995). « Intercountry Adoption: A Comparison Between France and England », Adoption and Fostering, 19 (2), pp 31-36.
- GREIL, A.L. (1997). « Infertility and psychological distress: a critical review of the literature », Social Science & Medicine, 45(11), pp 1679-1704.
- GROSS, M. (dir.) (2005). Homoparentalité, états des lieux. Paris : Érès, Coll. La vie de l'enfant.
- HAJAL, F., ROSENBERG, E. (1991). « The family life cycle in adoptive families ». American Journal of Orthopsychiatry, 61, pp 78-85.
- HALIFAX, J. (2001). L'insertion sociale des enfants adoptés. Paris : Ined, Dossiers et recherches, n° 98.
- HALIFAX, J., VILLENEUVE-GOKALP C. (2005). L'adoption en France : qui sont les adoptés, qui sont les adoptants?, Paris : Population et Sociétés, n° 417, INED.
- HARDER, E. (1987). International Adoption : An Exploration of How Adolescents are Faring. M.S.W. Thesis, Waterloo, Ontario : Université Wilfrid Laurier.
- HARPER, J. (1994). « Counselling Issues in Intercountry Adoption Disruption », Adoption and Fostering, 18 (2), pp 20-26
- HAYEZ, J.-Y. (2004). « L'enfant adopté, la famille adoptive et leurs vécus », in ANGEL, P., MAZET, P., Guérir les souffrances familiales, Paris : PUF.
- HODGES, J., TIZARD, B. (1989). « IQ and behavioral adjustment of ex-institutional adolescents », Journal Child Psychology and Psychiatry, 30, pp 53-75.
- HOELGAARD, S. (1998). « Cultural determinants of Adoption Policy : A Colombian Case Study », International Journal of Law, Policy and the Family, 12, pp 202-241.
- HOKSBERGEN, R.A.C., BUNJES, L.A. (1986). « Thirty Years of Adoption Practice in The Netherlands », in HOKSBERGEN, R.A.C. (dir.), Adoption in Worldwide Perspective, Lisse : Swets & Zeitlinger.

- HOKSBERGEN, R.A.C., JOFFER, F., WAARDENBURG, B. C. (1987). Adopted Children at Home and at School. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- HOKSBERGEN, R.A.C., SPAAN, J., WAARDENBURG, B.C. (1988). Bittere Ervaringen (Bitter Experiences). Lisse : Swetz & Zeitlinger.
- HOKSBERGEN, R.A.C. (1991). « Intercountry Adoption. Coming of Age in the Netherlands : Basic Issues, Trends and Developments », in ALTSTEIN, H., SIMON, R. S. (dir.), Intercountry Adoption: A Multinational Perspective, New York : Praeger, pp 141-158
- IONESCU, S. (2006). « Psychopathologie et société. Tendances dans le champ de la psychologie sociale », in IONESCU, S., JOURDAN-IONESCU, C. (dir.), Psychopathologies et société : Traumatismes, événements et situations de vie. Paris : Vuibert, Coll. Hors collection, pp 7-15.
- JARDIN, F., LAUNAY, C. (1981). « Réflexions sur l'adoption d'enfants âgés. Les difficultés de l'identité », Neuropsychiatrie de l'Enfance, 29 (6).
- JOHNSON D.E. (2000). « Medical and Developmental Sequelae of Early Childhood Institutionalization in Eastern European Adoptees », Minnesota Symposia on Child Psychology, University of Minnesota, Vol. 31:4, pp 113-162.
- JOHNSON, D.E., MILLER, L.C., IVERSON, S. et coll. (1992). « The health of children adopted from Romania », JAMA, n°268, pp 23-30
- JUFFER, F., ROSENBOOM, L. (1997). « Infant mother attachment of internationally adopted children in the Nederland », International Journal on Behavior and Developpement, 20, pp 93-107.
- KAES, R. et al. (2005). Différences culturelles et souffrances de l'identité. Paris : Dunod, Coll. Inconscient et culture.
- KIRK, D. (1984). Shared Fate: A Theory of Adoption and of Adoptive Relationship. Brentwood Bay : B.C. Ben Simon Publications.
- KIRK, D. (1985). Adoptive Kinship. A Modern Institution in Need of Reform. Brentwood Bay : B.C. Ben Simon Publications.
- KIRK, D. (1988). Exploring Adoptive Family Life. Brentwood Bay : W.A. Ben Simon Publications.
- KOTSOPOULOS, S., COTE, A., JOSEPH, L., PENTLAND, N., CHRYSOULA, S., SHEAHAN, P., OKE, L. (1988). « Psychiatric Disorders in adopted children », American Journal of Orthopsychiatry, 58, pp 608-612
- KOUBI, J. (2003). Histoires d'enfants exposés : pays toraja, Sulawesi, Indonésie. Paris : Presses de l'Université de Paris Sorbonne.
- KÜHL, W. (1985). When Adopted Children of Foreign Origin Grow Up. Osnabrück : Terre des Hommes.
- LALLEMAND, S. (1993). La circulation des enfants en société traditionnelle. Prêt, don, échange. Paris : L'Harmattan.
- LAMMERANT, I. (2001). L'adoption et les droits de l'homme en droit comparé. Bruxelles : Bruylant.
- LARSON, R., RICHARDS, M.H. (1991). « Daily companionship in late childhood and early adolescence : changing developmental contexts ». Child Development, 62, pp 284-300.
- LATOURET, B. (1994). « On technical mediation ». Commun Knowledge, 3(2), pp 29-64.
- LATOURET, B. (1999). « Factures/fractures. De la notion de réseau à celle d'attachement », in MICOUD, A., PERONI, M., Ce qui nous relie, La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube, pp 189-208.
- LAURENT, A., BALLAND, I., BOUCHARLAT, J. (1995). « Réflexions sur l'adoption internationale ». Annales Médico-Psychologiques, Vol 153, n°8, pp 528-531.

- LAUWAERT, F. (1996). « Abandon, adoption, liaison. Réflexions sur l'adoption thérapeutique en Chine traditionnelle ». L'Homme, n° 137, pp 143-161.
- LEVY-SHIFF, R., ZORAN, N., SHULMAN, S. (1997). « International and Domestic Adoption. Child, Parents, and Family Adjustment ». International Journal of Behavioural Development, 20 (1), pp 109-129.
- LIPMAN, E.L., OFFORD, D.R., BOYLE, H., RACINE, Y.A. (1993). « Follow-up of psychiatric and educational morbidity among adopted children ». Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, pp 1007-1012.
- LORENZ, K. Z. (1935). « Der Kumpan in der Umwelt des Vogels ». Journal of Ornithology. Leipzig.
- LUSSIER, D. (1992). Le vécu scolaire d'adolescents issus de l'adoption internationale présentant les caractéristiques d'une minorité visible au Québec. Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences de l'éducation, Montréal : Université de Montréal.
- LYDENS, L.A. (1989). « A Longitudinal Study of Crosscultural Adoption: Identity Development among Asian Adoptees at Adolescence and Early Adulthood ». Dissertation Abstracts International, A-The Humanities and Social Sciences, 49 (12), pp 3882-A.
- MAIN, M. (1998). « De l'attachement à la psychopathologie », Enfance, pp 13-27.
- MASSARD, J. (1988). « Engendrer ou adopter : deux visions concurrentes de la parenté chez les Malais péninsulaires ». Anthropologie et Sociétés. Vol 12,2, pp 41-62.
- MAUGHAN, B., PICKLES, A. (1990). « Adopted and Illegitimate Children Growing Up », in ROBINS, L.N., RUTTER, M. (dir.). Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood. Cambridge : Cambridge University Press.
- MAURY, F. (1991). « Observations sur l'intégration d'enfants de Corée ». Accueil, n° 7, pp 15-17.
- MAURY, F. (1995). Les mécanismes intrapsychiques de l'adoption internationale et interracial : l'adoption des enfants coréens en France. Doctorat de psychologie clinique et de psychopathologie. Saint-Denis : Université Paris 8.
- MAUSS, M. (1923). Essai sur le Don. Sociologie et Anthropologie, Quadrige, PUF.
- MODELL, J.S. (1994). Kinship with strangers: Adoption and interpretations of kinship in American culture. Berkeley : University of California Press.
- MONLEON (de), J.V. (2003). Naître là-bas, grandir ici. Paris : Belin.
- MORO, M.-R. (1989). « D'où viennent ces enfants si étranges ? Logiques de l'exposition dans la psychopathologie des enfants de migrants », in MORO, M.-R. et coll., L'enfant exposé. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n° 12. Paris : La Pensée Sauvage, pp 69-84.
- MOSKOWITZ, S. (1985). « Longitudinal follow-up of child survivors of the Holocaust », Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 24, 4, pp 401-407.
- NABINGER, S. (1994). L'adoption des enfants brésiliens. Une recherche évaluative sur la trajectoire des enfants adoptés par des familles européennes par l'intermédiaire du tribunal de Porto Alegre entre 1980 et 1985. Thèse de doctorat (droit), vol. 1 (p. 1-146) et vol. 2 (p. 147-324), Lyon : Université Jean Moulin-Lyon III.
- NATHAN, T. (1989). « Dionysos et les trois cocus de Bagdad. Vers une théorie ethnopsychalytique du traumatisme », in MORO, M.-R. et coll. L'enfant exposé. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n° 12. Paris : La Pensée Sauvage, pp 55-68.
- NATHAN, T. (1991). « De la "fabrication" culturelle des enfants. Réflexions ethnopsychanalytiques sur la filiation et l'affiliation ». Métissage. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n° 17. Paris : La Pensée Sauvage, pp 13-22.
- NATHAN, T. (1994). « Angoisse ou frayeur ». L'influence qui guérit (2001). Paris : Odile Jacob Poche, pp 197-217.

- NATHAN, T. (1999). « La fabrication culturelle des humains ». Texte inédit sur Internet. Droits de diffusion et de reproduction réservés. Paris : Centre Georges Devereux. <http://www.ethnopsychiatrie.net/fabr.htm>
- NATHAN, T. (2000). « Autistes ou ancêtres ? », in NATHAN, T. et coll., L'enfant ancêtre, Paris : La Pensée Sauvage.
- NATHAN, T. (2001a). Thérapeutiques. Cours de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, CNED/IED.
- NATHAN, T. (2001b). Nous ne sommes pas seuls au monde. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil.
- NEWTON VERRIER, N. (2004). L'Enfant adopté : comprendre la blessure primitive. Bruxelles : De Boek, Coll. Comprendre.
- NEUBURGER, R. (1995). « Tu es entré dans ta famille par adoption », in CANDESSUS, B. (dir.), L'adoption. Une aventure familiale, Paris : ESF éditeur, pp 117-125.
- NIZARD, S. (2004). « La conversion des enfants adoptés en milieu juif : quels enjeux ? », in Diasporas. Histoire et Sociétés, n°3.
- OTTINO, P. (1984a). « Le traitement indo-malgache du motif de l'abandon des enfants au fil de l'eau ». Etudes sur l'océan indien. Paris : Université de la Réunion, pp 187-191
- OTTINO, P. (1984b). « L'abandon aux eaux et l'introduction de l'Islam en Indonésie et à Madagascar ». Etudes sur l'océan indien. Paris : Université de la Réunion, pp 193-222
- OUELLETTE, F.-R. (1995). « La part du don dans l'adoption », Anthropologie et sociétés, 19,1-2, pp 157-174.
- OUELLETTE, F.-R. (1996). « Statut et identité de l'enfant dans le discours de l'adoption », Gradhiva, 19, pp 63-76.
- OUELETTE, F.-R. (1998). « Les usages contemporains de l'adoption », in FINE, A. (1998). Adoptions. Ethnologie des parentés choisies. Paris : MSH, pp 153-176.
- OUELLETTE, F.-R. (2000). « L'adoption face aux définitions de la famille et de l'institution généalogique », in FINE, A., NEIRINCK, C. (dir.). Parents de sang Parents adoptifs. Paris : Maison des Sciences de l'Homme, pp 325-341.
- OUELLETTE, F.-R. (2004). « Adopter, c'est donner », in LEBLIC, I. et coll. De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes. Clermont Ferrant : PUBP, Coll. Anthropologie.
- OUELLETTE, F.R., BELLEAU, H. (1999). L'intégration familiale et sociale des enfants adoptés à l'étranger : recension des écrits. Institut national de la recherche scientifique, Culture et Société, Université du Québec.
- OZOUX-TEFFAINE, O. (1987). Adoption tardive. D'une naissance à l'autre. Paris : Stock Pernoud.
- POMERLEAU, A., CHICOINE, J.F., MALCUIT, G., et coll. (2003). « Children adopted from China, East Asia, and Russia: Anthropométrical status, cognitive and motor development across the first 6 months after adoption ». Communication présentée au Congrès de la Society for Research in Child Development (SRCD). Tampa : États-Unis.
- ROBERTSON, J., BOWLBY, J. (1952). « Responses of young children to separation from their mothers ». Courrier du Centre international de l'enfance, n°2, pp 131-142.
- ROEDGIERS, L. (2005). « Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation », in ANGEL, P., MAZET, P., Guérir les souffrances familiales, Paris : PUF.
- ROMAN, P. (dir.) (2002). L'adoption à l'étranger et la souffrance des liens. L'étrange étranger à l'épreuve de la filiation. Vauresson : Etudes et Recherches, N°5, CNFE-PJJ, Université de Lyon.
- ROUTHIER, G. (1986). Étude exploratoire concernant l'influence des attitudes parentales sur l'identité raciale des enfants noirs adoptés par des parents de race blanche au Québec. Mémoire de maîtrise en psychologie. Montréal : UQAM.

- RUDE-ANTOINE, E. (dir.) (1997). Familles et jeunes étrangers adoptés. Lien de filiation et devenir. Paris : CNRS-URMIS, Migrations Etudes, n° 71.
- RUDE-ANTOINE, E. (1999). Adopter un enfant à l'étranger. Paris : Odile Jacob.
- RUTTER, M. (1990). « Psychosocial resilience and protective mechanisms », in ROLF, J., MASTEN, A., CICCETTI, D., NUECHERLEIN, K., WEINTRAUB, S. (réd.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge : Cambridge University Press, pp 181-214.
- SAETERSDAL, B., DALEN, M. (1991). « Norway Intercountry Adoptions in a Homogeneous Country », in ALTSTEIN, H., SIMON, R.J. (dir). Intercountry Adoption. A Multinational Perspective. New York : Praeger, pp 83-107.
- SELLENET, C. (2005). Recherche sur les enfants adoptés en difficultés. Rapport intermédiaire non publié. CREC.
- SERGENT, B. (1989). « Les trois raisons de se débarrasser de ce bébé-là », in MORO, M.-R. et coll. L'enfant exposé. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n° 12. Paris : La Pensée Sauvage, pp 11-54.
- SIMON, R., ALTSTEIN, H. (dir) (1991). Intercountry Adoption. A Multinational Perspective. New York : Praeger.
- SIMON, R., ALTSTEIN, H. (1992). Adoption, Race and Identity: From Infancy through Adolescence. New York : Praeger.
- SIRONI, F. (2000). « Les stratégies de déculturation dans les conflits contemporains ». Traumatismes. Revue Sud/Nord, n° 12. Paris : Erès, pp 29-46.
- SIRONI, F. (2002a). « Les enfants victimes de torture et leurs bourreaux : développement psychologique des enfants au regard de l'impact traumatique de l'histoire collective ». Psychologie et éducation, n° 49, pp 47-61.
- SIRONI, F. (2002b). « Les 'laissés pour compte de l'histoire collective' : psychopathologie des mondes perdus ». Psychologie Française, n° 47-3, pp 41-51.
- SIRONI, F. (2002c). « Fabrication psychologique par la guerre et psychothérapie des ex-combattants ». Stress et Trauma, 2(4), pp 237-245.
- SIRONI, F. (2003). « Psychologie de la métamorphose et transsexualité », in SCHELLES, R., Limites, liens et transformations. Paris : Dunod, Coll. Inconscient et culture, pp 153-183.
- STENGERS, I. (1996-1997). Cosmopolitiques. 7 volumes. Paris : La Découverte/Les Empêcheurs de penser en rond.
- SPITZ, R. (1945). « Hospitalism : An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions of Early Childhood », in EISSLER, R. ed., Psychoanalytic Study of The Child, Vol. 1, pp 53-74.
- SPITZ, R. (1946). « Hospitalism : A Follow-Up Report on the Investigation Described in Volume 1 », in EISSLER, R. ed., Psychoanalytic Study of The Child, Vol. 5.
- SWERTVAEGHER, J.-L. (2002). « Métamorphoses sous surveillance : psychologie de la transsexualité ». Psychologie Française, n° 47-3, pp 21-30.
- TERRE DES HOMMES (1992). Enquête sur l'adoption internationale. Bilan dix ans après. Paris : Terre des Hommes.
- TERRE DES HOMMES (1995). Enquête sur l'adoption internationale (II). Paris : Terre des Hommes.
- TESSIER, R. et coll. (2005). L'adoption internationale au Québec, de 1985 à 2002. L'adaptation sociale des enfants nés à l'étranger, et adoptés par des familles du Québec. Québec : Université Laval.
- TIZARD, B., PHOENIX, A. (1989). « Black Identity and Transracial Adoption ». New Community, 15 (3), pp 427-437.
- TOMKIEWICZ, S. et coll. (1991). Aimer mal, châtier bien. Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents. Paris : Le Seuil.

- VERHULST, F.C., ALTHAUS, M., VERLUIJ DEN BIEMAN, H.J.M. (1990a). « Problem Behavior in International Adoptees : 1. An Epidemiological Study ». Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29 (1), pp 94-103.
- VERHULST, F.C., ALTHAUS, M., VERLUIJ DEN BIEMAN, H.J.M. (1990b). « Problem Behavior in International Adoptees : II. Age at Placement ». Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29 (1), pp 104-111.
- VERHULST, F.C., ALTHAUS, M., VERLUIJ DEN BIEMAN, H.J.M. (1992). « Damaging Backgrounds : Later Adjustment of International Adoptees ». Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, pp 518-524.
- VERHULST, F.C., VERLUIJ DEN BIEMAN, H.J.M. (1995). « Developmental course of problem behaviors in adolescent adoptees ». Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, pp 151-159.
- WABER-THEVOZ, H., WABER, J.P. (2000). « Le lien d'adoption à l'épreuve du temps ». Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Vol 48, n °3, pp 179-187.
- WARREN, S.B. (1992). « Lower threshold for referral for psychiatric treatment for adopted adolescent, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, pp 512-517.
- WATTIER, P., FRYDMAN, M. (1985). « L'adoption internationale : étude clinique d'un groupe d'enfants d'origine asiatique ». Enfance, n °1, pp 59-76.
- WERNER, E. (1993). « Risk, Resilience, and recovery : Perspectives from the Kauai longitudinal study ». Development and Psychopathology, 5, pp 503-515.
- WESTHUES, A., COHEN, J.S. (1997). « A Comparison of the Adjustment of Adolescent and Young Adult Intercountry Adoptees and their Siblings ». International Journal of Behavioural Development, 20 (1), pp 47-65.
- WEYER, M. (1985). Adoption gelungen ? Erfahrungsberichte über die Integration fremdländischer Kinder. Stuttgart : Quell.
- WILKINSON, H.S.P. (1995). « Psycholegal Process and Issues in International Adoption ». American Journal of Family Therapy, 23 (2), pp 173-183.
- YAKOUB, S. (1994). « Adopter sans frontières ». Le journal des psychologues, 113, pp 25-27.
- YNGVESSON, B. (1998). « States of origin : race, roots and nation in the adoption of children transnational ». Travail présenté pendant la séance Kinship and Consumption, réunion annuelle de l'association américaines d'anthropologues, Philadelphie.
- ZAJDE, N. (1993). Souffle sur tous ces morts et qu'ils vivent. Paris : La Pensée Sauvage. Coll. Bibliothèque d'ethnopsychiatrie. Republié en 1995 sous le titre Enfants de survivants. Paris : Odile Jacob, Coll. Opus.
- ZAJDE, N. (1998). « Le traumatisme » in NATHAN, T., BLANCHET, A., IONESCU, S., ZAJDE, N. Psychothérapies. Paris : Odile Jacob, pp 223-279.

