

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I
DEPARTEMENT DE BIOLOGIE HUMAINE

MASTER HPDS

Unité d'Enseignement
Anthropologie, Ethnologie et Sociologie de la Santé

Année Universitaire 2009-2010

Mémoire Bibliographique présenté par : Marion BOUTY

Soutenu le 22 Septembre 2011

Troubles de l'Attachement et Difficultés d'Adoption

Sous la responsabilité de Mathilde SIMOENS

Laboratoire d'Anthropologie Anatomique et Paléopathologie

Site web: <http://anthropologie-et-paleopathologie.univ-lyon1.fr>

Troubles de l'Attachement et Difficultés d'Adoption

SOMMAIRE

Introduction	4
1. La Construction du lien affectif	6
1.1. Le développement psychologique de l'enfant	6
1.2. La relation mère-enfant pendant la première année de la vie.	10
1.3. La Théorie du lien d'attachement	16
2. L'adoption, une filiation pas comme les autres	26
2.1. Législation des filiations adoptives	26
2.2. Représentations de l'adoption	29
2.3. Le devenir des enfants adoptés	34
3. Les troubles de l'attachement	40
3.1. Des études troublantes: l'hospitalisme de Spitz	40
3.2. Difficultés et Echecs d'adoption	44
3.3. Les mécanismes de défense de l'enfant abandonné	51
3.4. Comment éviter les échecs ou les difficultés d'adoption	55
4. Quelques remarques illustratives issues de l'ethnologie	59
4.1. L'attachement dans différentes sociétés	59
4.2. Adoption et Adoption dans d'autres cultures: exemple de la circulation d'enfants dans la société Kanake.	63
Conclusion	68
Bibliographie	70
Table des matières	76

INTRODUCTION

« Lorsqu'une mère adopte, elle ne se charge pas d'un enfant, mais d'un problème » (Winnicott, 1957)⁴⁷. Loin de tous les clichés actuels de l'adoption, D.W. Winnicott pointe dans son livre une des difficultés de l'adoption: l'enfant qui arrive n'est pas un enfant vierge de toute histoire, mais un enfant avec un passé plus ou moins lourd et souvent une carence affective importante, pouvant entraîner des troubles de l'attachement.

Les troubles de l'attachement sont une affection mentale, reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé, et ainsi définis par la «présence d'anomalies persistantes du mode de relations sociales de l'enfant, associées à des perturbations émotionnelles, et se manifestant à l'occasion de changements dans l'environnement [...]. La survenue du syndrome est probablement liée directement à une carence évidente, à des abus ou à des mauvais traitements de la part des parents» (OMS, Internet 1). Ces anomalies peuvent se manifester par exemple par une inquiétude et une hyper-vigilance, une réduction des interactions sociales avec les autres enfants, une auto- ou une hétéro-agressivité, une tristesse, et, dans certains cas, un retard de croissance.

Cette pathologie semble assez peu connue en France et a fait l'objet d'études principalement au Canada.

Toutefois, certains parents, notamment des parents adoptifs, se sont questionnés sur les troubles de comportement dont souffraient leurs enfants. Les enfants adoptés semblent en effet pouvoir être, de par leur histoire, plus facilement atteints de cette pathologie.

Ainsi, aujourd'hui, quelques associations de soutien aux parents d'enfants souffrants de troubles de l'attachement existent. De même, plusieurs livres témoignent des difficultés de familles adoptives avec leur enfant. Certains professionnels évoquent également ces problèmes.

Les troubles de l'attachement sont donc sortis de l'anonymat, mais du chemin reste à parcourir pour que les parents adoptifs et futurs parents adoptifs adoptent en connaissance de

cause, sans imaginer que lorsque l'enfant sera «enfin» dans la famille, le lien se créera sans difficulté, puisqu'eux-mêmes ne font pas de distinction entre lien de sang et lien de coeur.

Ce sujet m'a intéressé quand j'ai eu connaissance des difficultés qu'avaient des membres de mon entourage avec leurs enfants adoptés. Je me suis renseignée et ai alors été surprise que, bien que connus depuis les années 1950 avec le psychiatre et psychanalyste John Bowlby, les troubles de l'attachement ne fassent pas l'objet d'une plus grande information des familles, mais aussi des professionnels.

J'ai ainsi fait ce mémoire pour comprendre les liens réels entre Abandon, adoption et troubles de l'attachement.

Dans une première partie, nous aborderons la question du développement de l'enfant. Il paraît en effet primordial de comprendre le développement psychologique sain de l'enfant avant d'essayer de percevoir les mécanismes entrant en jeu dans les troubles de l'attachement. Nous tenterons ensuite de comprendre comment se fait la filiation dans l'adoption.

Puis nous étudierons les troubles de l'attachement au travers de différentes études et témoignages.

Enfin, la dernière partie questionne l'universalité de la notion d'attachement, et permet d'illustrer les problématiques des troubles de l'attachement dans d'autres types de transfert d'enfant, ce qui pourrait permettre de trouver des pistes pour mieux prendre en charge les enfants adoptés.

1. La construction du lien affectif.

1.1. Le développement psychologique de l'enfant.

Le développement psychologique de l'enfant peut être décrit par stade. Les « organisateurs » de Spitz sont des processus de transition. Selon les mots de l'auteur, ce sont des « transformations fondamentales permettant de passer d'un stade à un autre » (Spitz, 1993)⁴⁴. Les transitions sont des moments d'instabilité et de fragilité par rapport aux stades. Chaque période transitionnelle a ses propres moyens adaptatifs spécifiques à l'âge donné. Un traumatisme donné pendant une transition donnée aura des conséquences spécifiques.

Ainsi, une rupture affective lors d'une période de transition pourra avoir de graves conséquences sur le développement de l'enfant.

Nous allons étudier ici différents stades-clés du développement de l'enfant.

1.1.1 . La première année de vie

Lors de l'accouchement, le bébé passe d'une totale dépendance, littéralement fusionnelle, à une obligation d'autonomie. Après la naissance, l'enfant apprend à se nourrir, se chauffer, se ventiler seul...

Si la naissance a longtemps été décrite comme un épisode traumatisant, notamment par Freud, n'est-ce pas en réalité cette rupture, l'évènement traumatisant?

Lors du stade oral, le premier stade décrit, tout passe par la bouche : le nouveau-né va téter spontanément, sans l'avoir appris. En termes de motricité, la bouche est en avance sur le reste du corps.

L'enfant cherche à s'imprégner du monde extérieur, à mettre les choses extérieures à l'intérieur de lui, à se les approprier...

La fonction orale lui donne du plaisir, un plaisir qui se détache du plaisir alimentaire (les tétines, par exemple, permettent ce plaisir de la tétée...)

1.1.1.1. Le stade oral primitif ou narcissique primaire (de 0 à 6 mois)

Il se passe avant la formation des dents. L'enfant est mu par la pulsion orale, pulsion due à la pensée de la faim.

La mère est alors considérée comme un objet partiel. Elle n'est pas reconnue comme une autre personne, avec une pensée différente. Le nouveau-né l'imagine à son service...

La mère répond instantanément aux besoins de l'enfant ce qui lui donne un sentiment d'exclusivité, de puissance : c'est presque magique... La mère est comme une extension de sa pensée... Elle est un intermédiaire entre le monde extérieur et lui-même.

Le narcissisme primaire correspond à cette illusion de l'enfant, qu'il se suffit à lui-même, puisqu'il ne se distingue pas de sa mère. L'enfant est totalement comblé et n'a pas besoin de construire à l'extérieur. Ce n'est qu'au bout de quelques semaines que l'enfant se rendra compte que c'est une source extérieure, qui est à l'origine des réponses à ses besoins : « dans les six premières semaines, une trace mnémonique du visage humain s'imprime dans la mémoire du nourrisson, comme premier signal de la présence de la personne qui gratifie ses besoins » (Spitz, 1993)⁴⁴.