**Annexes /**

### **Le dispositif juridico-administratif mondialisé** **de l'Adoption Internationale**

L'adoption internationale est un dispositif mondialisé élaboré depuis le début des années 1990 par les Etats de pays occidentaux riches, dans le but de faire face à une demande croissante de citoyens souhaitant adopter<sup>21</sup>, face à une offre nationale devenue insuffisante<sup>22</sup>. Ainsi, le projet partagé par les différents acteurs de ce dispositif est de donner une famille aux enfants abandonnés vivant dans les pays pauvres. De fait, l'adoption internationale des pays pauvres en direction des pays riches n'existe pas, il s'agit bien d'un échange unilatéral en faveur des pays occidentaux. En moyenne en France, 27% des enfants adoptés à l'étranger sont nés en Afrique (Ethiopie, Madagascar, Mali, etc), 27% en Asie (Vietnam, Chine, Thaïlande, etc.), 26% sur le continent américain (Haïti, Brésil, Colombie, etc.), et 20% en Europe (Russie, Ukraine, etc.) (Halifax et Villeneuve-Gokalp, 2005).

Actuellement, plus de 77 pays<sup>23</sup> pratiquent l'adoption internationale, parmi lesquels 67<sup>24</sup> ont ratifié à ce jour tout ou partie de la Convention de La Haye du 29 mai 1993, sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (Convention ratifiée par la France en mars 1998). Ces pays s'engagent ainsi à se doter d'outils juridiques dans le but de garantir l'adoptabilité juridique de l'enfant. En France, environ 3000 enfants sont adoptés à l'étranger chaque année depuis 1990, chiffre en augmentation ces dernières années<sup>25</sup>. Les adoptions tardives (au-delà des 2 ans de l'enfant) ont représenté 44%<sup>26</sup> de l'effectif en 2005 ; avec une moyenne d'âge de 2 ans et dix mois (Halifax et Villeneuve-Gokalp, 2005), l'adoption privilégie les

---

<sup>21</sup> Les causes les plus fréquemment évoquées sont : la baisse de la fertilité, les recompositions familiales « sur le tard » de personnes ayant plus de 40 ans, l'émergence de nouveaux candidats à la parentalité : célibataires et homosexuels, l'effet de contagion des exemples autour de soi, une moins bonne acceptation sociale des couples sans enfants, etc.

<sup>22</sup> Les causes les plus fréquemment évoquées sont : la maîtrise des naissances, la baisse du taux de natalité, l'adoptabilité « tardive » en France du fait des délais de la procédure administrative et judiciaire, etc.

<sup>23</sup> Statistique 2004 du Ministère des Affaires étrangères, Mission de l'Adoption Internationale. Site de la MAI : <http://www.diplomatie.gouv.fr/mai/>

<sup>24</sup> La Chine est le 67<sup>ème</sup> Etat à avoir ratifié la Convention en septembre 2005 (Hcch, Conférence de La Haye de Droit International Privé, <http://www.hcch.net/>)

<sup>25</sup> 4136 adoptions internationales en France en 2005 (Statistiques Ministère des Affaires étrangères, Mission de l'Adoption Internationale 2006)

<sup>26</sup> Tranches d'âges des enfants adoptés du 01/01/2005 au 31/12/2005 : 0 - 6 mois : 15% ; 6 - 12 mois : 17% ; 1 - 2 ans : 24% ; 2 - 3 ans : 11% ; 3 - 4 ans : 9% ; 4 - 5 ans : 6% ; 5 - 7 ans : 10% ; + de 7 ans : 8% (Statistiques Ministère des Affaires étrangères, Mission de l'Adoption Internationale 2006)

enfants déjà grands, « conscients de leur histoire et détenteurs d'une culture » (Sellenet, 2005 : 7).

Le système de l'adoption internationale est encadré par un dispositif juridico-administratif complexe, qui peut présenter des variations selon les pays. En France, il existe deux types d'adoption : *l'adoption plénière* consiste à effacer la filiation antérieure de l'enfant pour instituer la nouvelle filiation adoptive. Elle a pour conséquence la réécriture de l'acte de naissance (voir annexe J) qui porte le nouveau nom de l'enfant, puis la mention « né de » suivie de l'identité des parents adoptifs. C'est cette réécriture de l'acte de naissance qui conduit certains acteurs à qualifier l'adoption plénière de « fiction juridique ». L'adoption plénière existe en France depuis 1966 et elle est une particularité française au regard de son irrévocabilité, car elle provoque une rupture complète avec le lien de filiation précédent. Elle est préférée par la quasi-totalité des adoptants. L'autre type d'adoption est très peu pratiqué en France, il s'agit de *l'adoption simple* qui consiste à cumuler la nouvelle filiation à l'ancienne, l'enfant pouvant garder son nom d'origine. Elle est pratiquée dans des cas exceptionnels d'adoption d'adolescents ou d'adultes, plus rarement dans le projet de permettre à l'enfant de garder un lien avec sa famille d'origine.

A l'heure actuelle, le projet collectif de l'adoption est de donner une famille à un enfant, et il semble important de souligner à ce stade qu'il s'agit d'une conception récente de l'adoption. En effet, en 1804, le code Napoléon l'avait réservée aux couples sans enfants et aux enfants majeurs : l'adoption ne servait pas à accueillir des orphelins mais se passait entre adultes consentants, afin de transmettre le patrimoine des couples privés d'héritiers. Au lendemain de la première guerre mondiale, en 1923, le code civil autorise l'adoption d'enfants mineurs, pour faire face au nombre important d'orphelins de guerre. Ce n'est qu'en 1966 que la filiation adoptive est mise sur le même plan que la filiation naturelle. Ce bref cheminement historique permet de souligner la superposition des logiques de transmission de patrimoine et de production de filiation, qui convergent dans le système, dont la fonction actuelle est de répondre à la demande d'enfant de couples en difficulté pour procréer ou souhaitant soustraire à la misère un enfant vivant dans un pays pauvre<sup>27</sup>.

Quoiqu'il en soit, l'adoption vise à produire des familles selon le modèle de la famille biologique<sup>28</sup>, ce qui explique pour grande partie les critères retenus pour sélectionner les personnes qui seront autorisées à adopter. En effet, dans tous les cas, les candidats devront solliciter un agrément

---

<sup>27</sup> Selon l'étude INED : 70% des couples ont choisi l'adoption à défaut de pouvoir procréer (avec ou sans recours à l'Assistance Médicale à la Procréation) ; 12% des adoptants sont devenus stériles après avoir eu au moins un enfant biologique ; 12% choisissent l'adoption alors qu'ils peuvent procréer.

<sup>28</sup> Sur l'adoption comme miroir de la norme familiale, voir Modell (1994).

auprès du Conseil Général. Pendant 9 mois, durée d'une grossesse, le projet parental<sup>29</sup> et la capacité adoptive<sup>30</sup> des parents sont évalués au cours d'entretiens avec les services de l'Etat (assistante sociale, psychologue et parfois psychiatre). La différence d'âge entre adoptants et adoptés doit être au minimum de 15 ans, de façon à être biologiquement crédible. Les couples doivent être mariés, bien qu'il soit possible pour une personne d'adopter seule (vestige de l'après-guerre où les orphelins devaient pouvoir être adoptés par des veuves de guerre). Ce modèle familial normatif est actuellement interrogé lors des débats sur l'homoparentalité (Gross, 2005) et par l'ouverture à des modèles familiaux venus d'autres cultures (Ouellette, 2000) qui soulignent que la famille est un fait social, culturellement et localement construit et que le modèle de la famille biologique est loin d'être universel.

C'est à ce stade que l'adoption devient internationale : les personnes agréées peuvent choisir de se tourner vers un pays étranger, et elles ont le choix entre deux stratégies. Elles peuvent s'adresser à l'un des 40 Organismes Agréés pour l'Adoption (OAA). Ces organismes sont conventionnés pour accompagner des futurs parents et chargés de faire l'apparentement<sup>31</sup>. En passant par l'intermédiaire d'un OAA, les adoptants minimisent les risques concernant l'illégalité de l'adoption, les renseignements sur la santé, les conditions de recueil et de vie avant l'adoption, la préparation de l'enfant à son adoption etc. Selon les cas, les futurs parents pourront se rendre dans le pays d'adoption ou accueillir leur enfant en France à l'aéroport. Mais les adoptants peuvent aussi procéder sans avoir recours à un OAA, et réaliser leur adoption en individuel, auquel cas ils se chargeront eux-mêmes des formalités. L'adoption théoriquement la moins risquée est celle qui se fait dans un pays ayant ratifié la Convention de La Haye<sup>32</sup> et par l'intermédiaire d'un OAA<sup>33</sup>. Quelques mois après l'arrivée de l'enfant en France dans sa nouvelle famille, une décision judiciaire rendue par le parquet du Tribunal de Grande Instance légitime définitivement l'adoption.

---

<sup>29</sup> Boltanski, sociologue, avance l'idée que la norme sociale actuelle est l'engendrement par projet, ce qui sous-tend le fait que c'est la manière dont le fœtus est investi d'un projet parental qui aboutit à l'engendrement d'un enfant. « Le projet désigne l'accord par lequel se lient un homme et une femme dans l'intention de réaliser un enfant » (Boltanski, 2004 : 132). Nous vérifions ici que c'est bien la norme de la procréation qui semble modéliser le cadre de l'agrément d'adoption. Pour aller plus loin, nous recommandons le chapitre consacré par Boltanski au projet parental dans son ouvrage La condition fœtale.

<sup>30</sup> L'évaluation de la capacité adoptive de la future famille adoptive figure dans la Convention de La Haye. Dans le cadre de l'adoption internationale, elle doit prendre en compte des éléments psycho-médico-sociaux qui établissent que la famille est apte à accueillir un enfant ayant des caractéristiques linguistiques, culturelles, raciales ou religieuses différentes des siennes.

<sup>31</sup> Apparentement : « cheminement qui conduit un enfant privé de sa famille vers des adultes susceptibles de devenir ses parents adoptifs » (Maury, 1995).

<sup>32</sup> En 2005, ils ont été 74% à adopter dans un pays non La Haye vs 26% dans un pays La Haye (Statistiques Ministère des Affaires étrangères, Mission de l'Adoption Internationale 2006)

<sup>33</sup> En 2005, ils ont été 62% à adopter en individuel, 38% avec un OAA (Statistiques Ministère des Affaires étrangères, Mission de l'Adoption Internationale 2006)

De plus en plus régulièrement, l'adoption internationale et ses problèmes émergent dans le débat public. Durant notre travail de recherche sur ce sujet (période 2004-2006), nous avons été témoins de l'emballement en faveur de l'adoption soulevé par le tsunami début 2005 (à la suite duquel l'Indonésie et la Malaisie ont décidé de se fermer temporairement à l'adoption internationale afin d'éviter les débordements), de l'adoption très « people » de Jade par Johnny Hallyday et Aline lors de leur voyage au Vietnam, de débats sur « le parcours du combattant » des 25 000 candidats agréés en attente d'un enfant en 2004, à l'occasion de la sortie du film *Holy Lola* de Bertrand Tavernier, et de quelques scandales sur des adoptions réalisées à l'encontre de toute considération éthique, en particulier autour de la réalité du consentement à l'abandon de la part de mères biologiques vivant dans les pays pauvres.

Du point de vue des enjeux politiques de l'adoption internationale, les pouvoirs publics ont manifesté dans le même temps leur souhait de davantage encadrer les pratiques afin d'éviter ces débordements, tout en rendant le système plus apte à répondre efficacement aux demandes toujours plus nombreuses des futurs adoptants. Durant la période de cette recherche, nous avons retenu que :

- Une loi de réforme (n° 2005-744) a été promulguée le 4 juillet 2005, afin d'harmoniser les procédures d'agrément entre les départements, de simplifier les démarches des familles à l'étranger et à doubler le nombre d'adoptions d'ici 2008. Cette loi vise aussi à renforcer l'accompagnement des familles adoptantes après l'arrivée de l'enfant, et a également pour effet la création d'une Agence Française de l'Adoption (AFA), sous la forme d'un groupement d'intérêt public qui reprend les missions d'information et de gestion de la Mission Interministérielle de l'Adoption (MAI) en étendant ses compétences ;
- Des rapports et études ont été rendus à la Direction générale de l'action sociale du Ministère de la famille et de l'enfance : *i)* Le rapport 2004 de la Défenseure des enfants Claire BRISSET s'intitulant « Aider les plus vulnérables », dont une des dix propositions concerne l'harmonisation des procédures liées à l'adoption ; *ii)* Finalisation en vue de publication d'une étude du CREC (Centre de recherche Education-Culture de l'université de Nantes) réalisée par Catherine Sellenet, « Recherche sur les enfants adoptés en difficultés » dont le premier volume rendu en 2005 donnera lieu à publication définitive en 2006 ; *iii)* La publication en 2005 d'une étude INED, intitulée « L'adoption en France : qui sont les adoptés, qui sont les adoptants ? » de Juliette Halifax et Catherine Villeneuve-Gokalp ;
- Une Maison de l'Adoption a été ouverte à Lille en juin 2005, une autre est en projet à Paris pour 2006, à l'initiative de la Mairie de Paris, afin de coordonner et centraliser les informations et les ressources destinées aux familles concernées par l'adoption ;

- Des colloques et rencontres ayant pour objet l'adoption internationale ont été organisés : Colloque Enfances et Psy, « L'enfant dans l'adoption », du 2 décembre 2005 à l'Espace Reuilly (Paris) ; Journée partenariale de prévention, d'aide aux familles et de protection de l'enfance, qui s'est déroulée le 17 novembre 2004 dans les salons de l'Hôtel de Ville de Paris, avait pour thème : « Enfants et parents en parcours d'adoption : quelles réalités ? » ;
- Un groupe de travail national sur les enfants adoptés en difficulté a commencé de se réunir depuis décembre 2005 à la Direction générale de l'action sociale du Ministère de la famille et de l'enfance. Ce groupe auquel nous participons au titre de chercheur a été constitué autour des résultats de l'étude précédemment citée de Catherine Sellenet et a pour objet de tirer les leçons de cette étude afin d'améliorer l'accompagnement psychosocial des familles adoptantes et de leurs enfants.

D'autre part, la voix des pays pourvoyeurs d'enfants à l'Adoption Internationale commence à émerger. D'une part du point de vue juridique, ces pays édictent leurs propres conditions et révèlent ainsi leurs conceptions de l'adoption internationale. Par exemple : il est obligatoire de passer par un OAA pour adopter en Chine, sachant que les OAA privilégient des couples de moins de 40 ans ; le Népal a des exigences en ce qui concerne le nombre d'années de mariage (4 ans au moins) et demande un certificat de stérilité ; en Colombie, l'âge des enfants confiés à l'adoption est "proportionnel" à celui des parents adoptifs, etc.

Les pays pourvoyeurs dénoncent également les débordements dont leurs enfants sont victimes, rappelant que l'adoption peut parfois s'apparenter à un enlèvement international d'enfants, lorsque le recueil du consentement peut s'acheter pour une bouchée de pain et que l'idée d'une décision irrévocable d'abandon n'a pas grande réalité dans la culture locale des familles pauvres. Dans le même temps, certains Etats des pays pourvoyeurs organisent eux-mêmes le trafic des enfants, conduisant des pays bénéficiaires à suspendre les adoptions en direction de ces pays (cas des Cambodge, Guatemala, Birmanie, Roumanie où les adoptions ont été et/ou sont actuellement suspendues par la France).

### **Approche historique des théories étiopathogéniques**

L'absence de spécificité du tableau clinique, ainsi que les résultats contradictoires des études sur les désordres psychologiques présentés par les enfants adoptés, qui plus est à l'étranger, a donné naissance à une clinique essentiellement basée sur des théories étiopathogéniques non spécifiques à l'adoption. Ces théories sont pour la plupart préexistantes à l'adoption internationale et nous verrons dans cette annexe qu'elles ont été produites au contact d'autres réalités cliniques, comme celle des enfants abandonnés, placés en institutions, victimes de traumatisme, ou encore à partir des psychopathologies développées par les femmes infertiles ou les couples en parcours de Procréation Médicalement Assistée, etc. Aussi riche soit-il, le matériel clinique de l'adoption internationale n'a pas pour le moment engendré de nouvelles théories, les propositions les plus récentes synthétisant divers apports préexistants.

Sans qu'il soit possible de dresser une chronologie rigoureuse d'une succession de théories bien distinctes les unes des autres, il est toutefois intéressant de saisir le mouvement historique de l'évolution des théories étiopathogéniques des troubles psychologiques des enfants adoptés, plus ou moins en vogue selon les époques, et la place des acteurs de l'adoption dans ce mouvement dynamique. Les théories psychologiques qui circulent dans le monde de l'adoption ont d'abord été élaborées par des psychologues et des cliniciens, elles ont ensuite été relayées par les professionnels de la santé, du social, de l'éducatif et de la justice, puis se sont diffusées par leur intermédiaire et celui des médias, dans la société et auprès du grand public. Ce mouvement de diffusion les a parfois transformées, déformées, les a conduites à être instrumentalisées par les uns ou les autres selon leurs intérêts. Il ne s'agit donc pas d'un champ de connaissances unifié et inerte, mais bien d'un matériau théorique vivant, susceptible d'être subjectivé.

Nous verrons dans un premier temps que les professionnels confrontés aux désordres présentés par les enfants ayant été adoptés sont d'abord allés rechercher des explications étiologiques du côté des caractéristiques des parents adoptants et de la nouvelle famille. Ceux-ci se sont sentis placés en position d'accusés, mais étant de plus en plus nombreux à partager le vécu de l'adoption, ils se sont organisés en associations. L'avancée des travaux en psychologie et en particulier les évolutions de la clinique du traumatisme, ainsi que la mobilisation de ces parents a favorisé l'émergence d'autres théories, mettant l'accent sur le vécu de l'enfant, antérieur à l'adoption, ce que nous verrons dans la seconde partie. Pour terminer, nous exposerons les évolutions théoriques les plus récentes, allant chercher des explications aux symptômes dans la

synergie familiale et la rencontre entre des facteurs de vulnérabilité tant chez l'enfant que chez les parents.

### **1. Les parents qui ont recours à l'adoption sont en difficulté pour faire famille**

La principale motivation des couples qui adoptent à l'étranger est d'engendrer une filiation malgré un problème de procréation. Ainsi la stérilité et/ou l'hypofertilité et leurs conséquences psychopathologiques sont-elles à l'origine d'une première catégorie d'explications aux problèmes qui surviennent dans les familles ayant adopté.

En effet, ces couples sont bien souvent passés par de multiples tentatives de procréation médicalement assistée (PMA) et un long parcours médical avant de se résoudre, par défaut, à se tourner vers l'adoption. Ce sont ces couples qui formulent les stratégies les plus proches du mimétisme biologique quant à l'âge et l'origine de l'enfant (de préférence un bébé et de la même origine qu'eux, à défaut de la même couleur). L'incapacité biologique à procréer et le long parcours auquel ces couples sont exposés génèrent une souffrance psychique qui est susceptible de laisser des traces et créer une certaine vulnérabilité pour la famille adoptante qu'ils seront.

Chez les personnes infertiles, l'anxiété, la dépressivité, et l'altération de l'estime de soi se déclinent sur les thèmes suivants (Greil, 1997) : interrogation sur l'identité sexuée, sentiment d'incapacité, perte de statut social, sentiment de stigmatisation sociale, etc. Il existe une nécessité pour le couple, et en particulier pour la femme, de faire le deuil de ses capacités génésiques, car une mauvaise acceptation de la stérilité, trop douloureuse ou rageuse, peut conduire les personnes à se tourner vers l'adoption pour venir colmater des sentiments de frustration et d'infériorité (Hayez, 2004 : 312), ou pour tenter de satisfaire le conjoint, pour se l'attacher davantage. Hayez voit dans certaines stérilités le résultat névrotique d'une « interdiction interne de la vie sexuelle adulte et/ou à la parentalité » transmise par les générations précédentes, et que les personnes vont tenter de contourner par l'adoption, ce qui nécessiterait d'être parlé plus explicitement dans la phase préparatoire à l'adoption. Sur ce même thème du refus ou l'impossibilité de procréer, Bourguignon (1989 : 93-94) pose l'hypothèse d'une pathologie transgénérationnelle construite précocement à travers les relations qu'entretiennent entre elles des générations de femmes. Le deuil des capacités génésiques joue un rôle important pour amener la femme à envisager positivement de devenir une mère adoptive. En effet, selon Dolto (citée par Jardin et Launay, 1981 : 301), « il n'y a que des pères adoptifs », car en dehors de toute situation d'adoption, tout père doit adopter son enfant, et cela se passe au moment de la naissance, mais parfois plus tard.

Il y aurait des candidats à l'adoption qui ne seraient pas parvenus à faire ce « deuil de l'enfant biologique » avant d'adopter un enfant, grevant les chances de réussite de l'adoption. Cette théorie a beaucoup diffusé chez les professionnels en contact avec des familles adoptantes et plus largement dans le public. Elle repose sur le fait que le *désir d'enfant* élaboré dans l'inconscient freudien peut se muer en *besoin d'enfant*. Les professionnels rencontrés sur leur parcours d'agrément et d'apparement disent avoir l'impression que pour ces couples, « la vie sans enfant ne vaut pas la peine » (Bydlowski, 1997 : 143). L'enfant devient précieux au point qu'il se trouve parentifié, destiné à guider les errances d'adultes de ses parents, inventer des solutions à leurs impasses, leur donner un avenir et pourvoir du sens à leur vie (Rodgiers, 2005 : 350). Le fait d'avoir un enfant semble pris dans d'importants enjeux de réparation pour les parents : comme le souligne Rodgiers, pédopsychiatre et thérapeute familial, le besoin d'enfant peut avoir pour fonction de réparer des atteintes narcissiques plus ou moins profondes, des deuils ou des rejets, qui déclenchent une « attente irrépressible d'un enfant salvateur ». Delaisi de Parseval parle quant à elle d'« enfant-prothèse » (Delaisi de Parseval, 1990, p 47), destiné à guérir des blessures non élaborées, parmi lesquelles l'impossibilité biologique d'engendrer n'est pas la moindre.

Ces caractéristiques du couple adoptant auraient pour conséquence de fragiliser les futurs parents qu'ils sont, favorisant les maladresses éducatives avec leurs enfants adoptés. En effet, en exerçant une pression sur la famille, cette dimension réparatrice de l'adoption peut se muer en contrainte à la réussite. Au niveau des parents, cette pression peut résulter de :

- doutes intérieurs sur leur valeur d'être ou leurs compétences ;
- doutes de la famille élargie et/ou de la société sur leur capacité d'être parents ;
- besoin d'un enfant pour réparer les blessures narcissiques dont celle de la stérilité.

L'enjeu des parents est d'importance : (se) prouver capables d'être parents à travers cette expérience de l'adoption. Les parents adoptants risquent alors de développer une hyper-vigilance, voir une hyper-inquiétude à l'égard d'éventuels signes d'alerte en terme de comportements de leurs enfants. Ils sont de grands observateurs de leurs enfants, dont ils fournissent parfois des descriptions cliniques très fines. Le moindre problème présenté par l'enfant est vécu comme un échec, et interroge leur capacité à être de bons parents en réactivant les blessures narcissiques antérieures.

La première épreuve à laquelle doivent se confronter ces parents souhaitant adopter, est l'obtention de l'agrément, durant lequel ils auront à justifier et argumenter ce en quoi ils seront capables d'être des parents... non pas « suffisamment bons » au sens winnicottien, mais des super-parents, capables de compenser l'abandon et de réparer un enfant ayant été abîmé par la

vie. Devant la taille des enjeux, la crainte de ne pas être aimé et d'échouer peut les faire renoncer à recourir à l'autorité et en faire des parents permissifs et protecteurs (Cottureau, 1997).

## **2. Les enfants sont vulnérabilisés car ils ont été exposés à des risques multiples dans leur petite enfance**

Exposer un enfant, dans un sens mythologique et anthropologique, signifie l'abandonner dans un lieu désert par nécessité économique ou pour éviter un drame dont il sera l'instigateur. Nous sollicitons ici cette notion en temps qu'elle permet de considérer l'ensemble de la situation périlleuse dans laquelle est placé l'enfant, l'abandon n'étant qu'un mode d'exposition parmi d'autres. Les enfants adoptés à l'étranger ont en effet souvent vécu un abandon, mais ils peuvent également être devenus orphelins, et avoir été exposés à d'autres risques vitaux, susceptibles de les fragiliser (malnutrition, maltraitance, orphelinat, etc.).

C'est face à ce constat que les cliniciens ont mobilisé pour expliquer les désordres de ces enfants grandissant, des conceptualisations dont l'ancrage théorique se situe dans l'exposition antérieure à l'adoption. Ainsi, les outils pour penser la psychopathologie des enfants ayant été exposés s'attachent à décrire et expliquer les effets de l'abandon, des carences et de la vie en institution, sujets sur lesquels est produite une importante littérature, tant par la psychologie du développement que par la psychanalyse. Nous verrons ensuite comment il est possible de penser la récupération de ces enfants grâce à la contribution de l'éthologie humaine. Nous terminerons cette partie par les autres risques auxquels sont exposés les enfants qui seront adoptés, examinant leurs effets possibles en nous référant à la théorie du traumatisme.

### **a. Abandon et carence affective**

*Abandon.* De la racine indo-européenne *bhendh* qui signifie lier, précédée d'un *a* privatif, abandonner signifierait priver de liens (Dayan et coll., 1999, p351).

Bowlby (1957, 1969, 1973, 1981) se base sur des études sur l'éthologie animale (Lorenz et la théorie de l'empreinte, 1935) pour développer sa théorie de l'attachement à partir des années 50. L'attachement du bébé à la mère est un processus adaptatif aux contraintes de l'environnement, dont la base est biologique et qui permet au petit d'homme d'acquérir une sécurité intérieure déterminant sa capacité d'attachement dans sa future vie sociale. Ce besoin d'attachement primaire est vital et indépendant des besoins instinctuels. La figure d'attachement peut être incarnée par un substitut maternel, et toute carence ou attachement insécure durant la petite enfance est susceptible de produire une vulnérabilité durable dans la capacité d'attachement du futur adulte, mais également des troubles du comportement dans l'enfance ou des troubles mentaux à l'adolescence (Main, 1998).

Robertson et Bowlby (1952) défendent l'idée que les soins physiques adéquats et une hygiène respectée ne suffisent pas au bon développement des enfants, qui ont besoin de tendresse et de pouvoir compter sur des personnes privilégiées. En l'absence de cette base sécurisante (Ainsworth, 1978), les enfants développent des comportements anxieux sur le plan relationnel. Robertson et Bowlby (1952) décrivent la réaction à la perte de l'objet d'attachement en une séquence ternaire détresse-désespoir-détachement. Elle varie selon la qualité de la relation préexistante à la mère, la durée de la séparation. Lorsque la séparation est longue et sévère, que l'enfant ne retrouve pas rapidement une figure d'attachement, il peut s'installer une inaptitude à nouer des liens d'affection. La théorie de Bowlby sur l'attachement a fait l'objet de nombreux développements ultérieurs dont celui des troubles réactionnels de l'attachement qui figurent aujourd'hui dans le DSM<sup>34</sup> IV et qui occupe une place importante dans le débat actuel sur les causes des difficultés des enfants adoptés.

### ***b. Le Trouble de l'attachement, une affection mentale ?***

De nombreux parents ayant adopté sont confrontés à un tableau clinique qu'ils reconnaissent lorsqu'ils rencontrent la description du trouble de l'attachement. Selon eux, la recherche de la causalité des troubles doit s'intéresser à l'enfant : l'abandon est une « blessure primitive » que l'adoption ne permet pas toujours de réparer. Leurs enfants vont très mal alors qu'ils ont donné tout leur amour. Ils dénoncent « l'image d'Épinal de l'amour qui guérit tout ».

Le Trouble de l'Attachement (TA) est une affection mentale susceptible de toucher le cerveau limbique des enfants qui ont rencontré une rupture dans le lien mère-enfant, entre leur conception et l'âge de 2 ans. Ce trouble concerne les enfants abandonnés, les enfants prématurés, ainsi que ceux qui ont vécu une séparation suite à une hospitalisation soit de l'enfant, soit de la mère. Pour Newton Verrier (2004), l'abandon, blessure primitive, peut marquer l'enfant dès sa naissance voir même pendant la grossesse, et rester silencieuse et imperceptible jusqu'à l'adolescence où elle est réactivée dans une grande violence. Selon le DSM IV, le « trouble réactionnel de l'attachement de la première ou 2<sup>ème</sup> enfance », commence avant l'âge de 5 ans et est associé à une carence de soins manifeste (critère A). Il est susceptible de considérablement s'améliorer ou de disparaître dans un environnement procurant un soutien approprié.

Dans le contexte de l'adoption internationale, l'école cognitivo-comportementaliste Nord-américaine propose de prévenir l'apparition des troubles grâce à un accompagnement et une guidance des parents adoptants basée sur une reprogrammation des comportements de mise en confiance de l'enfant envers les adultes (Chicoine et coll., 2002).

---

<sup>34</sup> Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Une association de parents s'est constituée en France (2002), en Belgique (2001) et au Québec (2003). PETALES<sup>35</sup> souhaite faire reconnaître les TA comme une maladie mentale.

PETALES se réfère à la définition américaine du « Reactive Attachment Disorder » (RAD) du DSM IV, et en propose sa propre description sur son site Internet. L'enfant présentant de TA exprimerait sa souffrance par des comportements décrits ci-dessous (plus de la moitié de ces comportements avec une fréquence et une intensité croissantes) :

- Dans la famille : *i*) rejet des membres les plus proches (souvent la mère) ; *ii*) refuse les contacts physiques, repousse l'affection ; *iii*) cherche à provoquer le rejet ; *iv*) évite le contact visuel ; *v*) ne fait confiance à personne.
- Dans la société : *i*) manipule et dresse les gens les uns contre les autres ; *ii*) comportement dissimulateur, s'adapte à tout en apparence ; *iii*) attire l'attention et cherche une place d'exception comme chef ou victime.
- Avec lui-même : *i*) a du mal à reconnaître le bien du mal ; *ii*) culpabilise les autres, n'a pas de remords ; *iii*) comportement destructeur, cruel avec les animaux.
- A l'école : *i*) mauvais résultats ; *ii*) difficultés en mathématiques ; *iii*) abstraction du cours du temps.

### **c. La vie en institution : carences multiples et hospitalisme**

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, A. Freud et D. Burlingham publient leurs observations d'enfants placés en pouponnière pendant les bombardements de Londres (Freud et Burlingham, 1943 et 1949). A la même époque, Spitz (1887-1974), psychanalyste américain, décrit la dépression anaclitique (ou par défaut d'étayage) et précise le tableau clinique lourd de nourrissons privés de leur mère et placés dans des conditions institutionnelles au maternage substitutif insuffisant (Spitz, 1945, 1946) : ils sont très altérés, pseudo-autistes, se balançant, atteints de troubles sphinctériens. Ils décrivent que ces enfants abandonnés passent par différents stades : protestation et accrochage (pleurs, cris, agitation, appels), désespoir (activités autocentrées, balancements...), indifférence (ne réagissent plus aux stimulations). Lorsqu'ils les revoient des années plus tard, Spitz et Freud s'étonnent de leur récupération. Spitz avance qu'elle peut s'expliquer par la courte durée de la séparation du bébé avec sa mère. Si la séparation ne dure pas trop longtemps, et que le bébé retrouve suffisamment vite un substitut maternel, il peut récupérer psychologiquement. Dans le cas contraire, il sombre dans une dépression anaclitique, il perd du poids, son développement psychomoteur s'arrête de façon irréversible jusqu'à la léthargie. Les travaux de Spitz décrivent un nourrisson passif, végétatif et isolé, et des enfants de 6-7 ans dont une minorité va bien. Pour le moins, les enfants abandonnés vivant en institution,

---

<sup>35</sup> Parents d'Enfants présentant des Troubles de l'Attachement

sont décrits comme inadaptés aux apprentissages, présentant des pathologies dépressives discrètes, et sont destinés à devenir des adolescents agressifs, délinquants, susceptibles de passages à l'actes délictueux, fugues etc.

Les orphelinats et autres institutions de recueil des enfants abandonnés, surtout dans les pays pauvres très concernés par l'adoption internationale, sont des lieux de carences multiples : *carence affective*, liée à la séparation d'avec la mère qui se double parfois de l'impossibilité d'établir une autre relation de qualité avec un substitut maternel ; *carence de soins* et de *stimulation*. Au-delà de ces carences, les institutions ont une toxicité propre qui a pour conséquence l'hospitalisme, forme extrême de la dépression anaclitique, décrit par Spitz en 1968 puis développée par Tomkiewicz (1991). Le tableau clinique de l'hospitalisme est sévère et retrouve une actualité dans les années 90 à travers les travaux sur orphelinats roumains (Johnson et coll, 1992). Ainsi, Johnson (2000) estime qu'avant l'âge de un an, l'enfant perd un point de QI par mois d'institutionnalisation, et Chicoine (2002) parle d'un mois de retard psychomoteur pour trois mois de vie en institution.

Comme nous l'avons vu, le tableau clinique des effets du carençage à court et moyen terme fait l'objet de descriptions précises et d'élaborations théoriques. A plus long terme, le carençage altère le développement structurel et « la séparation d'avec les parents biologiques a des effets dévastateurs sur les trois lignées constitutives de l'établissement de la personnalité : la lignée de la représentation de soi, la lignée d'estime de soi, et la lignée du contrôle pulsionnel » (Berger, 1997). Selon Berger, ces problèmes structurels peuvent être à l'origine de difficultés d'apprentissage et d'élaboration de la pensée.

Toutes les situations d'établissement de nouveaux liens peuvent être mises à l'épreuve dans le but d'en vérifier la solidité. Certains adultes ayant été gravement carencés durant leur enfance, adoptent des comportements vides de représentation, marqué par un émoussement affectif, des défauts massifs de l'identité, passages à l'acte, délinquance, etc. La tendance à la dépendance affective et l'abandonnisme peuvent aller jusqu'au syndrome d'abandon, tandis que l'apparition de troubles psychotiques reste controversée (Dayan et coll., 1999 : 398).

#### **d. La résilience**

Devant un tableau clinique à ce point dramatique, la question de la réparation est longtemps restée un objet de discussion dans le monde non unifié de la psychologie et continue de poser des difficultés pour son évaluation. En effet, l'ensemble des enfants ayant vécu abandon, séparations précoces et vie en institution ne présentent pas systématiquement des symptômes. Ils sont un certain nombre à être devenus des adultes ayant réussi une vie sociale, devenus pour

certains d'illustres artistes ou autres personnages publics<sup>36</sup>. Pour sortir de cet apparent paradoxe, l'éthologie animale va fournir une base à une théorie de la réparation des carences, et proposer des explications aux différences interindividuelles entre les enfants adoptés.

*La résilience.* Le terme vient de la physique et définit l'aptitude des matériaux à résister à de fortes pressions. Appliqué à la psychologie, le mot prend un sens légèrement différent : la résilience est la capacité, pour une personne confrontée à des événements très graves, de mettre en jeu des mécanismes de défense lui permettant de tenir le coup, voire de "rebondir" en tirant en quelque sorte profit de son malheur. « La résilience est un processus diachronique et synchronique : les forces biologiques développementales s'articulent avec le contexte social, pour créer une représentation de soi qui permet l'historisation du sujet » (Cyrułnik, 1999).

A l'origine de cette métaphore, les travaux de la psychologue américaine Werner, menés à Hawaï dans les années 50. Elle entame une étude portant sur 200 tout-petits, sans structure ni famille, qui sont en train de se laisser mourir par carence affective. Elle les revoit tous les six mois, pendant trente ans. Dans les années 1980, elle publie ses conclusions, et révèle que 28 % de ces enfants a priori condamnés ont appris à lire et à écrire, acquis un métier et fondé une famille. Et elle s'interroge : quelle énergie leur a permis de s'en sortir ?