Pendant cette période, l'enfant est donc dépendant à l'extrême de sa mère. Nous verrons plus loin que la mère n'est pas seulement une source de contentement physique, grâce aux soins prodigués, mais finalement avant tout une présence rassurante, un «territoire connu».

On peut dès à présent imaginer les conséquences d'une séparation de ce couple, cette dyade si fusionnelle lors de l'abandon de l'enfant, si aucun substitut maternel convenable n'intervient. Il s'agit principalement d'enfant souffrant alors d'hospitalisme. Ce fut le cas des enfants placés dans les orphelinats roumains par exemple.(Dayan, 2008)⁸

Au troisième mois, se met en place le premier organisateur de Spitz : l'enfant a une réaction de sourire face au visage de sa mère. C'est une réaction anticipatoire : il relie l'apparition du visage humain à la satisfaction imminente d'un besoin.

1.1.1.2. Le stade oral tardif ou cannibalique ou la relation anaclitique (de 6 à 12 mois)

Il commence avec l'apparition des dents. C'est une période ambivalente: d'un côté il a besoin de sa mère, de son sein, mais il va également pouvoir lui faire mal, la mordre...

La relation entre la mère et l'enfant commence à prendre une place très importante. Le nouveau-né va en effet commencer à distinguer les moments où il est seul et ceux où sa mère est présente. Il la conçoit alors comme un être à part entière.

Au huitième mois, se met en place le deuxième organisateur de Spitz avec l'angoisse de séparation... L'enfant ne supporte pas d'être séparé de sa mère et pleure quand il est dans des bras étrangers. Ce n'est pas la vue d'un visage étranger qui angoisse l'enfant mais bien la disparition du visage de sa mère.

Il reconnaît alors, non seulement le visage humain, mais plus spécifiquement celui de sa mère. Cette reconnaissance est aussi assurée par l'olfaction.

1.1.2. La deuxième année de vie: le stade anal

L'enfant prend son indépendance avec le début de la marche. Il commence à contrôler son corps, et notamment ses sphincters, à parler, penser...

Dans les premiers mois, l'enfant crie, babille. Le babil s'entretient grâce à l'interaction de l'enfant avec sa mère. On le remarque notamment chez l'enfant sourd qui cesse progressivement de babiller car il ne peut entretenir cette interaction. En effet, «le bébé sourd babille normalement par le simple jeu des organes phonateurs [mais] privé du plaisir de s'entendre, l'enfant cesse de babiller » selon l'Association Médicale Indépendante de Formation (Internet 2)

C'est un stade de maîtrise de soi, les préoccupations sont centrées sur l'Anal, la fonction de déchetterie, du plaisir, du contrôle, de la récompense. La muqueuse ano-rectale est un lieu d'excitation, de plaisir, de pulsion.

1.1.2.1. Le stade sadique Anal

L'arrivée des selles est un moment d'excitation suivi de l'expulsion. Cette expulsion fait plaisir à ses parents et l'enfant à ainsi une impression de puissance sur eux. S'il garde ses fèces, ses parents s'inquiètent... Le caractère dit anal de certaines personnes reprend ces caractères : elles font languir l'autre afin de posséder un certain contrôle sur lui.

L'encoprésie, ou incontinence anale, est un symptôme assez fréquemment retrouvé chez les enfants souffrant de pathologies du lien affectif, et notamment, dans ce qui nous intéresse, de troubles de l'attachement. Ce symptôme ne pourrait-il pas être une sorte de régression de l'enfant, qui retrouve alors ce contrôle sur soi-même et ainsi sur les autres?

1.1.2.2. L'opposition

Au stade anal, l'enfant apprend à dire non, il s'oppose. C'est le troisième organisateur de Spitz. Il associe le geste et le mot « non ».

1.1.3. Les autres stades

Après le stade phallique, pendant les troisième et quatrième année de vie, vient le stade oedipien, jusqu'à la fin de la cinquième année.

A ce moment-là, l'enfant se rend compte que sa mère a déjà quelqu'un dans sa vie. Il est déçu de cette séparation car jusque-là considérait la relation avec sa mère comme unique.

L'enfant va alors s'associer à son père ou à sa mère, à celui auquel il a envie de ressembler.

Il y a ambivalence, entre amour et hostilité.

On peut observer à cette période un attachement quasi maladif de l'enfant au parent, le plus souvent du sexe opposé.

On observe par la suite une phase de latence jusqu'à l'adolescence.

1.2. La relation mère-enfant pendant la première année de la vie

L'homme peut être qualifié d'animal nidicole, c'est-à-dire ni mûr, ni capable d'assurer sa survie à la naissance.

C'est sa mère qui va lui permettre de terminer son développement. Le but de ce chapitre est d'étudier le rapport entre la mère et l'enfant pendant la première année de la vie.

1.2.1 Un couple singulier et asymétrique.

L'enfant et la mère représentent un couple totalement inégal. La mère est active, puissante quand le bébé est passif et totalement dépendant. Cependant, la relation entre ces deux êtres, le lien qui va les impliquer, sera aussi important pour l'un que pour l'autre. Si l'enfant a matériellement besoin de sa mère pour survivre, la mère aura elle aussi, à sa manière, besoin de son enfant, besoin de ce lien. La relation mère-enfant est définie comme « un lien asymétrique entre deux être totalement inégaux » et est considérée comme « la base de toutes les relations sociales ultérieures ». (Spitz, 1993)⁴⁴.

La mère est la représentante du monde pour son enfant. Elle entoure son enfant tout en élargissant son horizon. Elle forme le lien entre le monde et lui. Elle permet au nourrisson de se construire graduellement une image cohérente de ce qui l'entoure.

« Dès le commencement de la vie, c'est la mère [...] qui médiatise chacune de ses perceptions, de ses actions, de ses intuitions, de ses connaissances » (Spitz, 1993)⁴⁴

La relation entre ces deux individus est presque isolée du monde.

Dans ce couple singulier, qu'on nomme aussi dyade (le terme a d'abord été employé par Georg Simmel, (Simmel, 1908)⁴¹) naît un dialogue tout aussi particulier, formé d'une succession de cycle action-réaction-action. Il permet la transformation de stimuli sans signification en signaux significatifs, le tout dans un contexte émotionnel spécifique.

Par exemple, l'enfant ressent la faim. Il pleure, sa mère le nourrit alors et les pleurs cessent. Le stimulus ressenti par l'enfant c'est-à-dire la faim, va trouver son sens dans l'action, dans la réponse maternelle.

L'enfant va très vite tenir compte de son expérience et modifier ainsi son comportement. Dès le huitième jour, on peut observer les stigmates d'un comportement plus actif, mieux dirigé.

En effet, à la fin de la première semaine, si on soulève un enfant nourri au sein de son berceau en le plaçant dans la position de tétée (c'est-à-dire horizontalement), le nourrisson va tourner la tête vers la poitrine de la personne qui le tient, que cette personne soit femme ou homme.

Dans la position verticale, il ne tournera pas la tête (expérience menée par Charlotte Bühler et décrite dans *Kindheit und Jungen*, 1928 et rapportée par Spitz, 1993)⁴⁴.

Il est intéressant de remarquer que lors de la tétée, l'enfant tient son regard fixé sur sa mère.

Figure 1. L'enfant a le regard fixé sur sa mère lors de la tétée.
Statue Masai (Internet)



En l'absence de stimulation, l'enfant va assez vite abandonner les efforts, ce qui pourra entraîner un retard dans le développement moteur.