Le psychiatre britannique Rutter, sera cofondateur, avec Werner et Garmezy, du concept de résilience qui va s'attacher à expliquer pourquoi à traumatisme identique, les capacités à s'en sortir sont différentes (Rutter, 1990 ; Werner, 1993 ; Garmezy, 1991). En France, Cyrułnik, éthologue, neuropsychiatre et psychanalyste, développe depuis plus de 10 ans ce concept.

L'observation éthologique montre que l'enfant qui a acquis la « confiance primitive » entre 0 et 12 mois est capable de penser « on m'a aimé donc je suis aimable, donc je garde l'espoir de rencontrer quelqu'un qui m'aidera à reprendre mon développement ». Ainsi, c'est *parce que* l'enfant a connu un attachement initial de qualité qu'il supportera moins mal la séparation. D'autre part, les attachements multiples sont indispensables autour des enfants dès le début de leur vie, afin que ceux-ci ne deviennent pas des récipiends passifs et, que lorsqu'un attachement s'effondre, il n'y a plus de substitut possible pour pouvoir continuer son développement malgré sa blessure.

L'enfant résilient devra rencontrer sur sa route des "*tuteurs de développement*" suffisamment solides et compréhensifs : une activité sportive ou artistique, une rencontre déterminante avec un personnage 'initiateur' (un psychologue, un enseignant, un compagnon d'infortune, ou toute personne support d'identification pour l'enfant), une épreuve de responsabilité (la charge de

---

<sup>36</sup> Jean-Jacques Rousseau, Paul Léautaud, Jean Genet, Boris Cyrułnik, etc.

frères et sœurs)... De nombreux tuteurs peuvent contribuer à reconstruire l'image très négative que ces enfants ont d'eux-mêmes.

La représentation qu'ils se font de leur tragédie passée dépend beaucoup des réactions des spectateurs, de l'opinion des juges et du discours social, d'où l'importance de travailler les images et les stéréotypes négatifs associés dans les représentations populaires à ces 'enfants de la DASS' et aux orphelins vivant en institution (auxquels on associe délinquance, dureté affective, agressivité...).

Dans *Sous le signe du lien* (1989), Cyrulnik consacre un chapitre aux enfants sans attaches, qu'il intitule « Enfants poubelles, enfants de prince ». Selon lui, tous les enfants ayant un vécu exceptionnel de gravité, se confrontent au même problème : ce qui leur est arrivé sort du commun, fabriquant en eux une expérience non racontable, non partageable avec les autres humains et encore moins avec les adultes. Lorsqu'ils essaient de la raconter, les adultes réagissent par la gourmandise sadique, l'incrédulité moralisante ou l'indifférence glacée. Et dans tous les cas, l'enfant finit par se taire, en conservant un curieux sentiment : « je suis un enfant poubelle, donc je suis exceptionnel ».

Pour Cyrulnik, l'enfant se pense « enfant poubelle » parce qu'à l'origine de son histoire, il trouve l'abandon. Son énergie psychique va alors s'orienter vers l'élucidation de cet abandon et va chercher à penser l'impensable. Comment une mère qui a porté son enfant 9 mois, qui s'est inquiétée pour lui, comment une mère peut-elle abandonner son enfant ? Quelle histoire est-il possible de se raconter pour donner du sens à un tel acte ? Ces questions des fondations ne sont pas sans conséquences sur la capacité de l'enfant à se développer, ce qui explique qu'on retrouve chez les enfants abandonnés puis adoptés, des mentalisations fortement autocentrées (« je me raconte mon histoire, et un jour, je l'écrirais »). Ces mentalisations donnent naissance à un récit fondateur, un récit mythique des origines. Et l'« enfant poubelle » se rêve enfant de héros (prince, héros de guerre, mère courage, Sainte Vierge, etc.)... La stratégie de vie de ces enfants se construit en deux temps : tout d'abord réparer la blessure en se faisant un nom, en devenant quelqu'un de présentable ; pour ensuite partir à la recherche de ses origines et faire un travail d'identification.

### **e. Les maltraitances**

Les événements traumatiques auxquels ont été exposés les enfants qui seront adoptés peuvent être de nature très diverses, mais pour la plupart, il s'agit de traumatismes délibérément induits par les adultes ou d'autres enfants plus âgés. Déplacements, agressions physiques, sexuelles, exploitation, tabassages, actes de torture, mise en esclavage...

Le DSM IV définit le syndrome provoqué par l'exposition, en temps que victime ou témoin, à un événement menaçant l'intégrité physique ou pouvant entraîner la mort. Le trouble peut être particulièrement sévère lorsqu'il est lié à une activité humaine. Le DSM précise que « chez les enfants, les éléments traumatiques sexuels peuvent inclure des expériences sexuelles inappropriées par rapport au développement, sans violence ou blessure grave ou réelle » (DSM IV : 499). Le PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) qui en résulte rassemble les symptômes cliniques suivants : sentiments de peur, de terreur et d'abandon, reviviscences, états dissociatifs, émoussement affectif, cauchemars, irritabilité, colère, troubles de la concentration, du sommeil, etc. Mais pour autant, l'existence d'un traumatisme infantile peut se trouver dans d'autres syndromes dissociatifs de l'identité, de la mémoire, de la conscience ou de la perception de l'environnement.

Au-delà des effets à court et moyen-terme décrits dans le DSM IV, les travaux de Crocq (1999), et de Moskowitz (1985), montrent les effets à long-terme du traumatisme sur le devenir des enfants, mettant en évidence la persistance d'une « anesthésie affective » durant la vie adulte. Le travail de Zajde (1993) met en évidence la possibilité d'une transmission transgénérationnelle du traumatisme chez les enfants survivants de la Shoah.

Une des caractéristiques de l'événement traumatique est de conserver une force dans la vie présente (reviviscences, peurs, cauchemars etc.), de laisser des traces indélébiles sur le fonctionnement psychologique (intellectuel, affectif et social), susceptible d'une réactivation différée (Sironi, 2002b). Les enfants exposés à des traumatismes intentionnels présentent un profond besoin de sécurité, ce qui, après l'adoption, peut les conduire à mettre à l'épreuve leur nouveau cadre familial, afin d'en vérifier la capacité de protection ; d'autant que la confiance dans les adultes peut être très altérée, car ceux-ci sont perçus davantage comme une menace que comme une protection. L'enfant peut présenter des comportements agressifs, violents et susciter le rejet, ou au contraire se conformer aux souhaits de l'agresseur, paraître docile, développer une stratégie de camouflage et un « faux-self » (Sironi, 2002a).

Ces blessures peuvent ressurgir dans leur vie d'adulte, lorsque le succès leur sourit. Alors que le passé semble oublié, ils sombrent dans des périodes de dépression et d'angoisse, abusent de toxiques. Ferenczi (1932) souligne le risque de dissociation entre une personnalité aux aspects mature et un aspect figé, bloqué dans l'enfance. « Le trauma crée un clivage dans l'identité psychique, c'est un corps étranger flottant qui n'a pas sa place dans le système des représentations ordinairement communicables » (Doray, 2002 : 106), et les enfants victimes ont appris trop tôt que les adultes peuvent eux-mêmes être clivés. Ils ont précocement rencontré la part sombre de l'être humain.

#### **f. La malnutrition et un état de santé dégradé**

Des problèmes liés au carençage nutritionnel et à un état de santé parfois très dégradé sont particulièrement préjudiciables à un âge où l'organisme est en plein développement. Les carences alimentaires et vitaminiques, la malnutrition chronique ont sans aucun doute des effets négatifs sur le développement cérébral, le fonctionnement cognitif et moteur des enfants et font l'objet d'explorations assez récentes de la part de la médecine et des neurosciences. La question des séquelles de ce carençage reste posée, en particulier sur le plan neurologique. Cette question mobilise à l'heure actuelle le milieu médical, qui a des représentants très actifs dans le monde de l'adoption, par l'intermédiaire de médecins engagés dans une prise de parole publique (publications) et des consultations spécialisées destinées aux enfants adoptés à l'étranger, en France (Monléon, 2003), au Québec (Chicoine, 2003) et par le biais de très nombreuses « Cliniques de l'adoption » américaines proposant une prise en charge rééducative tant du point de vue médical, cognitif, neurologique et comportemental pour les enfants ayant été gravement carencés avant leur adoption.

Après leur arrivée dans le pays d'adoption, les complications médicales liées à l'état de santé de l'enfant peuvent entraîner dans les premiers temps une surexposition à l'univers médical. Nous pouvons nous interroger sur les effets de cette surexposition en terme d'étrangeté et de dramatisation des enjeux de sauvetage de l'enfant adopté.

#### **g. Les théories de l'hérédité**

Confrontés à des enfants manifestant des désordres très importants ou leur paraissant étranges, des parents et des professionnels se questionnent sur la dimension héréditaire, culturelle et biologique, des troubles antisociaux ou dépressifs par exemple. Le comportement sexuel de filles préadolescentes peut faire surgir la peur de la transmission d'une hypothétique transgression sexuelle de la mère biologique (prostitution), ou d'une représentation culturelle de la sexualité venue d'ailleurs. Après avoir été discréditées par les dérives eugénistes, les théories de l'hérédité se sont trouvées réactualisées par les recherches génétiques plus actuelles. Il arrive que les parents adoptifs invoquent cette question de l'hérédité et de la transmission de gènes déviants par rapport à la sexualité, à la violence, ou à la consommation de substances chez leurs enfants.

Sont également souvent invoqués, le stress et la malnutrition de la mère pendant la grossesse, l'absence de suivi médical adéquat ou l'exposition du fœtus à l'alcool, aux drogues ou à d'autres substances pathogènes. Selon Cadoret (1990), « certaines caractéristiques de populations cliniques d'enfants adoptés pourraient ainsi être reliées à leurs antécédents biologiques plutôt

qu'à des conflits psychiques provoqués par l'adoption comme le soutiennent la majorité des tentatives d'explication ».

### **3. La « greffe » familiale ne prend pas**

Les apports les plus complexes en terme d'étiopathogénie des désordres surgissant chez ces enfants, concernent les caractéristiques et modalités de l'assemblage entre les parties en présence, couple parental et enfant(s).

Dolto disait que « l'adoption est une greffe » (Dolto, 1995 : 90) et défendait l'idée que la capacité adoptive des parents ne pouvait être évaluée que par rapport à un enfant précis, en tenant compte de la compatibilité des deux parties à assembler, qui devaient pouvoir s'adopter mutuellement. La parole de l'enfant, dès l'âge de « la marche délurée », devrait être entendue et prise en compte en terme de souhait ou de réticence à ce que tel couple/famille devienne ses parents. Pour Dolto, « l'adoption n'est pas une naissance, ni le milieu d'accueil un placenta » (1995 : 88), et elle recommande de s'éloigner autant que possible du modèle de la parentalité biologique pour les modalités de mise en oeuvre de l'adoption.

Une importante littérature a recours à la métaphore de la greffe pour parler de l'adoption, avec succès si l'on en croit la diffusion de cette image auprès d'un plus large public. L'association Enter créée par L'Arbre Vert, est spécialisée dans le soutien psychologique aux familles adoptantes. Dans sa présentation, l'équipe s'explique sur le choix de ce terme « enter<sup>37</sup> : « Dans l'adoption, il y a cette notion de greffe qui, pour bien prendre, a besoin de soins particulièrement attentifs. (...) Ainsi, tant du côté de l'enfant que de celui de ses parents, il existe des événements de l'histoire de chacun qui vont contribuer à construire cette parentalité et cette filiation. Or certains de ces événements peuvent devenir des facteurs de risque (qui vont) jalonner les étapes de la parentalité et de la filiation adoptives au cours du développement psycho-affectif de l'enfant. »

La notion de « pathologie du lien » (Berger, 1997) permet d'articuler le vécu antérieur à l'adoption et les modalités d'établissement du lien avec la famille adoptante, que l'on peut penser dans un mouvement d'adoption réciproque (Duboc, 1996).

#### **a. La rencontre de diverses fragilités dans une situation à haute tension**

Il est possible de penser les troubles comme résultant d'une rencontre entre des facteurs de risques liés au vécu de l'enfant, à celui des parents, et des effets de l'interaction entre les deux.

---

<sup>37</sup> Enter : 1 - Greffer en insérant un scion. Par métaphore : enter une famille sur une autre : allier, unir une famille à une autre par un mariage ; 2 - Fonder, greffer. Enter quelque chose sur quelque chose. C'est un diplomate enté sur un financier (doublé de). Par extension : Adapter, insérer, joindre ; 3 - Enter deux pièces de bois d'une charpente : les assembler dans la même direction. *Le Grand Robert, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Deuxième édition, Paris, 1985

Ainsi les causalités des dysfonctionnements se trouvent dans la conjonction de facteurs mis en jeu dans la situation. Hajal et Rosenberg (1991) ont retenu des facteurs de risque permettant d'expliquer les différences de développement entre enfants adoptés et non adoptés. Ces auteurs proposent une synthèse des facteurs susceptibles de créer une vulnérabilité psychopathologique familiale :

- Des facteurs génétiques et héréditaires, en particulier pour ce qui concerne les conduites addictives ;
- La négligence de la grossesse et le défaut de soins, causés par le manque de moyens économiques, la honte, etc. ;
- La multiplication des ruptures dans les figures maternantes et le passage en institutions ;
- La maltraitance, négligence ou abus ;
- La transplantation, avec perte de la langue maternelle ;
- Les difficultés préalables de la famille adoptive (en terme de stérilité ou autres), y compris les troubles psychiques ;
- Les différences importantes de tempérament entre enfant adopté et parents adoptifs, de quotient intellectuel, d'apparence physique, d'âge ;
- L'impact des fantasmes et fantasmes rattachés à l'adoption, les références inconscientes qui y sont liées ;
- Dans l'adolescence, difficulté à établir une identité solide, en relation aux conflits généalogiques et sexuels ordinaires.

Du côté de la systémie familiale, l'adoption est pensée comme une aventure à la croisée de trois systèmes humains : celui des parents biologiques et du milieu d'origine de l'enfant, celui des parents adoptifs et de leurs autres enfants, et celui de la famille élargie et de la société. Dans des travaux récents, Hayez, pédopsychiatre, professeur à l'Université de Louvain La Neuve, identifie quant à lui quelques facteurs de risque spécifiques à l'adoption (Hayez, 2004) :

- Les motivations à l'adoption immatures, impulsives ou douloureuses ;
- Des parents rigides et autoritaires ou des parents narcissiques qui cherchent à se valoriser par l'adoption.
- La capacité de l'enfant à être adopté, en terme d'âge, de santé, de capacité à nouer des liens, de consentement à l'adoption de l'enfant ;
- L'intégrabilité de l'enfant dans sa nouvelle famille, le consentement de ses futurs frères et sœurs, et de la famille élargie.

Pour les théories familiales, l'adoption est également une greffe d'un enfant dans un nouveau milieu. Hors, certains parents adoptifs sont peu sûrs de leur valeur d'être aimables ou de leurs compétences parentales, et leur milieu familial peut entretenir des attitudes dévalorisantes à

l'égard de leurs capacités. De plus, le projet peut être marqué par la désapprobation des grands-parents. Ces parents ayant des choses à prouver, ils peuvent se révéler très exigeants en terme de réussite scolaire et plus généralement ces dispositions génèrent une pression importante pour la réussite de l'adoption. Cette pression peut provoquer des dépressions chez l'enfant et une résistance plus ou moins passive.

Ainsi, l'adoption peut générer de nombreuses tensions intrafamiliales au regard de la multiplicité des enjeux pour chacun des protagonistes, pour le groupe familial et pour les sociétés d'origine et d'accueil. Pour Rude-Antoine (1999), l'adoption d'un enfant à l'étranger met avant tout en jeu une double tension :

- tension entre des enjeux de l'ordre de l'intime (réparation d'une procréation impossible) et de l'ordre de l'universel (motivation humanitaire de l'adoption internationale) ;
- tension entre la sphère du privé (empêchement de la filiation biologique) et sphère du social (processus d'affiliation nécessaire à la filiation adoptive).

En ce sens, les parents adoptants seraient dans la double tension de se sauver grâce à l'enfant tout en sauvant l'enfant ; et de ne pas pouvoir faire un enfant tout en choisissant de faire famille.

Comme l'a montré Mauss (1923), et l'anthropologie du don (Caille, 2000), la logique mobilisée par l'acte de don est qu'il établit un contrat se résumant à la triple obligation pour ses acteurs de donner, recevoir et rendre. Le don appelle un retour et fonde ainsi une relation d'échange. L'adoption en organisant un don d'enfants à des couples en souffrance, met les parents en situation de contracter une dette envers ceux qui ont donné (la société, les parents biologiques) et envers l'enfant lui-même (les mettant dans la position de tout donner à cet enfant : amour, éducation, assurer son avenir etc.). Après avoir reçu un enfant et avoir été sauvés par ce don, ils vont tenter de rendre en retour (logique du contre-don) par le sauvetage de cet enfant. Là encore, nous trouvons dans cette logique des éléments alimentant les enjeux et augmentant la pression à la réussite.

#### ***b. Des perturbations dans la construction de l'identité de l'enfant***

Pour les courants psychanalytiques, la spécificité de l'adoption en général et de l'adoption internationale en particulier, est de complexifier pour l'enfant le jeu des identifications à ses parents, faisant surgir une problématique de construction de l'identité (Allée, 2002). La nécessaire élaboration d'un roman familial présente pour l'enfant adopté des caractéristiques où fantasme et réalité s'entremêlent.

Selon Freud (1909), tous les enfants élaborent leur roman familial, représentation idéale du complexe familial, fantaisie d'être issu de parents merveilleux, bien meilleurs que ceux qui les

élèvent. Dans le cas d'une adoption, le poids de la réalité ne permet pas au fantasme de s'élaborer, faisant obstacle au développement et à l'équilibre psychique. Selon Berger (1997), l'existence des parents biologiques empêche l'installation d'un roman familial structurant, d'autant que l'abandon de leur enfant n'autorise pas l'idée d'une parenté idéale, et que les parents adoptants sont bien souvent en position d'être les sauveurs. Le surinvestissement et l'idéalisation du lien de filiation adoptive par les parents et par l'enfant, peuvent entraver le travail d'ambivalence et l'expression de la conflictualité des liens, nécessaire à la construction du lien de filiation (Waber-Thévoz et Waber, 2000). L'enfant se retrouve en situation de devoir faire le deuil de sa mère biologique, au risque d'un clivage entre la figure idéalisée de la mère biologique et la réalité de la mère adoptive (Ozoux-Teffaine, 1987 et 2004), qui s'applique à se montrer une bonne mère. Les conflits psychiques qui en découlent peuvent constituer la source des passages à l'acte violents à l'égard de la figure de la mère adoptante.