De son côté, la mère développe une sensibilité centrée sur son enfant. C'est ce que Freud appelle par exemple « Le sommeil de la nourrice » (Freud, 1900)¹⁴ : la mère peut dormir calmement malgré le vacarme citadin, mais s'éveillera au moindre gémissement de son enfant.

1.2.2. Le stade préobjectal et l'apparition du *Gestalt*-signe.

Au deuxième mois, l'enfant suit le visage du regard. Le visage devient, selon les mots de Spitz, « un percept privilégié que l'enfant préfère à toutes les autres « choses » de son entourage » (Spitz, 1993)⁴⁴

Au troisième mois, on observe la première réponse active de l'enfant : il sourit au visage. C'est une manifestation dirigée et intentionnelle. Cette réponse est spécifiquement humaine.

Cette réponse n'est en réalité pas une réponse à une personne, mais une réponse à un stimulus. Le nourrisson sourit d'ailleurs à tout visage se présentant à lui, sans distinction (sans même distinction de race, de couleur, d'après les expériences de Spitz). Il répond donc à un signe, qu'Ahrens appelle le *Gestalt*-signe (littéralement figure-signe) (d'après Spitz, 1993)⁴⁴

Cette réponse spécifique n'a lieu que si le visage est présenté de face, c'est-à-dire si les enfants voient les deux yeux, et s'il y a mouvement que ce soit un hochement de tête ou un mouvement de la bouche. Spitz et Wolf ont pu déterminer empiriquement que le Gestalt, la forme reconnue, est formé par le front, les yeux et le nez. (Spitz et Wolf, 1946)⁴⁵

D'un point de vue psychanalytique, le Gestalt-signe est un préobjet : il est considéré comme une entité différente de l'enfant qui va le reconnaître par ses caractères secondaires.

De plus, ce n'est pas un élément essentiel (contrairement à la nourriture, au sein par exemple).

Pour Spitz (*De la Naissance à la Parole*), « L'apparition de la réponse par le sourire marque le début des relations sociales chez l'homme. Elle constitue le prototype de base de toutes les relations sociales ultérieures. » (Spitz, 1993)⁴⁴

La réaction au Gestalt-signe constitue le premier organisateur de Spitz. Les organisateurs, au nombre de trois, sont des marqueurs de transition entre différents stades de développement.

1.2.3 Du stade objectal à l'angoisse du huitième mois.

C'est vers 6 mois que l'enfant va commencer à concevoir la notion d'objet avec la reconnaissance d'un visage particulier au milieu d'autres. Cette étape est appelée stade objectal.

On observe alors à ce moment-là, une réponse sélective de l'enfant, c'est-à-dire qu'il ne va sourire qu'aux personnes qu'il connaît (sa mère et les personnes dites amies).

Plus tard, l'angoisse du huitième mois est liée à la peur de la perte de sa mère. L'enfant pleure face à un inconnu, non pas par peur de l'inconnu, ou d'un éventuel danger mais en réaction à la disparition de la mère (qui disparaît alors du champ de vision).

C'est un point important de la théorie de sécurité de William Blatz : la présence de la mère rassure suffisamment l'enfant pour qu'il puisse explorer son univers. C'est le principe de la base de sécurité, à laquelle l'enfant revient lorsqu'il y a un inconnu ou un danger... (Guédeney & coll., 2009)¹⁸

L'angoisse du huitième mois forme le deuxième organisateur de Spitz.

1.2.4. La relation dyadique : influences mère-enfant.

La dyade est décrite comme une « foule à deux » par Freud (Freud, 1921)¹⁶

En effet, même si on peut considérer cette relation comme isolée du reste du monde, la mère filtre certes, mais fait également passer les influences de son environnement à son enfant.

Les statistiques donnent le troisième mois comme celui du sourire en réponse au Gestalt-signé et le sixième mois comme le début d'une réponse spécifique mais les moyennes cachent des écarts importants et l'expérimentation de Spitz montre un enfant qui au 26ème jour souriait au visage alors qu'un autre atteignait le 6^{ème} mois sans cette réponse.

Cela dépend de la mère et de l'enfant.

Par exemple, au niveau du comportement alimentaire, l'enfant peut être gros mangeur, petit mangeur, nécessitant d'être constamment encouragé, va faire ses nuits ou non... Ce comportement va influencer sur la relation dyadique. La mère, de son côté sera peut-être permissive, anxieuse,... et va elle aussi influencer sur la dyade. Les variations sont à la fois personnelles et inter-relationnelles.

Il faut bien prendre en considération, que, comme énoncé plus haut, la mère joue un rôle tampon entre l'environnement et l'enfant. Comme dit le Dr Spitz, « une grande partie de cet appareil [appareil perceptif, autrement appelé sensorium], vient de commencer son processus de maturation. C'est par conséquent l'attitude émotionnelle de la mère et ses affects qui serviront à orienter ceux de l'enfant et donneront vie à ses expériences » (Spitz, 1993)⁴⁴

L'environnement, donc en fait la mère, a des influences formatives sur le nouveau-né.

La mère est elle-même un stimulus déclenchant une réponse du nourrisson (stimulus conscient ou non, sa seule présence en est un). Par exemple, le nourrisson qu'on démaillote va faire des efforts envers sa partenaire, et le succès de ses efforts, c'est-à-dire une augmentation encore des interactions, augmente son plaisir. Il « répètera jusqu'à le maîtriser tout comportement lui ayant déjà réussi. Par contre, il abandonnera les actions qui se traduisent régulièrement par un échec » (Spitz, 1993)⁴⁴.

Un enfant négligé, n'obtenant aucune réponse à ses actions, abandonnera donc tout effort... Ceci expliquera par exemple les retards de développement moteur parfois observés chez les enfants souffrant de troubles de l'attachement.

Par ses interactions avec lui, la mère stimule donc son enfant.

On observe ainsi, un phénomène de conditionnement inconscient, par la mère. La mère préfère et facilite les actions de l'enfant qui lui plaisent : ses préférences auront une influence directrice et exerceront un « renforcement primaire » pour le développement de ce dernier.

Ces attitudes inconscientes émanent principalement de deux sources : les exigences maternelles se manifestant par les restrictions, et les « aspirations du surmoi », encourageantes.

1.2.5. Une mère « tout juste bonne »

Une bonne mère n'est pas une mère qui comble parfaitement tous les désirs de ses enfants. Certes, quand l'enfant est tout petit, elle les devance parfois, mais elle ne doit pas être dans une logique de perpétuel contentement de l'enfant.

Comme le dit Spitz, « priver un enfant de l'affect de déplaisir pendant la première année lui est aussi nuisible que le priver d'affect de plaisir ». (Spitz, 1993)⁴⁴

Il faut ajuster la balance afin d'obtenir un « équilibre du développement ». Plaisir et déplaisir ont un rôle d'égale importance dans le façonnement psychique.

Ce que Spitz met en avant, c'est tout simplement l'importance de la frustration. C'est la frustration insistante et répétée de la soif et de la faim qui forcera le bébé à devenir actif, à chercher et à incorporer sa nourriture au lieu de la recevoir passivement. La frustration permet l'évolution et le gain d'autonomie.

Freud le soulignait dans ses Essais de Psychanalyse (Freud, 1920)¹⁵ : « les sensations agréables n'ont en elles-mêmes aucun caractère de contrainte ou d'insistance tandis que les sensations désagréables possèdent ce caractère au plus haut degré. Elles tendent à imposer des modifications. »

1.2.6. L'acquisition de la marche et les changements relationnels qu'elle entraîne dans la dyade.

L'acquisition de la marche se fait vers la fin de la première année de vie (après le deuxième organisateur).