Frankel (1991) a mené une étude sur 20 enfants adoptés en difficulté avec leur famille et suivis en thérapie analytique pendant un an, afin d'examiner les événements imaginaires en relation avec leur adoption. Il souligne une blessure narcissique importante chez ces enfants qui peuvent avoir l'impression de ne pas avoir été désirés et avoir ainsi une faible estime d'eux-mêmes. Pour les enfants adoptés très jeunes, il note une certaine ambivalence des parents à leur égard, teintée de rejet, mais souligne également l'intensité des réactions de l'enfant. Ces enfants développaient le souhait de remplacer leurs parents adoptifs par des parents biologiques idéalisés. Des fantasmes agressifs peuvent alors être développés à l'encontre des adoptants à qui ils demeurent cependant très attachés.

Pour Dolto (1995), l'adoption d'un enfant doit se faire par les deux lignées parentales, par les amis des lignées et par la société. L'enfant ne doit pas être l'enfant-chose de ses parents, au centre de la vie du couple, ce qui l'expose au risque de psychose. D'autant que les enfants adoptés sont plus exposés à ce type de relations symbiotiques avec les parents, car ils sont davantage aliénés à l'identification – par compensation – que les enfants génétiques. Le risque psychotique naît du fait que l'enfant adopté doit d'abord s'identifier à ses parents pour pouvoir se couler dans le moule d'enfant imaginaire, et ensuite devenir la suite symbolique de ses parents. Etre symbolique auquel il ne pourra accéder s'il reste un objet fétichisé.

Dans la majorité des études, les chercheurs soulignent l'importance du rôle de la dissemblance physique entre parents et enfants mise en jeu dans l'adoption internationale comme un facteur rendant problématique l'identification et la reconnaissance mutuelle (Cottureau, 1977). En effet, la problématique d'identification entre parents et enfants adoptés augmente lorsque l'enfant

adopté dans un pays lointain, ne ressemble pas à ses parents, mettant la culture, les codes, la langue et la couleur de peau au centre des difficultés. L'identification est pourtant nécessaire pour éviter l'érotisation des rapports parents-enfant. Si l'identification est difficile, l'amour donné par la mère adoptante risque d'être érotisant et non narcissisant pour l'enfant. En effet, pour Dolto (1982), la résolution de l'Œdipe consiste à « assumer son identité en renonçant à l'identification à l'objet de plaisir et de désir pour l'un et l'autre des parents tutélaires » (Dolto, 1982 : 37), aussi les enfants adoptés ont-ils à « remonter le handicap de ne pas être les enfants de sang de leurs parents », et « font-ils tout pour leur ressembler charnellement, bien plus encore quand ils sont petits ». Il s'agira par exemple pour le garçon de ressembler au père pour rivaliser avec lui et posséder sa mère (Dolto, 1982 : 36).

Au sujet de la complexité du jeu des identifications, Ouellette (1998) souligne la déconnexion radicale entre filiation biologique et filiation juridique, creusée par l'écart culturel, qui rend d'autant plus difficile la reconnaissance mutuelle du lien de filiation entre parent adoptif et enfant adopté. Pour Yakoub, l'adoption à l'étranger est une épreuve identitaire (changement de nom, confrontation à une nouvelle langue) qui a des effets d'acculturation et de déculturation, et qui se révèle coûteuse en terme d'adaptation pour l'enfant (Yakoub, 1994), toute rencontre avec la différence culturelle étant susceptible de générer de la souffrance identitaire (Kaës, 2005).

Une étude menée par l'université de Lyon, sous la direction de Roman (Roman, 2002), inscrit les problèmes identitaires des enfants adoptés à l'étranger dans la problématique de perte de repères culturels auxquels sont confrontés les adolescents migrants (rupture des identifications rendues impossibles au regard de l'indisponibilité des références liées à la culture d'origine).

## Annexe C /

Tableau A-1 : Patients reçus à la consultation Adoption

|   | Enfant              | Age    | Pays d'origine | Age au moment de l'adoption | Parents :<br>C = couple<br>F = femme<br>seule | Fratrie :<br>B = enfant biologique<br>A = enfant adopté       | Consultations                                    | Evénements de vie  |
|---|---------------------|--------|----------------|-----------------------------|---|---|--|--|
| 1 | Tafari MULLER       | 9 ans  | Ethiopie       | 6 ans                       | C   | Killian, 26 ans (B)<br>Franck, 16 ans (B)<br>Abeba, 8 ans (A) | 9 consultations                                  | Au pays : Parents décédés, orphelinat  |
| 2 | Karola DUVAL        | 10 ans | Hongrie        | 3 ans et demi               | C   | Natalia, 7 ans (A)  | 1 consultation                                   | Au pays : restée à côté de sa gd-mère morte, puis abandonnée par sa mère, orphelinat   |
| 3 | Cédric ROUSSEL      | 12 ans | Haïti          | 6 ans et demi               | C   | Vaiana, 16 ans (B)  | 5 consultations                                  | Au pays : Mère décédée, vie dans le rue, maltraitances graves, orphelinat, famille d'accueil   |
| 4 | Matthias GUILLOT    | 21 ans | Madagascar     | 6 ans                       | C (mère veuve depuis 3 ans)                   | -   | 5 consultations + soutien téléphonique régulier  | Au pays : Maltraitances graves, viol, vie dans la rue, orphelinat, famille d'accueil<br>En France : Père atteint de sclérose en plaques, en fauteuil roulant au moment de l'adoption, décédé en 2003 |
| 5 | Bao Gabriel GARNIER | 14 ans | Vietnam        | 4 ans et demi               | F   | Cécile, 22 ans (B)  | 4 consultations                                  | Au pays : Abandon<br>En France : Plusieurs pathologies graves et chroniques (+ allergies alimentaires etc.)  |
| 6 | Sébastien BRUNET    | 16 ans | Philippines    | 6 mois                      | C   | -   | 3 consultations + soutien téléphonique à la mère | Au pays : Abandon (mère adolescente), Pouponnière<br>En France : Mère atteinte de la maladie de Hodgkin, en fauteuil roulant   |
| 7 | Alexandra DUTRONC   | 14 ans | Ethiopie       | 4 ans                       | C   | 1 sœur aînée (B)<br>1 frère aîné (A)                          | 1 consultation                                   | Au pays : mère décédée, vit un an avec son père, abandon, orphelinat<br>En France : Violences familiales, Placement  |
| 8 | Odile PASQUIER      | 25 ans | Rwanda         | 3 ans                       | C (divorcé)<br>mère décédée il y a 3 ans)     | 1 frère aîné (B)  | 3 consultations                                  | Au pays : Mère épileptique, Orphelinat<br>En France : Divorce des parents, Placement, Maladie de Verneuil, Décès de la mère en 2003  |
| 9 | Ewen PRIGENT        | 12 ans | Colombie       | 8 ans                       | C   | -   | 1 consultation                                   | Au pays : Vie à le rue, Placé pour cause de défaillance parentale, Foyer.  |

Tableau A-2 : Patients reçus à la consultation d'ethnopsychiatrie générale

|    | Enfant         | Age    | Pays d'origine | Age au moment de l'adoption | Parents :<br>C = couple<br>F = femme seule | Fratrie :<br>B = enfant biologique<br>A = enfant adopté | Consultations  | Evénements de vie   |
|----|----------------|--------|----------------|-----------------------------|--|---|--|---|
| 10 | Céline MALLET  | 17 ans | Liban          | 6 semaines                  | C  | Un frère, 15 ans (A)                                    | 2 consultations et 2 entretiens individuels                                      | Au pays : Abandon à la naissance, Poupponnière  |
| 11 | Djibril PERRON | 6 ans  | Mali           | 6 mois                      | C  | Souleymane, 9 ans (A)                                   | 3 consultations et de multiples contacts (entretiens, VAD, soutien téléphonique) | Au pays : Enfant trouvé dans la rue, mère « folle », Poupponnière<br>En France : Séparation du couple |

Tableau A-3 : Entretiens téléphoniques et échanges par mail, n'ayant pas abouti à une consultation

|    | Enfant                      | Age    | Pays d'origine | Age au moment de l'adoption | Parents | Fratrie                    | Evénements de vie  |
|----|-----------------------------|--------|----------------|-----------------------------|---------|----------------------------|--|
| 12 | Vincent MOREL               | 7 ans  | Brésil         | 3 ans                       | C       | Sœur, 8 ans (A)            | Au pays : Sévices corporels  |
| 13 | Nicolas MENARD              | 21 ans | Chili          | 4 ans et demi               | F       | -                          | Au pays : Enfant battu, martyrisé<br>En France : Toxicomanie, Incarcération  |
| 14 | Nilaja BOYER                | 21 ans | Nigeria        | 7 ans                       | C       | 5 enfants (B)              | Au pays : Abandon, maltraitance, orphelinat<br>En France : Toxicomanie, Adoption SIMPLE                                      |
| 15 | Nathalie DALLE              | 21 ans | Polynésie      | 6 semaines                  | ? C     | Eric, 19 ans (A)           | Au pays : pas de vie en institution, « don » d'enfant direct par la mère biologique  |
| 16 | Eric DALLE                  | 19 ans | Polynésie      | 6 semaines                  | ? C     | Natalie, 21 ans (A)        | Au pays : pas de vie en institution, « don » d'enfant direct par la mère biologique<br>En France : Problèmes avec la justice |
| 17 | Etienne BAUER, « le petit » | 4 ans  | Colombie       | 4 ans                       | C       | Un frère, « le grand » (A) | Au pays : Institution puis famille d'accueil<br>En France : Arrivé il y a un mois  |
| 18 | ? BAUER, « le grand »       | 5 ans  | Colombie       | 5 ans                       | C       | Etienne, « le petit » (A)  | Au pays : Institution puis famille d'accueil<br>En France : Arrivé il y a un mois  |

**Tableau B : Caractéristiques psychologiques  
et symptômes présentés par les enfants étudiés**

|   | <b>Enfant</b>  | <b>°</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>8</b> | <b>9</b> | <b>10</b> | <b>11</b> |
|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
|   | / Caractéristiques psychologiques  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |           |
| A | Suivi / épisode en psychiatrie   | 6/10     |          |          | X        | X        |          | X        |          | X        | X        | X         |           |
| B | Ttt médicamenteux  | 4/10     |          |          | X        | X        |          |          |          |          | X        | X         |           |
| C | Diagnostic psychiatrique   | 6/10     |          |          | X        | X        |          | X        |          | X        | ?        | X         |           |
| D | Troubles du langage  | 2/10     |          | X        |          |          | X        |          |          |          |          |           |           |
| E | Troubles de la mémoire et des apprentissages   | 4/10     | X        |          | X        | X        | X        |          |          |          |          |           |           |
| F | Troubles du sommeil  | 3/10     | X        |          |          |          |          | X        |          |          | X        |           |           |
| G | Cauchemars   | 3/10     |          |          | X        | X        |          |          |          |          | X        |           |           |
| H | Usage de drogues   | 3/10     |          |          |          | X        |          | X        |          | ?        | X        |           |           |
| I | Vols   | 3/10     | X        |          |          |          |          | X        |          | ?        | X        |           |           |
| J | Fugues   | 4/10     |          |          | X        |          |          | X        |          | X        | X        |           |           |
| K | TS, menaces de se tuer, envie de mourir  | 2/10     |          |          | X        | X        |          |          |          |          |          |           |           |
| L | Conflits, actes hétéroagressifs (crises de colère, coups, destruction d'objets, attaques de la mère ou autre...) | 8/10     |          | X        | X        | X        |          |          | X        | X        | X        | X         | X         |
| M | "Faux-self", manipulation, séduction, dire ce que l'autre a envie d'entendre, impression de ne pas être soi      | 4/10     |          |          | X        | X        |          | X        |          |          | X        |           |           |
| N | Refus de sa couleur de peau  | 4/10     |          |          | X        | X        | X        |          |          | X        |          |           |           |
| O | Désinvestissement scolaire   | 5/10     |          | X        |          |          |          | X        |          | X        | X        |           | X         |
| P | Problèmes de peau : traces, urticaires, boutons, qui grattent, qui brûlent                                       | 5/10     | X        |          | X        | X        | X        |          |          |          |          | X         |           |
| Q | Autres problèmes de santé  | 2/10     |          |          |          |          | X        |          |          | X        |          |           |           |
| R | Peurs  | 6/10     |          |          | X        | X        | X        | X        |          |          | X        |           | X         |

### Notes sur le Tableau 2

- 8A A l'adolescence
- 3C Psychose
- 4C Dépression chronique
- 6C Dépression majeure
- 8C Dépression
- 10C Psychose
- 2D Bégaiement, dyslexie
- 5D Aphasie, dyslexie, dysgraphie
- F1 Dort très peu, veille
- F6 Veille
- F9 Hypersomnie
- H4 Episode : alcool
- H6 Episode : alcool
- H9 Tabac, cannabis, alcool
- K3 Menaces
- K4 9 tentatives de suicide
- M3 Manipule, séducteur
- M4 Impression qu'il y a deux personnes en un corps
- M6 Séduit les filles
- N3 Lingettes eau de javel
- N4 Lingettes eau de javel
- N5 Mal dans sa peau, se sent différent
- N8 Lingettes eau de javel
- P1 Cicatrice, irruption cutanée après la 2ème consultation
- P3 Cicatrices, une brûlure de cigarette
- P4 Griffures à apparition périodiques (entre autre les veilles de nos consultations), eczéma, boutons
- P5 Allergies
- P10 Division du corps par des lignes de dépigmentation
- Q5 VHC, maladies rares et compliquées, trachome, algoneurodystrophies, etc.
- Q8 Maladie de Verneuil
- R3 Peur de ne pas réussir sa vie, de ne pas avoir de copines
- R4 Peur de ne pas réussir sa vie, de ne pas avoir d'amis, de copines, peur de la foule, du regard des autres
- R5 Peur de ne pas réussir sa vie, de ne pas avoir d'amis, de copines
- R6 Peur de ne pas réussir sa vie, que sa mère meurt
- R9 Peur qu'on l'échange, qu'on l'abandonne, de décevoir, de gâcher sa vie, peur que son père meurt
- R11 Peur des maladies

**Critères susceptibles de converger  
vers une pression à la réussite de l'adoption**

La pression sur la situation d'adoption est d'autant plus forte qu'elle provient de différentes sources :

- Le milieu d'origine est misérable, l'enfant revient de loin ;
- Le milieu d'accueil est socialement et intellectuellement privilégié ;
- La réussite sociale représente une valeur importante pour les parents adoptants qui formulent des attentes à cet égard ;
- La réussite sociale et économique a motivé le don ;
- L'enfant a été choisi/élu parmi de nombreux enfants défavorisés ;
- L'enfant a rêvé d'avoir une famille et a souhaité/demandé son adoption ;
- La vocation au sauvetage est présente chez les parents, se mêlant aux enjeux de filiation ;
- La santé des parents adoptants est précaire et le risque qu'ils meurent avant que l'enfant ait réalisé son destin est présent, renforçant l'anxiété par rapport à l'avenir.

## **Annexe F /**

### **Hypothèse thérapeutique A**

La pensée du groupe d'origine sur la nature particulière de l'enfant qui sera adopté, nous renseigne sur les motivations qui peuvent animer une famille à « se débarrasser » d'un tel enfant. Du point de vue clinique, l'histoire des enfants exposés et sauvés semble représenter une ressource particulièrement pertinente pour penser les intentions cachées derrière le parcours singulier des enfants adoptés à l'étranger, ainsi que leur prise en charge psychothérapeutique. Nous posons l'hypothèse que cette histoire permettrait de construire du sens et de traiter les troubles qui apparaissent dans les familles. D'autres types d'intentions issues des groupes culturels d'origine devraient pouvoir être mises à jour à des fins thérapeutiques, nous en avons relevées quelques unes au fil de notre travail clinique sur ce sujet : l'enfant est peut être issu d'une union sexuelle culturellement transgressive, l'orphelinat est peut être envisagé par les familles comme susceptible de protéger l'enfant des attaques sorcières<sup>38</sup> ou au contraire, avoir pour fonction d'éloigner un enfant sorcier dont la mission serait de détruire la famille (D'Haeyer, 2004).

Pour ce faire, le dispositif thérapeutique doit présenter des caractéristiques permettant d'explorer la dimension culturelle des intentions et des actes. La présence d'un médiateur ethnoclinicien ainsi que d'un ethnolinguiste paraissent en ce sens indispensables.

### **Hypothèse thérapeutique B**

Le travail thérapeutique mené dans notre dispositif de recherche nous permet d'envisager une co-fondation autour d'un projet commun négocié entre les parents et l'enfant, formant une famille fondée autour d'un objet/mythe, fabriqué à partir des attachements originels de chacun. L'alliance avec un Etre lié à cet objet ferait des membres de cette famille les acteurs du mythe de fondation de leur propre lignée.

### **Hypothèse thérapeutique C**

L'enfant n'aurait pas réussi (pour des raisons qui restent à explorer) à initier la femme et à la rendre mère. En devenant malade, l'enfant lui donne une seconde chance d'être initiée, cette fois en tant que thérapeute. En effet, elle se trouve en position de thérapeute d'un enfant souffrant de graves difficultés, contrainte de s'adapter à son quotidien et de rechercher des solutions thérapeutiques. Les désordres présentés par l'enfant la conduisent à entamer un parcours où elle rencontrera de nombreux thérapeutes. Ces derniers auraient alors la possibilité d'initier la femme à un devenir de thérapeute de l'enfant.

---

<sup>38</sup> Nous nous référons aux recherches de Elise Guillermet, doctorante en Anthropologie, qui travaille depuis la maîtrise sur les trajectoires de vie des enfants vivant en orphelinat, sous la direction de Doris Bonnet (EHESS). Elle a réalisé son travail de terrain au Bénin. Documents non publiés communiqués par l'auteur.

**Clinique de l'étrangeté et de la frayeur**  
**dans l'adoption internationale**

« L'inquiétante étrangeté se produit souvent  
quand la frontière entre fantaisie et réalité se trouve effacée,  
quand se présente à nous comme réel  
quelque chose que nous avons considéré jusque-là comme fantastique »  
(Freud, 1919 : 251)

Dans son essai de 1919, intitulé « L'inquiétante étrangeté » (*Das Unheimliche*, titre également traduit par Roustang par « Le non-familier »), Freud s'intéresse à un affect qu'il nomme « inquiétante étrangeté », ayant un noyau commun avec l'angoisse, et produit par la rencontre avec un « nouveau effrayant » (Freud, 1919 : 216). Ainsi, la rencontre avec un type particulier de chose, d'événement, de personne ou d'impression (Freud, 1919 : 224) peut-elle être « étrangement inquiétante » et produire de la frayeur. Freud s'attarde à définir et à traduire dans différentes langues le mot allemand *unheimlich* et son antonyme *heimlich*. *Heimlich* pourrait être traduit par « qui fait partie de la maison », de la famille, intime, familier, quelque chose qui offre une protection sûre (comme l'enceinte d'une maison), mais aussi apprivoisé (pour un animal), le contraire de sauvage en quelque sorte. A l'inverse, *unheimlich* renvoie au fantomatique, au démonique, à ce qui suscite l'épouvante, à ce qui devait rester secret, dans l'ombre, et qui en est sorti. Ainsi pour Freud, l'inquiétante étrangeté (*das Unheimliche*) est-elle produite par le « retour du refoulé » (Freud, 1919 : 246), marqué par le préfixe allemand « un » (Freud, 1919 : 252), ce qui permet d'expliquer la proximité entre familier et étrangement inquiétant, puisque pour la vie psychique, il n'est devenu étranger que par le refoulement. Nous retenons pour cette annexe la proposition suivante : il existe une proximité entre familiarité et inquiétante étrangeté, qui, lorsqu'elle surgit de l'ombre et sort de sa cachette, est susceptible de produire de la frayeur, forme particulière d'angoisse.