A présent qu'il sait marcher, l'enfant va mettre de la distance entre sa mère et lui, de sorte que l'intervention maternelle devra de plus en plus s'en remettre aux gestes et à la parole.

Jusque-là, la mère répondait ou non aux désirs de son enfant. Maintenant, elle est obligée de réfréner et d'empêcher les initiatives de son enfant. Les échanges entre les deux membres de

la dyade se feront donc principalement autour des poussées d'activité de l'enfant et surtout, autour des ordres d'interdictions de la mère.

L'enfant apprend ainsi le non, c'est le premier concept abstrait qu'il acquiert, associant le mot au geste.

« Chaque non de la mère représente une frustration émotionnelle pour l'enfant » selon Spitz (Spitz, 1993)⁴⁴.

1.3. La Théorie du « lien d'attachement »

John Bowlby est le premier auteur à parler de l'attachement entre la mère et son enfant. Il s'inspire pour cela de travaux d'éthologues, sur le monde animal, mais aussi de travaux de psychologie infantile comme les travaux de René Spitz.

Le Dr Spitz observe cette relation particulière entre l'enfant et sa mère, qu'il appelle la première relation objectale. Il remarque une « transformation progressive d'un état de non-relation, d'un lien purement biologique, en ce qui deviendra très probablement la première relation sociale de l'individu ». Il parle de passage « du physiologique au psychologique et au social », c'est-à-dire que pendant la période biologique (in utero), « la vie relationnelle du fœtus est purement parasitaire. Par contre, durant la première année, le nourrisson traversera une période de symbiose psychologique avec sa mère » (Spitz, 1993)⁴⁴.

Certains auteurs pensent que Spitz a surtout ouvert la voie « à l'idée que les interactions entre le bébé et sa mère pouvaient faire l'objet d'études expérimentales » (Montagner, 2006)³³. Au-delà de la découverte d'un nouveau champ de recherche, il a montré l'importance, à travers ses études sur l'hospitalisme, du lien mère-enfant, importance aussi vitale que la satisfaction des besoins physiques.

Nous verrons dans cette partie, comment Bowlby élabore sa théorie d'un attachement mère-enfant, et comment il en souligne l'importance dans la construction psychologique.

1.3.1. Des études des Ethologues...

La notion d'empreinte, pour les éthologues, pourrait être assimilée à la notion d'attachement dans la psychologie humaine.

Des études montrent que l'animal « s'attache » à sa mère en un lien unique, durable, que ce soit sa mère biologique ou une mère de substitution... C'est le cas particulièrement des oiseaux justement dits nidicoles. Ces oiseaux prennent sélectivement l'empreinte de leur mère au cours des heures suivant l'éclosion. Leur mère sera ainsi, pendant les premiers jours de vie, leur repère... Ils la suivent dans le moindre de ses déplacements.

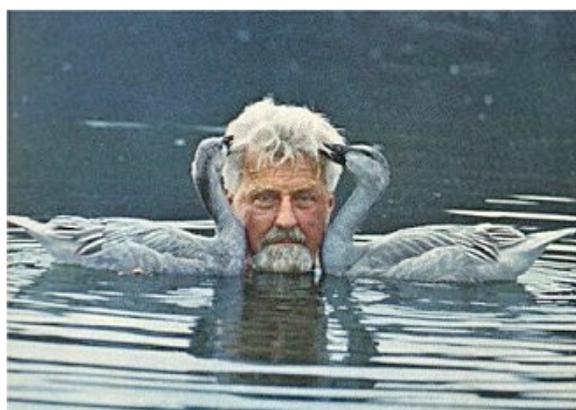
Ce phénomène permettrait au poussin d'apprendre à reconnaître sa mère en tant que mère et en tant qu'individu de la même espèce...

Des études vont même plus loin, suggérant que le jeune oiseau chercherait dans son futur partenaire sexuel, les mêmes caractéristiques que sa mère.

Une période dite critique est évoquée, pendant laquelle le jeune oiseau forme son empreinte... Au-delà de celle-ci, il ne serait plus capable de « s'attacher » à sa mère... Cette période est par exemple de 30 heures après la sortie de l'œuf chez la poule domestique.

En réalité, cette période est celle pendant laquelle, si la mère biologique est absente, l'oiseau trouve sa mère de remplacement, qui peut être tout objet en mouvement. Ainsi, Konrad Lorenz éleva des canetons qui s'attachèrent à lui, le suivant partout où il allait. (Guédeney & coll., 2009)¹⁸

(Fig. 2 . K o n r a d Lorenz nageant avec ses canetons. Internet)



Une autre étude intéressante est celle qu'Harry Harlow fit sur les macaques Rhésus. Il y montre l'importance d'un contact corporel de qualité dans la relation d'attachement, non tributaire d'une réduction de faim ou de soif. (Guédeney & coll., 2009)¹⁸

En effet, il élève des macaques séparés de leur mère dès la naissance, et isolé dans une cage. Dans cette cage, on trouve deux mannequins, dont le visage, identique, ressemble grossièrement à celui des macaques, l'un nu, fait de grillage métallique, l'autre recouvert d'un tissu-éponge.

La tétée se fait, selon l'expérience, aléatoirement par l'un au l'autre mannequin, par celui grillagé ou nu, ou par celui décrit comme habillé.

A 22 jours, si le jeune macaque a été nourri par le mannequin habillé, dans 100% des cas, quand on introduit dans la cage un objet étranger, il se réfugie sur le mannequin habillé. Le macaque nourri par le mannequin nu, se réfugiera, lui, dans seulement 60% des cas sur le mannequin nourricier.

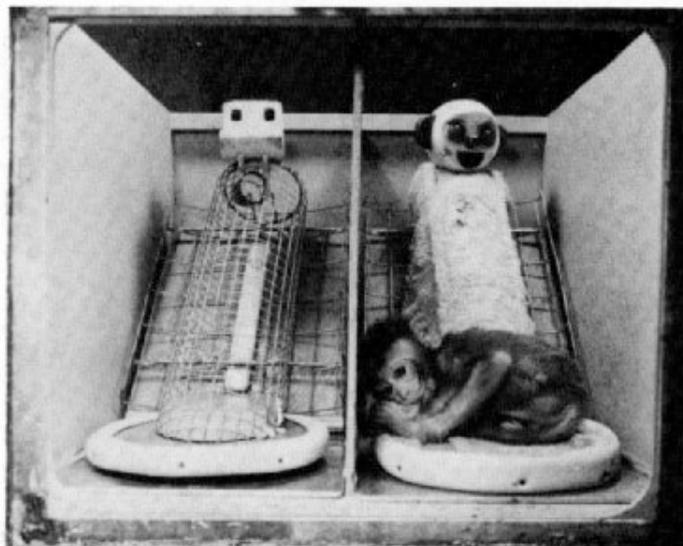


Figure 4. Wire and cloth mother surrogates.

Fig. 3. Macaque Rhésus et deux mannequins (Internet)

Le mannequin habillé, qu'il nourrisse ou non, devient une base de réconfort et de sécurité. Le macaque ne restera sur le mannequin nu que le temps de la tétée.

Quand on introduit un nouvel objet dans la cage, le macaque va « explorer » cet inconnu, tout en retournant régulièrement au mannequin. Si on ôte le mannequin habillé, ne laissant que le mannequin nu, on peut observer une réaction de détresse : « pleurs, balancements d'avant en arrière, accroupissements et sucements de pouce ou d'orteil ». Il « se rue à travers la cage et se jette sur le sol, le visage tourné vers le sol, étreignant sa tête et son corps, et gémissant de détresse ». (Montagner, 2006)³³

C'est à partir de ces études, que Bowlby se questionne sur l'attachement chez l'homme.

1.3.2.... Aux travaux de Bowlby.

Après la deuxième Guerre Mondiale, on s'interroge sur les questions de la perte et de la séparation de la mère et de l'enfant. En 1951, l'Organisation des Nations Unies demande à Bowlby un rapport sur la situation des orphelins : dans *Maternal Care and Mental Health*, l'auteur décrit les effets de la carence de soins maternel « qui donnent lieu ultérieurement à des relations affectives superficielles, à une absence de concentration intellectuelle, à une inaccessibilité à l'autre, au vol sans but, à l'absence de réaction émotionnelle » (Guédeney & coll., 2009)¹⁸

Le comportement d'attachement est défini par Bowlby comme un comportement inné. Pour Montagner, il s'agirait plutôt d'un phénomène d'apprentissage, de « mécanismes préformés [...] c'est-à-dire [de] mécanismes non appris à la naissance ou se mettant automatiquement en place à mesure que s'effectue la maturation du Système Nerveux. » (Montagner, 2006)³³

L'hypothèse de Bowlby est la suivante : « le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à sa mère. » (Bowlby, 2002)⁴ Par analogie aux découvertes éthologiques, Bowlby donne au comportement d'attachement une cause évolutionniste : pour survivre, le nouveau-né a besoin de sa mère.

En 1952, il engage James Robertson, un travailleur social, qui réalise deux films, *A two years old goes to Nursery* et *John goes to Nursery*. Ces films montrent les trois phases évolutives de la séparation durable chez le jeune enfant, décrites par les deux collègues : protestation, désespoir et détachement.

La protestation est immédiate ou retardée de quelques heures à une semaine en moyenne : « le jeune enfant manifeste vivement sa détresse d'avoir perdu sa mère, cherche à la recouvrer en exerçant pleinement ses ressources limitées. L'enfant pleure souvent à grands cris, secoue son berceau, se jette de tous les côtés et se tourne avec ardeur vers tout ce qui se présente à sa vue ou sollicite son ouïe. Il rejette toutes les autres figures qui s'offrent à faire des choses pour lui. Certains, au contraire se cramponnent désespérément à une infirmière par exemple. » (Bowlby, 2002)⁴.

Puis vient la phase de désespoir : l'enfant, encore préoccupé par l'absence de sa mère commence également à perdre espoir : « les mouvements actifs diminuent ou prennent fin, l'enfant pleure sur un mode monotone ou intermittent, il est replié et inactif ». On l'assimile à un deuil profond. L'enfant n'a alors aucune exigence à l'égard des personnes constituant son environnement. On le considère parfois, par erreur, comme une baisse de la détresse...

La phase ultime est le détachement. Souvent considéré comme un signe de guérison, « l'enfant ne rejette plus les infirmières, accepte soin et nourriture ». Il peut même « paraître social et souriant ». (Bowlby, 2002)⁴

Quand il reçoit une visite de sa mère l'enfant « paraît à peine la reconnaître, reste lointain et apathique. Il se détourne et semble avoir perdu tout intérêt pour elle ». L'enfant perd ainsi tout comportement d'attachement. (Bowlby, 2002)⁴

Ces films, accueillis avec suspicion, notamment par Mélanie Klein, ainsi que par les pédiatres, « bouleversent beaucoup de professionnels ». (Guédeney & coll., 2009)¹⁸

1.3.3 Des études plus récentes

Pour Nicole Guédeney et Romain Dugravier, dans « L'attachement, approche clinique », « tout ce qui favorise la proximité, en donnant un sentiment de sécurité appartient au comportement d'attachement ». (Guédeney & coll. 2010)¹⁹ Ainsi, les pleurs ont une nature aversive : ils amènent la mère à se rapprocher pour les faire cesser... Les sourires et la vocalisation signalent à la mère l'intérêt de l'enfant pour l'interaction.

La relation d'attachement semble se forger pendant l'enfance, c'est ce que déclare Rygaard : « L'attachement semble une fenêtre, grande ouverte à la naissance et se fermant progressivement vers 3 ans environ ». (Rygaard, 2005)³⁸ Passé cette limite, une nouvelle relation d'attachement stable et durable semblerait impossible...

La relation d'attachement est monotropique : si l'enfant peut avoir plusieurs figures d'attachement, il en privilégie une. Les études dans ce domaine ont surtout étudié la mère comme principale figure d'attachement.

Ainsi, l'enfant peut reconnaître sa mère, et ceci, grâce à plusieurs compétences innées :

L'Etude de Salk (1960-1962) montre de manière expérimentale les effets du bruit d'un cœur battant à 72 battements par minute (bpm), ce qui est le rythme moyen du cœur adulte, sur un bébé âgé de quelques jours : les enfants arrêtent de pleurer et s'endorment rapidement. (Salk, 1973 cité par Montagner, 2006)³³

A plus long terme, avec une stimulation jour et nuit, on observe que les enfants pleurent globalement moins que les témoins et prennent plus de poids : + 40g les 4 premiers jours chez 70% des nouveaux-nés ainsi stimulés.

Un cœur qui bat plus vite, une berceuse ou un métronome réglé à 72 bpm n'ont pas les mêmes effets.

Cette sensibilité aux battements du cœur semblerait être due à la simulation de vie utérine que ce son permet, ce qui déclenche une sensation de sécurité.

L'équipe de DeCasper étudie la capacité de « travail » du nouveau-né pour entendre la voix de sa mère, montrant ainsi la « sélectivité des interactions entre le bébé et son environnement social ». Le bébé de quelques jours se montre en effet « capable d'apprendre qu'il y a une

relation entre son comportement de succion et l'émission de la voix de sa mère » (Montagner, 2006)³³. Les chercheurs étudient l'allongement ou le raccourcissement du temps entre deux succions selon l'émission ou non d'une voix et selon l'origine de la voix.

Lecanuet et coll (1987)²⁸ résume ainsi les compétences des bébés de 1 à 3 jours : « ils sont disposés à « travailler » pour entendre une voix féminine [... mais] préfèrent la voix maternelle à celle d'une autre femme ».

Cependant, ils ne semblent pas préférer la voix de leur père à celle d'un autre homme bien qu'ils paraissent en mesure de discriminer deux voix masculines.

L'étude expérimentale de Carpenter, en 1975 renforce l'idée que l'enfant reconnaît sa mère.

Un bébé de deux semaines est mis face à 6 situations :

- 1 : le visage de sa mère
- 2 : visage autre que sa mère
- 3 : sa mère qui lui parle
- 4 : une femme étrangère qui lui parle
- 5 : le visage de sa mère avec la voix d'une autre femme
- 6 : le visage d'une femme avec la voix de sa mère

Les situations 1 et 3 étaient les plus attractives : le bébé regardait plus longtemps que les situations 2 et 4. Les situations 5 et 6 étaient aversives, déclenchant le détournement voire même des pleurs. (Montagner, 2006)³³.

Enfin, l'olfaction joue aussi un rôle précoce dans la discrimination :

L'étude de MacFarlane, en 1975 observait des nourrissons de moins de 10 jours. Les chercheurs présentaient des tampons imprégnés de l'odeur du sein maternel, d'un sein autre ou sans odeur.