Nathan quant à lui consacre un chapitre de *L'influence qui guérit* (1994) à « Angoisse ou frayeur ». Tout comme dans le texte précité de Freud, Nathan commence par se pencher sur les mots utilisés dans différentes langues pour désigner la frayeur et sur les conceptualisations issues des sociétés traditionnelles : il caractérise la frayeur par une dynamique d'*effraction* de la

personne (effroi) et d'*extraction* hors de l'univers de la paix (de l'ordre ?) (Nathan, 1994 : 198). Les manifestations psychopathologiques de la frayeur diffèrent selon les cultures, et sont à l'origine de la conceptualisation du « désordre-type » par Devereux (1970). Si en Afrique ce sont des pathologies « bruyantes » (crises d'agitation, excitation frénétique, etc.), elles s'expriment davantage sur un mode dépressif (tristesse, isolement, affaiblissement vital, etc.) sur le continent amérindien. Les manifestations somatiques sont importantes (insomnies, cauchemars, nausées, vomissements, diarrhées, etc.). Toutes les réactions cliniques à la suite d'une frayeur sont cependant marquées par des comportements mimétiques, automatiques, stéréotypiques, pouvant conduire à la répétition d'une « particule de rythme » (incoordination motrice, tic, bégaiement, etc.).

Tirons les conséquences cliniques de ce détour théorique : le surgissement de l'étrangeté est donc susceptible de produire de la frayeur et des manifestations psychopathologiques. De ce fait, nous avons été particulièrement attentifs dans notre clinique, aux mouvements de rapprochement/familiarité et de rejet/étrangeté qui fait intimement partie de l'histoire de vie de ces familles ayant adopté un enfant à l'étranger. Une exploration plus avancée pourrait être menée dans une recherche ultérieure afin d'établir des liens entre rencontre avec l'inquiétante étrangeté, surgissement de la frayeur et troubles psychologiques présentés par les enfants adoptés à l'étranger, dont nous avons vu dans le corpus qu'ils se font sur un mode bipolaire (colère/dépression).

Dans ce moment de la rencontre entre des parents français et un enfant du bout du monde, l'intensité des affects engendre un mouvement de rapprochement entre les personnes, où l'impression de familiarité domine, rendant brutale la frayeur éprouvée lorsque l'étrangeté de l'autre se dévoile. Nous allons voir dans cette annexe, que pour enfants et parents, cette frayeur se produit dans des contextes et des temps bien distincts. En effet, l'enfant est immergé dans un nouveau monde dès son arrivée et ces rencontres avec de nouveaux objets, événements, personnes et impressions, est susceptible dès lors de l'effrayer. Quant aux parents, ce n'est que bien plus tard qu'ils apercevront en leur enfant bien-aimé devenu presque instantanément le leur, cet étranger venu d'un autre monde.

#### - **Etranger ici, étranger là-bas**

La rencontre avec le pays d'accueil est immédiate et totale : changement de personnes, de lieux, d'odeurs, de température, de nourriture, de façon de manger, de s'asseoir, de se laver... Tout lui est inconnu. La rapidité et la qualité de l'adaptation attestent que la métamorphose attendue est en train de s'opérer. Il devient très vite l'enfant de ses nouveaux parents. Il est

fréquemment étonné et amusé par la magie de la technologie (eau courante, télévision, répondeur téléphonique, chasse d'eau, interrupteurs, frigo, etc.), qui le fascine, mais la frayeur n'est jamais loin et peut donner lieu à des manifestations cliniques, dans les premiers temps de l'arrivée.

*Gabriel* : « Ca fait très peur... Avec pleins de voitures et des objets qu'on ne connaît pas. Pour des enfants qui vivaient par exemple dans la forêt, l'arrivée dans un monde moderne ça fait peur. Et les habits ça peut aussi faire peur. Parce que pour un enfant qui avait l'habitude de vivre un peu nu et qui se retrouve avec plein de personnes habillées autrement... Moi j'avais pas l'habitude d'avoir autant d'habits, c'était lourd, très très lourd, la première fois ».

Vidéo de Cédric Roussel à l'aéroport. Il a l'air inquiet, perdu et hyper-heureux. Il entame un mouvement de retour en arrière au moment du premier contact. Puis il reste agrippé dans les bras de son père pendant au moins 15 minutes. Avec un large sourire un peu figé. Tout est première fois. Il porte un anorak et une cagoule apportés par ses parents. Ils prennent le bus et le train. L'environnement urbain paraît agressif, bruyant et hostile. On entend des voix d'annonces, des voitures, des moteurs, le bruit des trains...

*Odile* : « Au début, je faisais beaucoup de caprices, j'avais peur de tout, je n'arrêtais pas de pleurer, je ne voulais pas faire de câlins. (...) Je hurlais dans le taxi à l'arrivée... J'ai fait des caprices dans le train... Ils n'ont réussi à me calmer qu'en achetant une poupée noire.

Cependant, dans les premiers temps après son arrivée, la rencontre avec quelque chose qui lui paraîtra comme profondément étrange va produire de la frayeur. Le plus souvent, nous avons vu que cette frayeur peut être occasionnée par la rencontre avec l'école et les premiers apprentissages produisant un blocage de certaines capacités cognitives (mémoire, concentration...). L'exigence de réussite scolaire peut redoubler la frayeur de l'enfant qui se retrouve face à des parents méconnaissables.

Karola avait été scolarisée en Hongrie. Elle avait 3 ans et demi au moment de son adoption et est partie à l'école dès le jour où elle est arrivée en France. Elle a perdu sa langue maternelle à 4 ans, et a très vite appris le français. En maternelle, elle passe d'une classe à l'autre avec des difficultés. Elle commence à bégayer au CP qu'elle redouble.

*Viviane Romana* : « Quand elle est entrée au CP, c'est en essayant de lire que ça a commencé. Cela ne sortait pas. Elle ne distinguait pas les lettres. Cela a été une épreuve d'apprendre à lire.

*M. Duval* : On lui a mis la pression à cette époque. C'était des moments très difficiles pour tout le monde. (...) C'était nous qui la suivions, qui l'aidions pour les devoirs. On était pas patients, surtout moi, je me mettais souvent en colère. (...)

*Viviane Romana* : Autour de l'apprentissage de la lecture, elle ne reconnaissant plus son père et sa mère.

*M. Duval* : Il fallait qu'elle bosse. On avait un haut degré d'exigence à son égard ».

*Gabriel* : « Le plus dur, c'est la langue. Parce qu'en français, il n'y a pas de sons, on entend à peine... On n'arrive pas à distinguer ce que les gens veulent dire. (...) J'ai mis trois ans à apprendre le français. Par contre l'espagnol, c'était beaucoup plus facile pour moi, même l'anglais c'est plus facile. Le français, je n'entendais rien. L'allemand je peux aussi l'apprendre un peu plus facilement mais le français, j'entends rien ».

Gabriel est adopté au Vietnam et sa mère qui souhaite l'aider à conserver sa langue, l'inscrit dans un cours de vietnamien à Paris. Originaire du Nord-Vietnam, il se retrouve dans un cours où il n'y a que des gens du Sud.

*Gabriel* : « C'est la même langue mais l'accent est très différent. C'est comme le français en Afrique, c'est pas la même langue ! »  
Les apprentissages de Gabriel sont durablement bloqués et il est scolarisé dans une école Steiner.

La survenue de la frayeur, suscitée par la rencontre avec l'étrangeté, peut se produire avec un certain différé dans le temps, à l'occasion d'un événement particulier.

Djibril arrive du Mali en Bretagne à l'âge de 6 mois. A peine un an plus tard, ses parents se séparent, la vie avec Djibril est alors difficile car il a du mal à respecter les règles. Lorsqu'il a 2 ans et demi, la famille se reforme. Lorsqu'il a trois ans, en septembre, il est scolarisé dans une école Diwan, école bretonnante par immersion. Du bambara entendu depuis sa naissance jusqu'à la pouponnière, il passe au français parlé dans sa famille adoptante, puis au breton parlé à l'école.

En octobre, il fait une sorte de dépression : du jour au lendemain, il ne parle plus, ne rit plus et n'accepte de manger que sur les genoux. L'été suivant, sa situation est très dégradée. Sa mère écrit : « Insomnies de plusieurs heures chaque nuit, agitation voire excitation de jour comme de nuit, éloignement de sa main droite en la fixant, rires incontrôlés, délires devant son reflet ou sans. Djibril court souvent dans tous les sens et pousse des cris, met beaucoup de choses à sa bouche, est parfois agressif, refuse l'autorité, n'a pas le sens de l'interdit, a des difficultés à la frustration. Djibril peut se cramponner à nous, nous serrer et se cacher dans nos bras ». L'année suivante, Djibril est déscolarisé.

Voir également l'observation clinique de Oba (Nathan, 2000 : 12), trouvé sur un tas d'ordures d'une capitale d'Afrique de l'Ouest, recueilli en orphelinat, puis adopté par des français. A l'âge de 4 ans, il découvre la neige et se tait... définitivement. Il est ensuite diagnostiqué comme autiste (diagnostic scientifique) et ancêtre (diagnostic traditionnel).

Avec le temps, tout se passe comme si l'enfant incorporait le monde extérieur, réduisant le rapport d'étrangeté au monde qu'il habite. Nous avons vu leur renaissance en un nouvel être, doté d'une nouvelle identité française. Ce faisant, l'étrangeté du monde extérieur se transforme en une étrangeté à soi-même, source de frayeur supplémentaire.

Cédric Roussel est envahi par les reviviscences, parasité en permanence. Les mondes se mélangent sans cesse dans sa tête, les images d'Haïti reviennent et se mélangent avec le réel. Il fait des cauchemars terrifiants qui se passent en Haïti, dans l'orphelinat où les morts et le sang sont omniprésents (il a utilisé des expressions figées pour les décrire, comme « bébés égorgés, têtes coupées »). Il dit sans cesse qu'il a peur de se tuer, comme s'il était tellement effrayé par ces cauchemars et reviviscences que les fugues et les menaces de se tuer viennent dans les moments où la peur est insoutenable.

Cette étrangeté à soi-même se traduit par une profonde difficulté de se sentir à sa place. Les adolescents et jeunes adultes que nous avons reçus arrivent à la consultation avec des questions sur leur identité, ils ont l'impression d'être dissociés et que deux êtres distincts cohabitent dans un seul corps, sans que ni l'un ni l'autre ne soit authentique et à sa place.

*Céline Mallet* : « Je voulais vous poser une question : Qui suis-je ? J'ai l'impression d'être une multitude, il y a trop de personnes différentes en moi, qui se succèdent en permanence. Je peux discuter avec quelqu'un, et d'un seul coup, ma pensée s'arrête, et je me dis : Qu'est-ce que je dois dire ? Qu'est-ce qu'il faut que je dise ? Comment suis-je supposée être ? Est-ce

que c'est normal de ne pas savoir qui on est à ce point ? (...) Par moments, je ne suis pas moi-même, je ne suis pas Céline, je suis quelqu'un de différent ».

La métamorphose reste imparfaite : des traces de la présence du premier être (celui de l'origine) sont irréductibles (couleur de peau, cauchemars, etc.), et pour autant le second être (le français) paraît rester incomplet, donnant à l'enfant adopté l'impression d'être morcelé, « irréel »...

*Gabriel* : « C'est vrai que l'adoption c'est bien, mais je peux te dire que au fond de soi-même, il y a des moments où on ne sait pas ce qu'on fait dans le monde où on est... C'est un monde irréel, un monde de rêve... Tout à fait comme si on était dans un jeu vidéo. C'est comme si on était irréel ».

Le désenchantement de l'enfant, évoqué dans le mémoire, l'éloigne de ses parents, qui de ce fait, redeviennent des étrangers. A ce moment-là, l'enfant peut se positionner en étranger au monde d'accueil et revendique son identité d'origine.

Sébastien Brunet écrit sur son placard : « Mon vrai nom : John Gomes (son nom de naissance) ».

*Cédric Roussel* : « C'est compliqué d'avoir 4 parents. J'ai déjà une famille, c'est comme si on me demandait de ne plus les aimer. Et je les aime ».

Mais l'enfant prend également conscience que le retour en arrière sera difficile, et qu'il ne pourra pas simplement redevenir celui qu'il était, et effacer les effets de son adoption. Il reste comme suspendu au milieu du pont.

*Gabriel* : « (le retour au pays) C'est compliqué parce qu'on a plus l'habitude du pays d'origine, de la chaleur, de se promener pieds nus, des maladies asiatiques... Il y a des maladies qui peuvent tuer les européens. Et les aliments maintenant ce serait beaucoup trop dur ! Avec les crevettes, les crabes, les fruits de mer... »

*Viviane Romana* : Et tu fais des allergies à ça ?

*Gabriel* : Maintenant oui. Chez nous d'habitude, on ne boit jamais de lait, parce que c'est très néfaste. Maintenant, j'en bois.

(...) Qu'est-ce que je fais là, pourquoi je suis là ? Des fois je me dis peut-être que je serais mieux là-bas... J'essaie de ne pas y penser, je me sens triste... Je sais que je suis là ».

Dans un tel contexte, le voyage de retour au pays d'origine, loin de fonctionner comme un voyage thérapeutique permettant une « réconciliation avec soi-même », et à l'enfant de retrouver « sa place », redouble l'effraction en confrontant le jeune adulte au sentiment insupportable d'être vide, renforçant l'étrangeté à soi-même. Une profonde dépression peut s'ensuivre.

Zayi a 29 ans, elle a été adoptée en Haïti à l'âge de 6 ans (en avait 8 en réalité). Elle se sent mal à l'aise avec « ces gens-là » (sa famille adoptive) et en éprouve de la culpabilité.

Elle a découvert sa vraie date de naissance il y a 4 ans. Elle est allée en Haïti où elle a retrouvé sa famille biologique, qui lui est apparue comme étrangère, puisqu'elle s'était toujours pensée orpheline. Elle déclare se sentir « de plus en plus morte ».

Odile Pasquier a été adoptée au Rwanda. Après une adolescence où elle a fortement rejeté ses parents adoptifs (violences, placement) et sévèrement déprimé (tentatives de suicide, psychiatrie), son frère (enfant biologique de ses parents) l'emmène au Rwanda alors qu'elle a

24 ans. Elle cumule les actes manqués pour essayer d'éviter le voyage, puis malgré tout, elle ressent l'envie de connaître son pays, des beaux paysages...

Elle pleure dès la descente d'avion. « Deux jours après notre arrivée, on était face à cette famille (sa mère et sa fratrie biologique). Je suivais mon frère comme droguée. Je fumais comme un pompier... (...) Il y avait une mère, des sœurs, un frère... Ils m'ont serré dans les bras, alors que moi je ne voulais pas du tout ». A son arrivée dans le village, un homme la prend pour sa sœur et s'adresse à elle en kinyarwand qu'elle ne parle ni ne comprend... Au Rwanda, elle se sent française.

Cachée derrière sa caméra, elle ne fait que filmer pendant tout le séjour. Depuis son retour en France, elle n'a pas pu regarder les films, ni ouvrir les lettres que sa mère lui envoie. Elle a beaucoup pleuré là-bas et depuis son retour.

« Pour moi, ma famille du Rwanda est morte. Elle n'existe pas. Je me suis toujours dit qu'ils étaient décédés. Je n'avais pas de frères et sœurs. Je m'étais fait mon histoire... Rencontrer une mère en chair et en os, avec des frères et sœurs, je me suis dit, ce n'est pas moi, ce n'est pas ma famille. Même maintenant ce n'est pas ma famille.

Il est alors possible au clinicien de penser ces enfants comme suspendus entre deux fabrications, effractés puis évidés de leur premier être sans avoir été remplis par le second.

#### - **Notre fils, cet étranger**

Dès l'arrivée de l'enfant en France, les parents seraient logiquement en position d'accueillir un étranger venu d'un pays lointain, mais nous avons montré dans notre texte, comment cet étranger devient leur fils/fille dès les premiers instants de la rencontre, accompagné par un sentiment de familiarité produit par l'Amour.

Très vite commence une vie de famille où la familiarité règne d'autant que l'enfant paraît parfaitement s'y adapter. Jusqu'à ce que les désordres psychologiques apparaissent, les parents ne verront en cet enfant que leur fils/fille. Et puis brusquement, l'apparition des troubles parfois très graves que présente l'enfant, fait surgir la question de la causalité. Ils attestent qu'ils ont parfaitement pris soin de l'enfant, qu'ils ont suivi les recommandations de la littérature sur l'adoption internationale, pris toutes les précautions, appliqués les conseils, consulté des psychologues très rapidement. Certains d'entre eux ont adopté des nouveau-nés (nous avons mené un entretien téléphonique avec une mère adoptante ayant assisté sur place à l'accouchement de ses enfants par leur mère biologique)... Et pourtant, le tableau clinique présenté par leur enfant est inquiétant, étrange... Incapables d'expliquer autrement ces troubles psychologiques, ils cherchent des explications dans les origines biologiques et culturelles de l'enfant.

*Mme Brunet* : « Pourtant nous avons fait ce qu'il est souvent mentionné dans les livres concernant ce sujet (face à un enfant que nous ne comprenons plus). Seule une demande d'explications mardi dernier l'a fait pleurer, mais nous n'en savons pas plus : rien ne sort de lui. Nous lui avons avoué notre ignorance à savoir pourquoi il se retrouvait ainsi, et lui avons dit qu'il avait certainement des préoccupations et des soucis qu'il devait exprimer dans le cadre d'un entretien avec des personnes de métier. (...) J'avais pensé consulter avec une personne se rapprochant de la culture de mon fils mais je n'ai trouvé personne ».

Brusquement, les désordres amenés par l'enfant font entrer l'étrangeté dans la famille. Afin que leur enfant ne soit plus cet étranger et parce qu'ils ont l'impression de « perdre leur enfant », les parents adoptifs souhaitent à ce moment-là en savoir plus sur les manières de faire et de penser du pays de leur enfant. Ils se décident enfin à accueillir un étranger, alors que quelques années auparavant, ils avaient accueillis leur enfant.

*Mme Brunet (pleure) :* « On ne le reconnaît pas... Notre fils est devenu un étranger ».

*Mme Guillot :* « C'est quand il a commencé à avoir des problèmes que certaines personnes de la famille se sont éloignées. Parce qu'il était adopté (...) »

La vie de famille, prise dans une spirale de frayeurs, peut devenir invivable : passages à l'actes graves, violence déchaînée contre les parents, mise à sac de l'appartement, tentatives de suicide, fugues, vols, agressions sexuelles d'autres enfants, drogue, accusations, etc.... Dans ces situations paroxystiques, les parents finissent par avoir très peur de leur enfant. Il leur arrive de penser que l'enfant cherche à les tuer. La frayeur de l'un et celle des autres se rencontrent dans une véritable explosion. Un processus de détachement des deux parties doit alors s'amorcer (placement ASE, hospitalisation et placement en psychiatrie), séparation souvent vécue comme une libération pour l'enfant, et un abandon pour les parents.

*Mme Roussel :* « Un jour, Cédric s'est mis autour du cou la petite étiquette que portent les enfants non-accompagnés qui prennent l'avion. « Il s'est promené dans la cour de l'école avec sa pancarte autour du cou : « Roussel Cédric, enfant perdu ». Il a dit à l'école qu'on le battait... Et il sait être persuasif ! Alors évidemment, dans le doute j'imagine, il y a eu un signalement de l'école ». Puis, suite à une fessée, il a appelé la gendarmerie en faisant le 119. Il a dit qu'il était battu. Ils sont venus le chercher à l'école et il y a eu une main-courante déposée à la gendarmerie ».

Plus tard, alors que tout se dégrade, il fugue en disant qu'il va se tuer « et retrouver Marie » (sa mère biologique). Ses parents ont très peur, ils le cherchent partout et appellent la police. Quand ils l'ont retrouvé, il a demandé à être emmené au Centre Ado, où il a formulé des accusations contre ses parents (battu et violé).

Dans la vie quotidienne, la violence atteint son paroxysme :

*Mme Roussel :* « Il me dit : T'es conne.

Je lui réponds : Tu ne me parles pas comme ça. Tu me respectes.

- Je dis ce que je veux.

- Non tu ne dis pas ce que tu veux. Tu nous respectes, on est tes parents, tu es mineur.

- Moi je dis ce que je veux !

- Arrête Cédric !

- (il m'insulte)

- Je vais te mettre une baffé !!

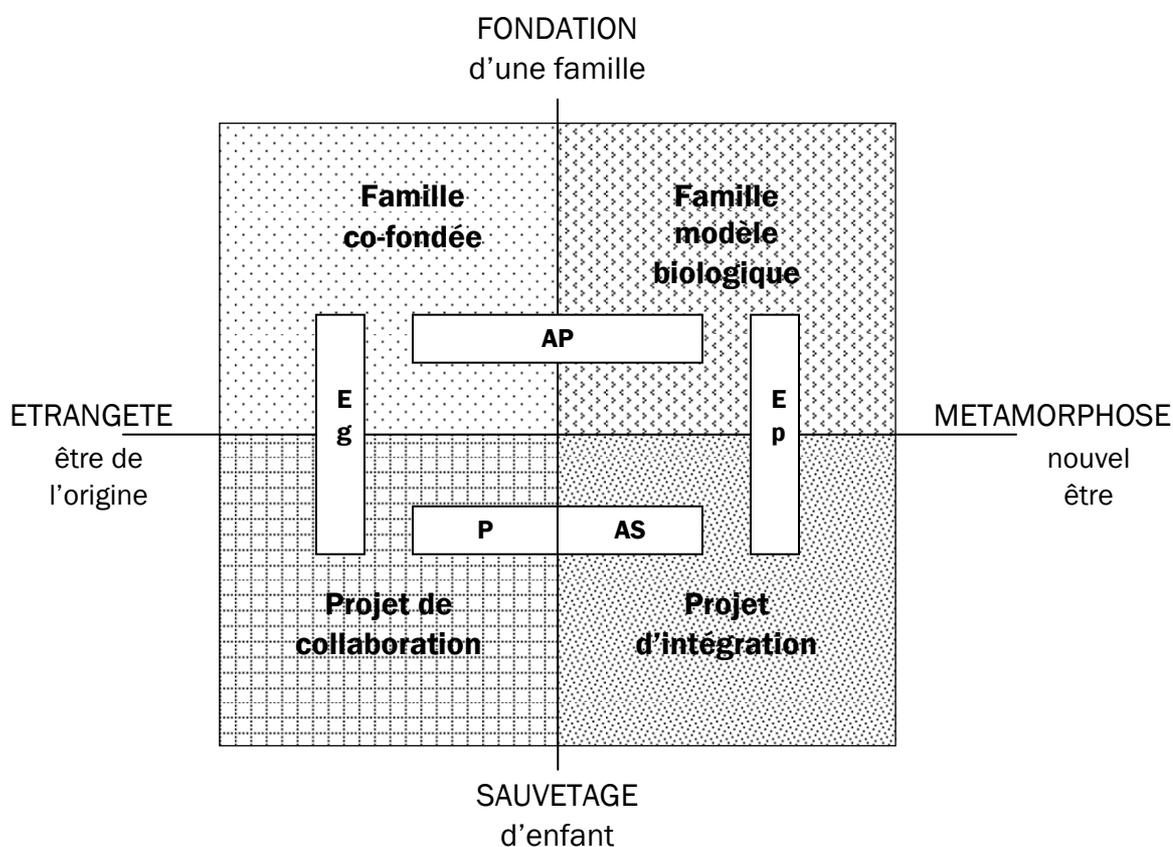
... Et c'est lui qui me l'a donnée. (Elle montre le geste, un coup de poing dans le visage). J'ai eu un bleu... Il ne se contrôle plus, ça part. Je me suis vraiment mise en colère face à son agressivité, j'étais en colère, je lui ai dit : vas-y, vas-y frappe-moi si tu ne sais faire que ça ! ».

*Mme Brunet :* « Je me sens vulnérable... Je ne serais pas capable de me protéger... Il a parfois un regard tellement chargé de haine... Et puis on a trouvé des couteaux dans sa chambre. Deux couteaux. Quand j'ai vu ça, j'ai tout de suite pensé qu'il y en avait un pour moi et un pour mon mari ».

*La mère de Céline (au groupe thérapeutique) : « Hospitalisez-là ! J'ai la trouille, j'en peux plus ! »*

*Mme Brunet : « Le lien et quasiment tendu à l'extrême. Ce matin nous étions chez le Juge des mineurs, une éducatrice nous a reçu pour prendre des notes des faits et a reçu Sébastien en particulier (qui n'a quasiment rien dit nous a-t-elle dit) sinon qu'il voulait son émancipation ».*

Schéma : **Les types de projets possibles**  
**au sein du dispositif Adoption Internationale**



Légende :

AP : Adoption plénière

AS : Adoption simple

P : Parrainage

Eg : Enfants grands

Ep : Enfants petits

## Grille d'écoute des entretiens (1)

|                | Vécu antérieur  | Rencontre                                | Amour  | Mots clés  |
|----------------|---|--|--|--|
| <b>Enfants</b> | Traumatismes, ruptures, drames et misère : le vécu au pays                      | Intensité des émotions                   | Capturé par l'amour qu'ils suscite chez ses parents        | Destin, êtres exceptionnels, Elus                |
|                | Vie à l'orphelinat, en famille d'accueil  | L'avion, la préparation, etc.            | Relation exigeante : Besoin de plaire, séduire, le préféré | Enfants princes / enfants poubelle, métamorphose |
|                | Le rêve d'une vie meilleure   | L'arrivée en France : premiers ressentis | A l'épreuve de la vie quotidienne : Autorité/Amour         |  |
|                | La mission de l'enfant donné  |  | Appropriation des parents en temps que leurs parents       |  |
| <b>Parents</b> | Vécu des parents, projet d'adoption dans leur parcours de vie. Les non-familles | Intensité des émotions                   | Promesses, actes d'amour, engagements                      |  |
|                | éléments de parcours qui motivent au sauvetage                                  | Au moment où cela va se faire            | Les vertus de l'amour                                      |  |
|                | Difficulté du parcours pour avoir un enfant                                     | le coup de foudre                        | A l'épreuve de la vie quotidienne : Autorité/Amour         |  |
|                |   | La prédestination, le miracle            | Appropriation de l'enfant en temps que leur fils/fille     |  |

## Grille d'écoute des entretiens (2)

|                | <b>Métamorphose</b>                               | <b>Ecole</b>  | <b>Déceptions</b>                                | <b>Etrangeté</b>   |
|----------------|---|---|--|--|
| <b>Enfants</b> | Couleur de peau                                   | Apprentissages  | Adoption vécue comme un échec à se métamorphoser | A l'arrivée, découverte du monde                                 |
|                | Vidé de sa langue d'origine                       | Rapport aux performances, aux notes, à la rivalité, aux comparaisons, aux évaluations | Sur l'élection et le destin grandiose            | Manifestation des anciens modes de vie                           |
|                | Renaissance                                       | Questions sur l'orientation, le devenir professionnel                                 | Sur la famille                                   | Ecole : Frayeur dans les apprentissages                          |
|                | Redécouverte de l'adoption                        | Copains, intégration  | Sur l'amour                                      | Rencontre en différé avec un élément particulier (neige, breton) |
|                | Appropriation du nouveau prénom, se veut français | Racisme   | Sur la société                                   | Qui suis-je ? 2 en 1 ou ni l'un ni l'autre ?                     |
|                |   |   | Mode colère : vignette clinique                  | Etranger ici, étranger là-bas                                    |
| <b>Parents</b> | Couleur de peau                                   | Enjeux parentaux autour de la réussite professionnelle et scolaire                    |  | A l'arrivée, accueil d'un étranger                               |
|                | Suradaptation                                     |   |  | Surgissement de l'étrangeté par les troubles, les comportements  |
|                |   |   |  | Frayeur des parents  |
|                |   |   |  | Vie de famille invivable : passages à l'acte, violences, TS, etc |

### Grille d'écoute des entretiens (3)

|  |                              |                             |                           |                |
|--|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------|
| <b>Motivations à l'adoption :</b>            |                              |                             |                           |                |
| le couple                                    |                              |                             |                           |                |
| la famille élargie des adoptants             |                              |                             |                           |                |
| l'enfant                                     |                              |                             |                           |                |
| La famille biologique                        |                              |                             |                           |                |
| <b>L'événement Adoption internationale :</b> |                              |                             |                           |                |
| dimension juridico-administrative            |                              |                             |                           |                |
| préparation du couple                        |                              |                             |                           |                |
| préparation de l'enfant                      |                              |                             |                           |                |
| la rencontre                                 |                              |                             |                           |                |
| l'arrivée en France                          |                              |                             |                           |                |
| <b>Spécificités liées à :</b>                | <b>exposition aux pertes</b> | <b>parentalité adoptive</b> | <b>filiation adoptive</b> | <b>culture</b> |
| La vie passée des adoptants                  |                              |                             |                           |                |
| La vie passée de l'enfant                    |                              |                             |                           |                |
| <b>Recommandations sur l'adoption :</b>      |                              |                             |                           |                |
| de l'enfant                                  |                              |                             |                           |                |
| des parents                                  |                              |                             |                           |                |



Commentaire : Comme pour une filiation biologique, l'enfant adopté est « né de » ses parents adoptifs. Sur son acte de naissance, il figure sous son identité d'adoption (prénom et nom), il est né dans sa ville de naissance (ici au Vietnam), de ses parents adoptifs. C'est ce que nous appelons une « fiction juridique ».

Romana, V., Dekens, S. (2006). « Enfants adoptés en difficulté : pour une prise en charge psychologique spécifique », in Le Journal des Professionnels de l'Enfance, 39, Dossier Adoption coordonné par Sellenet, C., pp 60-64.

### **Enfants adoptés en difficulté : pour une prise en charge psychologique spécifique**

Viviane Romana

*Docteur en psychologie clinique et en psychopathologie, responsable d'une consultation et de formation au centre Georges Devereux (Université Paris 8)*

Sandrine Dekens

*Etudiante en maîtrise de psychologie clinique et pathologique (Université Paris 8)*

Créé en 1993, le centre universitaire Georges Devereux<sup>39</sup> est un centre d'ethnopsychiatrie dispensant, en tout premier lieu, des soins psychologiques spécifiques aux migrants et à leurs enfants. Depuis quelques années, forte de cette expérience clinique avec les migrants<sup>40</sup>, l'équipe du centre prend en charge également des populations en prise à des problématiques auxquelles le monde occidental se trouve désormais confronté : traumatismes délibérément induits (torture, guerres, génocides) ; pathologies des victimes de sectes et de la grande précarité ; troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ; souffrances liées aux métamorphoses humaines (transsexuels) ; troubles d'identité des métis. Les thérapies familiales, mises en place pour les migrants, sont menées par des psychologues cliniciens, des médecins, des anthropologues, et quelquefois un juriste et un travailleur social, aidés d'un médiateur maîtrisant parfaitement la langue parlée par les patients, ainsi que les manières de penser et de faire ayant cours dans leur univers culturel. La spécificité de ce traitement ethnopsychiatrique est : d'une part, de prendre en considération les explications populaires des troubles présentés par les patients, ainsi que leurs attachements, par exemple, à une langue, à des ancêtres, à des manières d'éduquer leurs enfants, à des lieux de soins ; d'autre part, d'utiliser les ressources thérapeutiques existant dans les mondes dont sont issus les patients migrants (Afrique du Nord, de l'Ouest et du centre, Antilles francophones, Asie, Europe de l'Est, îles de l'Océan Indien).

#### **Prémisse d'une recherche-action**

Ces cinq dernières années, nous avons été sollicités par des parents adoptifs convaincus que les troubles psychologiques de leurs enfants, originaires de pays étrangers, nécessitaient des soins spécifiques. L'ethnopsychiatrie, pour ce qu'ils en savaient, était, dans le vaste champ des psychothérapies, la mieux armée pour appréhender ce type de problématique. Compte tenu du cadre limité de nos prises en charge<sup>41</sup>, nous avons traité peu de situations. Parmi elles, deux ont retenu notre attention et donc motivé la mise en place d'une recherche-action sur la prise en charge ethnopsychiatrique des enfants adoptés à l'étranger. Les problématiques de recherche dégagées se trouvent résumées dans les deux vignettes cliniques qui suivent.

<sup>39</sup> Pour plus d'informations, consulter le site du centre : <http://www.ethnopsychiatrie.net>. Pour la consultation Adoption, contactez le secrétariat du centre Georges Devereux au 01 49 40 68 51.

<sup>40</sup> La première consultation d'ethnopsychiatrie a été créée par Tobie Nathan, en 1979, à l'hôpital Avicenne, dans le service du Professeur Serge LEBOVICI.

<sup>41</sup> N'étant pas un centre de soins affilié à la caisse d'assurance maladie ou au secteur psychiatrique, les consultations sont payées par les services de l'ASE et de la PMI, les tribunaux pour enfants, et les services sociaux, tous localisés en Ile de France, avec lesquels nous avons signé des conventions.

## **Oba, l'enfant abiku<sup>42</sup>**

Oba<sup>43</sup> est un garçon africain adopté à l'âge de deux ans par des parents français souffrant de stérilité. Au moment où il est adopté, il vit dans un orphelinat qui l'a trouvé sur un tas d'ordures. Il est maigre, sale et en état de grande détresse psychologique, refusant de se nourrir. Son corps est marqué par de profondes scarifications, sous chaque œil et sur son dos. A son arrivée en France, Oba fait des crises d'épilepsie à répétition, plus d'une dizaine par jour. Peu à peu, elles s'estompent et son état général s'améliore. Il sort de son isolement, devient propre et commence à prononcer quelques mots. A quatre ans, il se tait définitivement lors de vacances à la montagne. Une équipe de psychologues cognitivistes diagnostiquent un autisme infantile. Dans son pays natal, Oba a été identifié comme étant un enfant *abiku*. Son abandon dans une décharge publique et ses scarifications le prouvent. Chez les Yorubas du Sud Bénin et du Nigeria, les *abikus* sont des esprits qui infiltrent le monde des humains par le ventre d'une femme enceinte, en prenant la place de l'enfant à naître. Le bébé humain se retrouve alors dans le monde des *abikus*, et l'*abiku* prend l'apparence d'un enfant. On soupçonne son existence quand, au sein d'une famille, plusieurs enfants nés prématurément meurent subitement et précocement, de façon inexplicable. L'*abiku* a pour habitude, après être né, de quitter rapidement le monde des humains pour retrouver le sien, déçu par ce peu d'humanité qu'il y trouve. Pour le reconnaître plus aisément, s'il lui prenait l'envie de revenir parmi les Humains, son corps est marqué. En l'abandonnant, on le restitue aux *abikus*. S'il meurt, c'est qu'il s'agissait bien d'un des leurs. S'il vit malgré tout, et qu'il présente des comportements bizarres, c'est encore un des leurs.

### ➤ *Problématique 1 : Prise en compte des attachements de l'enfant antérieurs à son adoption*

Bien qu'Oba ne soit ni juridiquement ni pour ses parents un migrant, nous l'avons traité comme tel, c'est-à-dire comme un étranger à accueillir, en prenant en considération le monde complexe qu'il porte, riche d'une langue, de pensées et de manières de faire. En nous sollicitant, les parents ont été les premiers à prendre conscience que leur enfant était un étranger et, malgré leur amour, l'était resté. La maladie de leur fils les a contraints à le penser en Yoruba et à agir comme tel. Situation extrême certes, mais qui nous a interpellés sur la nécessité d'interroger, dans le cadre de notre recherche, la pertinence d'une prise en compte des attachements de l'enfant antérieurs à son adoption. Au vu de la controverse sur cette question dans le monde des adoptants, nous nous sommes fixé pour objectif d'y apporter un nouvel éclairage, avec l'espoir de contribuer à l'émergence d'une pensée unifiée sur ce point.

### ➤ *Problématique 2 : Sauvetage d'enfants des pays du Sud en danger de mort*

Les parents d'Oba l'adoptent parce qu'ils sont convaincus de pouvoir le sauver. Compte tenu de son jeune âge, ils se sentent suffisamment forts pour l'aider à se restructurer dans un cadre familial aimant et attentionné où il ne manquera de rien. Cette conviction s'expliquerait-elle par une méconnaissance des troubles manifestés par l'enfant, ou par une minorisation des symptômes autistiques - pourtant assez manifestes - tant le désir d'enfant est grand ? Dans cette situation, la réponse à cette question est négative. Il apparaît clairement que l'infertilité du couple n'était pas leur seule motivation pour adopter, le sauvetage d'enfants du tiers monde en danger de mort en étant une importante également. Forts de ce constat, nous nous proposons dans le cadre de cette recherche de considérer ce « désir de sauver » comme une modalité - peut-être la seule - pour établir un lien affectif intense et une proximité immédiate avec un étranger.