Sur 20 bébés, 17 orientent la tête et le nez vers le tampon maternel plutôt que vers le tampon vierge. A 6 jours, 22 sur 32 enfants se tournent plus longtemps vers le tampon maternel. (Montagner, 2006)³³

L'expérience de Montagner, en 1974, indiquait cela : entre deux tricots portés à même le corps, 2 enfants sur trois (âgés de 18 à 36 mois) reconnaissaient celui porté par la mère, le

rejet étant lié à l'odeur du tabac ou de fioul domestique, l'imprégnation de parfum ou d'eau de toilette ou quand l'interaction avec la mère a un fond conflictuel. (Montagner, 1974)³²

1.3.4. La « strange situation » de Mary Ainsworth ou comment évaluer la qualité des relations d'attachement.

Mary Ainsworth permet de donner un prolongement expérimental aux travaux de Bowlby. Elle part en Ouganda, à Kamala, en 1954 et commence « sans aucun moyen, une étude d'observation en milieu naturel de 28 bébés non sevrés » (Guédeney & coll. 2009)¹⁸

C'est ainsi qu'elle proposera la procédure de la « strange situation », et les différentes catégories d'attachement.

La « strange situation » ou situation étrangère, ou inconnue, voire extra-ordinaire est une expérience mise en place pour éprouver la qualité de l'attachement entre une mère et son enfant.

Cette méthode, conçue pour engendrer des niveaux de stress croissants, est composée d'un enchaînement de sept épisodes de trois minutes chacun :

1. L'enfant est seul avec son parent dans une pièce.
2. Une personne inconnue de l'enfant entre.
3. La personne étrangère capte l'attention de l'enfant. Le parent part.
4. Le parent revient et l'inconnu s'en va
5. Le parent quitte à nouveau la pièce
6. L'inconnu revient
7. Le parent revient alors que l'inconnu s'en va.

Lors de ses expériences, Mary Ainsworth distingue six catégories de comportements de l'enfant avec son parent lors de la septième étape : (Terra, 2009)⁴⁷

- l'enfant recherche le contact ou la proximité
- l'enfant tente de maintenir le contact au maximum

- comportement d'évitement de l'enfant
- résistance par la colère ou le rejet
- interaction à distance
- comportement de quête

Trois catégories d'attachement sont ainsi définies :

- La catégorie B, où l'attachement est dit « *secure* » (*terme à l'origine anglais, n'ayant pas de réelle traduction en français, d'où l'utilisation répétée de ce mot dans les ouvrages québécois et français*) ; l'enfant recherche le contact, la proximité, ou l'interaction à distance. Il pleure au départ de sa mère, lui fait la fête à son retour et reprend rapidement ses jeux. L'enfant est très autonome quand il sait où est sa mère et qu'elle lui est accessible. Il peut ainsi jouer, explorer son environnement,...
- La catégorie A : l'enfant est évitant avec son parent
- La catégorie C : l'enfant est résistant. Il mélange recherche de contact et colère, rejet.

Les attachements A et C sont considérés comme non sécurisés, « *insecure* ». L'enfant est moins autonome, moins explorateur. Il montre une profonde détresse quand la mère est absente. A son retour, il peut avoir un comportement de fuite et l'éviter comme s'il lui en voulait encore, ou alors un comportement de collage : il s'accroche à elle pour l'empêcher de repartir.

C'est seulement quand l'attachement avec la mère est de qualité que l'enfant peut être capable de l'utiliser comme assise, base de sécurité afin de faire face à son environnement et à l'inconnu.

Mais l'attachement peut aussi être dit désorganisé, c'est le cas notamment quand l'adulte est maltraitant. L'enfant est écartelé entre le besoin de protection et la volonté de fuir. L'attachement est ambivalent.

Enfin, on peut observer des enfants affectivement carencés, qui n'ont pas d'attachement. Les circonstances de la vie ne leur ont pas permis de s'attacher (vie en orphelinat principalement). L'enfant se constitue alors des défenses : il peut être inhibé, peu actif, peu émotif, peu

communicatif. Il peut sinon sembler désinhibé, charmeur, séducteur et manipulateur, les autres n'étant que des objets lui permettant d'assurer sa survie.

2. L'Adoption, une filiation pas comme les autres.

D'un point de vue juridique, l'adoption, c'est la « création par jugement d'un lien de filiation entre 2 personnes qui, sous le rapport du sang, sont généralement étrangères l'une à l'autre » (Guillien R. Vincent J. 2005)²⁰

Selon Y. Kniebielher, « l'adoption opère ce que l'on appelle un transfert d'enfant », qui pose ainsi trois conditions:

- la possibilité : c'est-à-dire l'adoptabilité de l'enfant. Pour qu'il y ait adoption, il faut qu'il y ait abandon
- l'organisation du transfert : peut être institué, c'est-à-dire normalisé, formel, ou non.
- les acteurs : « qui adopte qui et pourquoi ». On peut en effet se demander, comme Y. Kniebilher « comment l'adoption affecte [...] les rapports de filiation, de succession, de solidarité entre les générations, d'harmonisation entre vie privée et vie publique » (Kniebilher, 1995)²³

2.1. Législation des filiations adoptives

D'après le code civil, il existe plusieurs types d'adoption. Dans les deux cas, l'adoption est prononcée par le Tribunal de Grande Instance. (Source: Légifrance - Internet 3)

2.1.1. L'adoption plénière.

Cette procédure concerne toute personne âgée de plus de 28 ans. Les adoptants doivent avoir 15 ans de plus que l'enfant qu'ils se proposent d'adopter. L'enfant doit avoir moins de 15 ans et être accueilli dans le foyer des adoptants depuis plus de six mois. (articles 343-1, 344, 345 du code civil)

Sont considérés comme adoptables (articles 347 et 350) :

- Les pupilles de l'Etat

- Les enfants pour lesquels le père et la mère ou le conseil de famille ont valablement consenti à l'adoption
- Les enfants considérés comme abandonnés, c'est-à-dire «recueillis par un particulier, un établissement ou un service de l'aide sociale à l'enfance, [et] dont les parents se sont manifestement désintéressés pendant l'année qui précède l'introduction de la demande en déclaration d'abandon ». Le code civil précise que « sont considérés comme s'étant manifestement désintéressés de leur enfant, les parents qui n'ont pas entretenu avec lui les relations nécessaires au maintien de liens affectifs . »

L'enfant est inscrit sur le registre d'état civil de sa ville de naissance.

L'article 354 indique que « la transcription énonce le jour, l'heure et le lieu de naissance, le sexe de l'enfant ainsi que ses nom de famille et prénoms, tels qu'ils résultent du jugement d'adoption, les prénoms, noms, date et lieu de naissance, profession et domicile du ou des adoptants. » Il est précisé qu' « elle ne contient aucune indication relative à la filiation réelle de l'enfant . »

Ainsi, le secret des origines de l'enfant peut être gardé par la famille même si aujourd'hui, ce secret est considéré comme néfaste pour l'enfant par les professionnels.

L'avis n°090 du Conseil Consultatif National d'Ethique, daté du 24 novembre 2005 le confirme : « Il faut tout faire pour informer l'enfant qu'il a été adopté . » (CCNE, 2005)⁵.

D'après l'article 356 du code civil, « l'adoption confère à l'enfant une filiation qui se substitue à sa filiation d'origine : l'adopté cesse d'appartenir à sa famille par le sang . » Cependant, selon l'âge de l'enfant, il paraît difficile de renier sa vie, sa culture dans les cas d'adoption internationale,...

L'article 358 précise que « l'adopté a, dans la famille de l'adoptant, les mêmes droits et les mêmes obligations qu'un enfant dont la filiation est établie . »

L'adoption confère bien sûr le nom de l'adoptant à l'enfant, et les nouveaux parents peuvent demander au tribunal la modification des prénoms de l'enfant. (art. 357)

La caractéristique principale de l'adoption plénière est l'irrévocabilité, énoncée dans l'article 359.

2.1.2. L'adoption simple

Les conditions d'adoption sont globalement les mêmes que pour l'adoption plénière, à l'exception de la transcription sur les registres d'état civil: dans ce cas, l'adoption simple est mentionnée.