## **Nicole, l'adolescente déçue**

Née en Colombie, Nicole est adoptée à l'âge de 10 ans par un couple mixte infertile, ayant déjà adopté un garçon du même pays. La souffrance de cette adolescente est fondée sur une immense déception, celle de ne pas avoir trouvé la famille imaginée lors de son séjour dans cette institution colombienne qui, comme l'ASE<sup>44</sup>, accueille des enfants dont les parents sont défailants. Très tôt, elle a exprimé son désir d'être adoptée pour grandir au sein d'une famille unie et aimante, rêvant

<sup>42</sup> Pour plus de détails, cf. in Nathan T., *Nous ne sommes pas seuls au monde*, 2001, pp. 223-267.

<sup>43</sup> Dans cet article, les noms, et parfois les lieux ont été changés afin de préserver l'anonymat des patients.

<sup>44</sup> Aide Sociale à l'Enfance

secrètement qu'elle pourrait ainsi réaliser son rêve : réussir socialement pour subvenir aux besoins de sa mère biologique. La rencontre initiale avec sa famille adoptive fut, pour Nicole, dépourvue de toute intensité affective, malgré la tentative de son père d'instaurer d'emblée une proximité. Elle a vécu comme une agression le « ma fille » prononcé par cet étranger alors qu'elle franchissait la ligne jaune symbolisant son changement d'identité. D'autre part, la cellule familiale restreinte à sa forme la plus simple (parents/enfants), le peu de relations interfamiliales, les liens familiaux distendus, ne l'ont pas aidée à construire cette familiarité. Son seul refuge, quand son mal-être atteint son paroxysme, fut l'ASE.

➤ *Problématique 3 : Désenchantement de l'enfant adopté*

Notre hypothèse pour la recherche à venir est que ce désenchantement de l'enfant adopté à l'étranger n'est pas tant dans le décalage entre l'imaginaire et le réel, ou dans les troubles de l'attachement, mais plutôt dans une distance insurmontable entre sa conception culturelle de la famille et l'imprécision de ce concept en France, qui se concrétise pour l'enfant par une « non-famille ». En ce sens, nous pouvons considérer que les enfants adoptés viennent interroger ce qu'est une famille française.

### **Phase exploratoire de la recherche**

Les résultats présentés dans cet article ont été obtenus dans le cadre de la phase exploratoire de notre recherche. Ils ne sont donc pas significatifs car la population étudiée est loin d'être représentative. Ils ne décrivent en aucun cas la situation générale des enfants adoptés à l'étranger en difficulté. L'intérêt de cette exploration est de préciser la problématique de recherche, de dégager des hypothèses, de construire le dispositif de recherche et d'affiner le cadre thérapeutique. A cette étape, nous n'étions que deux (une psychologue clinicienne et une étudiante en maîtrise de psychologie dont le mémoire porte sur ce thème) à animer la consultation gratuite en faveur des familles ayant adopté un enfant à l'étranger présentant des troubles psychologiques. Les parents et les enfants ont tous été informés de la recherche en cours. Ils se sont réjouis de pouvoir y contribuer et ont donc accepté sans difficulté d'être enregistrés. Nous avons systématiquement cherché à connaître leurs théories personnelles des troubles manifestés par l'enfant et les solutions envisagées. Nous nous sommes également intéressé à leur parcours d'adoption et à son vécu, en insistant sur les motivations de chacun des parents et la rencontre initiale avec l'enfant. Quant à l'adopté, nous l'avons minutieusement interrogé sur son intégration dans son pays d'accueil. Enfants et parents ont été, à cette phase de la recherche, de précieux partenaires.

### **Tableau clinique**

De décembre 2004 à avril 2005, six familles ont été reçues en consultation au centre Devereux. Leurs enfants, âgés de 9 à 21 ans (une fille et cinq garçons), originaires de divers endroits du monde (Afrique, Asie, Europe centrale, Haïti), ont été adoptés entre l'âge de 6 mois à 6 ans. Ces enfants ont en commun le fait d'avoir été soustraits, grâce à leur adoption, à une grande misère et à une mort probable. Sur ces six familles, qu'elles soient conjugales ou monoparentales, cinq ont des enfants biologiques et ont adopté un ou plusieurs enfants par conviction humanitaire. Une seule a donc eu recours à l'adoption pour cause de stérilité du couple. Elles vivent en région parisienne comme en Province.

- Troubles psychologiques

Aphasie, dyslexie, dysgraphie, bégaiement... La sphère cognitive est fréquemment touchée, avec des troubles qui peuvent handicaper et compromettre les apprentissages et l'insertion scolaire. Ces difficultés langagières peuvent s'accompagner de troubles de l'attention et de la concentration, affectant la mémoire (fréquents oublis dans la vie quotidienne, peine à apprendre par cœur, problèmes d'accès au lexique, etc.). Ces phénomènes compromettent davantage encore les apprentissages scolaires. D'autres enfants ne présentant pas ce type de désordres sont néanmoins en grande difficulté scolaire car ils désinvestissent l'école. Ils manifestent de l'inquiétude devant les attentes en terme de réussite scolaire (venant de leurs parents, des enseignants ou tout simplement de leur propre exigence), et supportent mal la compétition, l'évaluation de leurs capacités, etc. Ces enfants peuvent avoir connu une certaine réussite scolaire, s'être montré

motivés et brillants aux débuts de leur scolarisation. A l'occasion de l'entrée au collège ou au lycée, un désinvestissement massif de l'école peut survenir, sur le mode de l'évitement (fugues scolaires et absentéisme chronique).

La sphère somatique est fortement atteinte chez de nombreux enfants, et ce dès l'arrivée de l'enfant dans sa famille. Les troubles du comportement alimentaire (mise en réserve de nourriture) cèdent rapidement grâce aux nouvelles conditions de vie. Les troubles du sommeil, les terreurs nocturnes et les cauchemars perdurent plus durablement. Lorsque les choses s'améliorent, ces enfants dorment peu, déambulant fréquemment jusqu'à des heures tardives et se levant à l'aube. Le corps est le terrain de manifestations que la médecine peine à expliquer, surtout s'agissant des problèmes de peau (boutons, démangeaisons inexpliquées et constantes, urticaire). La peau est aussi le lieu où subsistent des traces de la vie passée de l'enfant (brûlures de cigarette, cicatrices consécutives à de la maltraitance ou de la torture). De ce fait, le rapport à leur corps, en particulier à leur couleur de peau, peut être complexe et teinté d'ambivalence. En effet, une caractéristique de l'adoption à l'étranger est que les enfants adoptés n'ont pas toujours la même couleur de peau que les autres membres de la famille. Certains enfants témoignent ainsi de leur déception lorsqu'ils comprennent qu'ils ne deviendraient pas blancs ; d'autres refusent de se résigner et espèrent longtemps la transformation, l'un d'entre eux frottant sa peau colorée avec des lingettes d'eau de javel.

- Troubles psychiatriques

Pour les enfants pris en charge par la psychiatrie, les prescriptions médicamenteuses ont pour indication la dépression (antidépresseurs, anxiolytiques) ou la psychose (neuroleptiques antipsychotiques). La tristesse, l'anxiété et l'envie de mourir sont fréquemment verbalisées par des enfants qui disent se sentir mal dans leur peau et dans leur vie. Cette dépression se manifeste sous forme de crises de larmes et de menaces/tentatives de suicide.

Le diagnostic de psychose ou de schizophrénie est réservé, au regard du jeune âge des patients. Cependant, les enfants prennent des neuroleptiques pour limiter les hallucinations et les crises de violence qu'ils présentent. Nous nous sommes interrogés sur le statut de ces épisodes, qui ressembleraient à des reviviscences traumatiques. Ces enfants, quand ils ne parviennent pas à contrôler ce mécanisme, sont alors plongés dans un état de frayeur.

### **Problématiques abordées**

- Le sauvetage d'enfants

Cette idée que l'adoption internationale serait un sauvetage d'enfants se développe autour de deux thématiques dans les entretiens : d'une part les parents ayant adopté ont une motivation profonde à tenter de rétablir une certaine forme de justice dans le monde, un désir d'engagement social et un idéal républicain d'égalité des chances ; d'autre part, le vécu tragique des enfants et leurs récits nous donnent à voir les risques vitaux qu'ils ont véritablement encourus.

### **S'il suffisait d'aimer...**

Tafari est né en Ethiopie. Après la mort de sa mère alors qu'il était encore bébé, son père s'est remarié avec une femme qu'il considère comme sa seconde mère. Vers l'âge de 4 ans, il assiste, caché derrière un camion, au massacre de son village et à la mort de son père, sa belle-mère et probablement son frère. Il est recueilli par une tante qui, trop pauvre pour supporter cette charge supplémentaire, le confie à un orphelinat en vue d'une adoption. Il est adopté à 5 ans par un couple ayant déjà deux enfants. Ces parents souhaitent adopter en Afrique, sensibles depuis toujours à la misère dans laquelle y vivent les enfants. A son arrivée à l'aéroport, il est gravement dénutri, il a un tympan percé, sa peau est très altérée par des lésions cutanées (plaques, mycoses) et il souffre d'une hépatite B qui sera rapidement diagnostiquée. Aujourd'hui, Tafari a 9 ans et a tissé un lien d'amour intense avec les membres de sa nouvelle famille. Mais le monde des origines reste très présent dans ses rêves, ainsi que dans la journée. C'est un enfant intelligent qui s'évade constamment dans son monde (faisant vivre son village et l'Ethiopie dans sa tête) ; il rencontre des problèmes de concentration, de mémoire et de langage, qui le rendent distrait, rêveur et compromettent sa réussite scolaire.

Jusqu'à 4 ans ½, Francis a vécu avec sa mère en Haïti. Tombée gravement malade, celle-ci est alors décédée. Livré à lui-même, Francis s'enfuit et erre de refuge en refuge (cimetière, église). Il va vivre ainsi dans la rue, manger dans les poubelles et subir des violences de la part des adultes et des autres enfants, pour finalement être pris en charge par une association. Il est hospitalisé pour cause de dénutrition sévère, puis rejoint une famille d'accueil dans laquelle il est maltraité à nouveau. Il devient leur « esclave », il est battu, fouetté, « mis sur des piques »... A plusieurs reprises, il a l'impression qu'il va mourir. Après un passage dans un orphelinat, il est adopté alors qu'il a 6 ans ½ par un couple hypofertile déjà parents d'une fillette de 9 ans. Ils souhaitent donner une chance à un enfant en difficulté, un garçon de préférence, sachant que les garçons sont moins adoptés que les filles. A son arrivée, Francis est craintif à l'égard des blancs, il pense que « les noirs sont sales, ils puent » ; on lui a dit en Haïti que ses parents ne le garderaient pas s'il faisait pipi au lit. Il est saisi d'accès de violence, d'envies de mourir, fait des cauchemars. Malgré une hospitalisation récente en psychiatrie, il reste scolarisé et partage une relation d'amour intense avec ses parents et sa sœur.

### **Le désenchantement des enfants adoptés**

Les enfants adoptés décrivent le monde dans lequel ils vivent comme inhospitalier, intolérant et effrayant. D'un côté, le monde extérieur fait peur et apparaît plein de dangers, les liens sociaux sont difficiles, et mettent en scène la différence de l'enfant. De l'autre côté, les contacts avec les familles élargies (oncles, cousins, grands-parents, etc.) sont très limités, parfois totalement inexistantes pour cause de ruptures qui peuvent être anciennes. Ces contacts sont marqués par la difficulté pour l'entourage d'accepter le bien-fondé de la démarche d'adoption ou par du racisme.

Huan Pierre a été adopté au Vietnam alors qu'il avait 4 ans par une femme vivant seule, déjà mère d'une fille de 12 ans. Enfant des rizières, ayant vécu dans un orphelinat, il est à son arrivée en France dans un état de santé très dégradé (trachome, etc.). Sa situation se complique avec des allergies alimentaires qui l'isolent des autres enfants, plongeant sa mère dans une vigilance permanente. De par son histoire, ses façons de faire et sa couleur, Huan Pierre se sent différent, étranger et est effrayé par le monde qu'il découvre. Quand sa mère souhaite qu'il suive des cours de vietnamien pour ne pas perdre sa langue maternelle, il se retrouve parmi des vietnamiens du Sud, alors qu'il est originaire du Nord. Il peine à apprendre le français et sa scolarité est rapidement entravée. Venu en France avec pour mission de réussir à l'école et de manger à sa faim, il a l'impression de ne pas être à la hauteur. A 14 ans, Huan Pierre a peu d'amis, sa mère est en rupture avec sa propre famille, qu'il connaît à peine, et il vit dans un monde bien différent de celui qu'il a quitté, les bandes d'enfants et les rizières. Il rêve de liberté, même s'il reste effrayé par la ville et ses dangers.

Luc a aujourd'hui 21 ans et vit avec sa mère à Rouen. Il a été adopté à l'âge de 6 ans à Madagascar, où il a subi des maltraitances graves et a vécu dans la rue. Aujourd'hui encore, des traces rouges ressemblant à des griffures apparaissent périodiquement sur son dos et ses jambes, et brûlent sous l'eau chaude. Pour cet enfant martyrisé, l'adoption n'a pas tout effacé de ses souffrances. Son père, déjà très handicapé au moment de son arrivée, est décédé il y a deux ans. Luc trouve sa vie triste ; constamment inquiet, il a peur des lieux publics et évite de sortir, souffrant des réactions racistes à son égard. Depuis qu'il a 12 ans, il a fait huit tentatives de suicide, il est soigné pour une dépression majeure. Sa mère ayant très peu de contacts avec sa propre famille, il dit sa profonde déception de ne pas avoir trouvé « une vraie famille », regrette de ne pas avoir de frères et sœurs, et reproche à sa mère de l'avoir adopté.

### **Construire un monde commun**

Ce sauvetage d'enfants encouragé par les politiques et les professionnels de l'adoption, allant de surcroît dans le sens de la Convention internationale des droits de l'enfant<sup>45</sup>, pose un certain nombre de problèmes connus de tous :

---

<sup>45</sup> Articles 20 et 21 de la *Convention internationale des droits de l'enfant*, ONU, 1989. Texte intégral : <http://www.droitsenfant.com/cide.htm>

- ces enfants, issus de pays confrontés à la misère et à la guerre, sont, pour la plupart d'entre eux, fragilisés par des traumatismes multiples, et ont séjourné parfois durablement dans des institutions du type orphelinats. Ils présentent davantage de risques que les autres de présenter des troubles psychologiques sévères à l'adolescence ;
- souvent plus âgés, il est difficile d'ignorer leurs attachements antérieurs à l'adoption ;
- ils vont donc nécessiter des soins médicaux et psychologiques conséquents. Les parents le savent et prennent cet engagement en connaissance de cause. Mais lorsque les troubles surviennent, et malgré tous les efforts déployés (psychothérapies, création d'associations venant en aide au pays de l'enfant, soutien scolaire, apprentissage de sa langue maternelle...), le sauvetage est vécu comme un échec. Les parents se sentent coupables de n'avoir pas pu sauver leur enfant ; ils sont souvent soupçonnés de n'avoir pas été à la hauteur, voire même accusés de ne pas être de bons parents. Comment nous étonner qu'ils soient d'abord dans un refus de voir la pathologie, puis contraints par la force des choses, de se battre seuls, sans soutien, jusqu'à l'épuisement psychologique et physique ?

Cette lutte pour « réussir » le sauvetage et donc l'adoption de leur enfant se retourne à leurs dépens, en exerçant sur l'enfant ou l'adolescent encore davantage de pression psychique, insoutenable pour un être déjà vulnérabilisé.

Cet idéal, pour s'incarner et devenir un engagement, devrait pouvoir être questionné en profondeur et soutenu par une réflexion sur le type de famille qu'il construit. Nous sommes donc convaincus que ce désir de sauver un enfant en danger est une modalité pour établir un lien affectif intense et une proximité immédiate avec un étranger. Nous aurons à analyser la pertinence de ce mécanisme et ses conséquences.

Intervenir sur le désenchantement de ces enfants nécessite de prendre en compte leurs attachements antérieurs à l'adoption ainsi que leurs théories personnelles sur la famille. La confrontation avec ceux de leurs parents adoptifs pourra ensuite permettre d'ouvrir une négociation pour construire un monde commun.

La recherche-action que nous venons de mettre en place depuis la dernière rentrée universitaire répondra à ces objectifs ; elle se déroulera sur deux ans et proposera un renforcement du dispositif thérapeutique actuel par l'accueil d'un ethnolinguiste ou d'un spécialiste des troubles du langage, ainsi que par un médiateur ethnoclinicien.

© Photo de couverture du photographe autrichien Reiner Riedler  
*La petite Christina, orpheline, dans la pouponnière d'Etat de Konotop (Nord de l'Ukraine).*

Sandrine Dekens - 1, avenue Gambetta - 75020 Paris - France

Tél. : 01 43 72 47 12 - Mob. : 06 27 26 22 71

Email : [sandrine.dekens1@libertysurf.fr](mailto:sandrine.dekens1@libertysurf.fr)

## Résumé /

Ce travail de recherche porte sur les troubles psychologiques présentés par les enfants adoptés à l'étranger par des familles françaises. Après avoir dressé un état actuel de la question à travers la littérature des études que la psychologie consacre à ces enfants, et passé en revue les théories étiopathogéniques, nous montrerons que l'adoption plénière à l'étranger constitue une expérience unique pour enfants et parents. En effet, cet événement de vie présente des caractéristiques susceptibles d'expliquer la survenue de troubles psychologiques. D'une part, le système de l'adoption internationale permet de faire famille selon le modèle de la famille biologique, et il offre d'autre part un « avenir meilleur » à des enfants venus des pays pauvres. C'est ce système que nous interrogeons, en tant qu'il fait se rencontrer des enjeux de filiation et de « sauvetage ». Ainsi, les motivations des acteurs (parents biologiques et adoptants), et les stratégies des différents groupes dont ils sont issus (pays pourvoyeurs et receveurs), exerceraient une pression à la réussite sur l'adoption. Soumis à cette pression et pris dans un univers de contradictions, ces enfants présentent un tableau clinique spécifique. Il est alors possible d'évoquer une nouvelle entité psychopathologique : un trouble de l'adoption.

Orientée vers la prévention et la psychothérapie, cette recherche propose des pistes pour penser la parenté et la filiation adoptives à partir de leurs spécificités.

**Mots-clés :** Adoption internationale, Psychopathologie, Trouble de l'adoption, Événement de vie, Filiation.