L'enfant adopté portera le nom de famille de sa famille d'origine ainsi que le nom de la famille adoptante, sauf si la famille demande au tribunal qu'il n'y ait que le nom de l'adoptant. Si l'enfant est âgé de plus de 13 ans, son consentement est alors nécessaire. (art 363). Il n'y a pas de limite d'âge de l'adopté, qui peut être majeur (les majeurs sont adoptables par simple consentement personnel).

L'adoption simple ne se substitue pas à la filiation d'origine. De ce fait, l'article 364 précise que «l'adopté reste dans sa famille d'origine et y conserve tous ses droits, notamment ses droits héréditaires». Cependant, l'adoptant est «seul investi à l'égard de l'adopté de tous les droits d'autorité parentale». L'adopté est considéré comme appartenant pleinement à la famille en ce qui concerne la prohibition au mariage: en effet, le mariage entre l'adopté et un membre de la famille adoptante est interdit. Cependant, l'adoption simple crée un lien de parenté seulement entre l'adopté et l'adoptant, et non avec la famille de l'adoptant.

L'adoption simple crée tout de même, d'après l'article 367, des obligations d'aliments de l'adoptant à l'adopté et réciproquement. L'adopté ne peut obtenir d'aliment de ses parents d'origine que si l'adoptant ne peut lui en fournir.

Si l'adopté garde les droits héréditaires de sa famille d'origine, il obtient toutefois des droits successoraux de l'adoptant sans pour autant obtenir la qualité d'héritier réservataire à l'égard des ascendants de l'adoptant (art. 368)

Si elle est justifiée de motifs graves, l'adoption peut être révoquée à la demande de l'adoptant ou de l'adopté, ou, lorsque ce dernier est mineur, à celle du ministère public (art.370)

L'article 370-2 précise que «la révocation fait cesser pour l'avenir tous les effets de l'adoption.

Ainsi, l'adoption plénière forge entre deux personnes sans aucun lien, des liens juridiques identiques à une filiation de sang. L'adopté semble devoir oublier ses origines pour se consacrer uniquement à sa nouvelle famille... Au détriment de son bien-être? Jusqu'à la loi

2002-93, du 22 janvier 2002, l'adoption plénière empêchait la recherche de ses origines, comme si l'adopté devait renier cette partie de son histoire qui pourtant contient, comme on l'a vu, les premières bases de son attachement...

L'adoption simple, quant à elle, en stigmatisant l'adopté par son nom de famille et la mention de son adoption sur l'état civil, semble poser une séparation entre liens du sang et liens sociaux. Elle permet également un maintien des liens familiaux entre l'adopté et ses parents biologiques.

D'après l'article 360, s'il est justifié de motifs graves, l'adoption simple d'un enfant ayant fait l'objet d'une adoption plénière est permise.

Aujourd'hui, l'adoption plénière est le mode d'adoption privilégié en France, concernant plus de 93% des adoptions. Mais comme le dit Catherine Sellenet: «depuis les premières lois modernes édictées sur l'adoption, la famille adoptive a été pensée comme devant entretenir un rapport de ressemblance ou d'identité avec la famille biologique». (Sellenet, 2006)³⁹ Mais est-ce forcément bon pour l'enfant?

Ne peut-il pas avoir l'impression qu'on tente de renier ses origines? Un enfant arrive avec un vécu qu'il est nécessaire de ne pas oublier...

Cette problématique trouve son paradigme dans le choix de garder ou de changer le prénom de l'enfant arrivant.

2.2. Adoption et Représentations.

«Alors qu'au début des années 1980, l'adoption ne concernait en France que moins de 1000 enfants chaque année, on en compte, depuis le début des années 1990, de trois à quatre fois plus.» (De Monléon et coll., 2003)¹¹.

Le constat de De Monléon s'observe également dans les médias, livres, téléfilms, nombreux sur le sujet.

La problématique de l'adoption est alors souvent la même... On assiste parfois au parcours du combattant de parents à la recherche d'un enfant à adopter... L'arrivée de l'enfant semble alors

le dénouement heureux d'une quête désespérée. Une autre question, souvent abordée, est le blocage de la relation parents-enfant quand l'enfant ne sait pas qu'il a été adopté.

La réalité est rarement aussi simple.

D'abord, aujourd'hui, la voix des professionnels est quasiment unanime: L'enfant doit savoir qu'il a été adopté. La connaissance des origines, pose, elle, plus de questions... Preuve en est des débats sur l'abandon des possibilités d'accouchement sous X lors de la révision des lois bioéthiques, entre 2009 et 2011.

Mais l'adoption marche-t-elle à tous les coups?

Réussir une adoption, est-ce seulement, comme énoncé sur le site gouvernemental de l'adoption: «Une histoire d'amour et de patience»?

Une chose est sûre, l'adoption est «la rencontre de deux histoires» (De Monléon & coll., 2003)¹¹. L'enfant, quel que soit son âge, a aussi une histoire, et une histoire possiblement traumatique, car avant l'adoption, il a connu l'abandon.

2.2.1. Tous les enfants sont-ils adoptables?

Selon la loi, et plus précisément l'article 347 du code civil, trois catégories d'enfants sont adoptables:

- les enfants dits «consentis à l'adoption» par le père, la mère ou le conseil de famille. Les parents disposent de deux mois de rétractation.
- les pupilles de l'Etat, recueillis par le service d'aide sociale à l'enfance, et constituant la majorité des enfants adoptables.
- les enfants déclarés abandonnés par décision de justice.

Tous ces enfants sont considérés comme adoptables, quelque soit leur âge ou leur histoire...

Mais pour Catherine Sellenet, « L'adoptabilité, c'est être reconnu capable de vivre cette nouvelle aventure, être doté de capacités permettant une intégration dans une nouvelle famille» car « l'adoptabilité ne doit pas être pensée seulement sous son angle juridique, elle intègre également un versant psychologique ». (Sellenet, 2008)⁴⁰

Mais comment évaluer l'adoptabilité d'un enfant?

Selon Catherine Sellenet, les critères à analyser seraient les suivants:

- les «capacités de renoncement de l'enfant aux parents biologiques», c'est-à-dire, la capacité de deuil et de résilience, afin de pouvoir s'investir dans sa nouvelle filiation. La difficulté est plus importante encore pour les enfants de l'adoption internationale qui doivent apprendre une nouvelle culture, une nouvelle langue...
- l'ampleur des troubles cognitifs, affectifs, médicaux: les difficultés d'apprentissage, problèmes comportementaux qui doivent être pris en charge précocement.
- les «capacités de rêverie et de projection dans le futur», signe également de capacité de résilience.
- les capacités d'attachement: «De nombreux enfants ont vécu de graves carences pendant leur petite enfance. Certains ont un vécu institutionnel marqué par des ruptures multiples, voire des maltraitances, qui rendent difficiles la création de nouveaux contacts confiants». L'évaluation de la capacité d'attachement devrait avoir une place importante dans l'évaluation de l'adoptabilité: comment un enfant qui a connu de multiples ruptures de lien avec les adultes auxquels il s'attachait peut-il concevoir que ces nouveaux parents sont «les bons»?

L'enfant adoptable a avant tout été abandonné et son parcours a souvent pu être chaotique: ruptures affectives, carences, parfois maltraitances, physique ou psychologique.

L'adoption ne peut et ne doit pas être vu comme le remède magique à tous ces maux.

Un travail pour et avec l'enfant doit être fait en amont pour la réussite de l'adoption.

2.2.2. La dette de l'adoption.

La question que devrait se poser chaque parent, c'est «pourquoi vouloir adopter»?

Si l'adoption vient en réponse à un élan de générosité d'une famille face à la misère du monde, alors peut-être doit elle se retourner vers d'autres moyens.

L'adoption par pure générosité est néfaste pour l'enfant, qui ne pourra grandir que dans l'idée qu'il a une dette envers ses parents, une dette qu'il ne pourra jamais rembourser.

L'adoption doit être à double sens: pas seulement donner une famille à un enfant mais aussi donner un enfant à une famille. D'ailleurs, les parents n'ont-ils pas également une dette envers l'enfant, finalement inespéré pour un couple stérile?

Comme le disent Michel Soulé et Pierre Lévy-Soussan, «tous les parents sont reconnaissants envers l'enfant de leur avoir permis d'être parents». Et le parcours des parents adoptants (éventuelle stérilité, agrément, attente des procédures,...) rend la dette plus forte. (Soulé, M., & Lévy-Soussan, P. 2002)⁴³

Ils ajoutent que certains parents recherchent, même inconsciemment «une gratification de la part des enfants, une reconnaissance de leur geste d'adoption».

Enfin, d'autres parents vont, eux, «payer leur dette à l'enfant [...] en refusant d'infliger à l'enfant toute blessure narcissique, toute frustration». L'enfant adopté devient enfant-roi avec toutes les conséquences qui en découlent.

Mais, ce que nous rappellent les auteurs, c'est qu'il existe aussi une dette des enfants vis-à-vis de leurs parents, leurs parents abandonnants et leurs parents adoptants. Plusieurs réactions peuvent alors avoir lieu:

-le refus de la dette, sous la forme de « vous n'êtes pas mes parents »...

-le sentiment d'avoir une dette trop élevée pouvant entraîner «une incapacité à se séparer ou à aborder le conflit ambivalentiel envers ses parents en raison de la trop forte idéalisation des parents adoptants».

-le sentiment de n'avoir aucune dette, où l'enfant ressent avant tout les conséquences de son abandon: «personne ne m'a jamais rien donné». D'après les professionnels, « l'enfant peut aller jusqu'à leur faire payer très cher cette histoire, comme si l'enfant pouvait et voulait enfin

savoir jusqu'où ses parents peuvent aller avant de l'abandonner ». (Soulé, M. & Lévy-Soussan, P., 2002)⁴³

2.2.3. La recherche des origines

Cette question soulève principalement nos représentations de la filiation... La filiation est-elle plus biologique ou sociale? Nous verrons plus loin que, dans certaines cultures, la filiation est traditionnellement sociale, les enfants étant élevés par le père social, qu'ils soient ou non liés par le sang.

Dans notre civilisation occidentale, hyper-médicalisée, la priorité semble donnée au biologique. Pierre Lévy-Soussan conforte cette idée, notant que «les lois fondées sur le droit aux origines fragilisent la filiation adoptive» . Face à une situation de vulnérabilité (maladie de l'un des parents, voyage,...), l'enfant se raccrocherait à la seule certitude du biologique. (Assemblée Nationale, 2010)¹

Mais, si l'enfant est né biologiquement de deux parents, n'est-il pas surtout le fruit du désir des parents adoptants?

Le pédopsychiatre témoigne: «Ayant été vice-président du CNAOP, j'ai bien vu que les gens que nous recevions, et qui étaient souvent dans une grande souffrance, ne la résolvait pas quand bien même ils allaient au bout de leur quête. Leur passage à l'acte au niveau informatif ne leur apportait pas les réponses qu'ils attendaient. Ce qui fait très souvent défaut, c'est la mise en parole de leur histoire dans une famille qui ne parvient pas à effectuer le travail psychique de réassociation. L'enfant se tourne donc ailleurs. Lorsque la famille adoptante [...] ne tient pas ferme face à sa quête, lorsqu'elle l'approuve et lui paye son billet d'avion pour retourner dans son pays, l'enfant dont la demande est de savoir qui l'a désiré, se retrouve en fait mis à la porte! Le vrai questionnement sur les origines, c'est de savoir d'où vient la position dans la famille. Si les familles restent très fermes, l'enfant va pouvoir métaboliser son histoire d'abandon.» (Assemblée Nationale, 2010)¹

On peut également se demander si l'enfant en quête de ses origines recherche tant un nom plutôt qu'une histoire... Est-ce plus important pour lui de savoir qui l'a abandonné qu'un pourquoi? Pierre Lévy-Soussan le signale ainsi: «Ce n'est pas d'informatif qu'a besoin l'enfant, c'est de narratif» (Assemblée Nationale, 2010)¹.

C'est une des pistes qui fut explorée lors de la révision des lois bioéthiques: s'inspirer de la législation espagnole, donnant accès aux motivations et à des données non identifiantes à la majorité de l'enfant, si celui-ci le demande.

2.3. Le devenir des enfants adoptés

Les données ci-dessous sont tirées d'une étude américaine, menée par Margareth Keyes et coll., du 11 décembre 1998 au 4 juin 2004, sur des adolescents adoptés dans l'enfance par le biais de trois grandes agences d'adoption du Minnesota, soit 409 familles adoptives et 208 familles non-adoptives. (Keyes & al., 2008)²²

Les chercheurs tentaient de déterminer s'il existe, ou non, des différences au niveau de la santé mentale selon qu'un enfant ait été adopté ou non, notamment, au niveau des troubles du comportement et de problèmes émotionnels.

2.3.1. La santé mentale des enfants adoptés

Comme le signale Margareth Keyes en introduction, «Despite the popularity of adoption, there is a persistent concern that adopted children may be at heightened risk for mental health or adjustment problems.» *Malgré la popularité de l'adoption, une préoccupation demeure sur le fait que les enfants adoptés pourraient présenter un risque plus important de problèmes de santé mentale ou de troubles de l'adaptation.*

De même, « Although most adopted individuals are well-adjusted, population-based studies have reported an elevated risk for psychological maladjustment in adopted children compared with representative samples of non-adopted children » *Bien que la plupart des individus adoptés se soient bien adaptés, les études de population signalent un risque plus élevé de*

mauvaise adaptation psychologique chez les enfants adoptés par rapport à des échantillons représentatifs d'enfants non-adoptés.

En effet, « Estimates of the percentage of adopted children seen in mental health settings fall within the range of 5% to 12%, 9 or 2.5 to 6.0 times the percentage of adopted children in the general population » *On estime le pourcentage d'enfants adoptés vus en consultation pour troubles de la santé mentale atteindre 5 à 12% soit 2,5 à 6 fois le pourcentage d'enfants adoptés dans la population générale.*

On retrouve ces chiffres en France: d'après le S.H.I.P. (Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie), de Nantes : Parmi les 130 jeunes hospitalisés en 2003, 13 soit 10%, étaient des enfants adoptés. La proportion d'enfants adoptés en France s'élevant, elle, à peine à plus de 0,6% (Sellenet, 2006)³⁹

Toutefois, M. Keyes met en garde contre les biais, citant une étude de Warren, daté de 1992, sur les recours aux traitements psychiatriques chez les enfants adoptés et non-adoptés: : « Adoptive parents may be more willing to seek help from a mental health professional for their troubled child because they are better educated or have greater economic resources than many non-adoptive parents or because they have previously interacted with social service providers in the process of adoption. Furthermore, the parent of an adopted child may have a lower threshold than the parent of a non-adopted child for reporting a behavior as problematic » *Les parents adoptifs peuvent être plus enclin à rechercher l'aide de professionnels de la santé mentale pour les troubles de leur enfant parce qu'ils ont un meilleur niveau socio-économique que de nombreux parents naturels, ou parce qu'ils ont déjà été en contact avec les services sociaux lors de la démarche d'adoption. De plus, les parents d'un enfant adopté peuvent avoir un «seuil de tolérance» inférieur avant de considérer le comportement de l'enfant comme problématique.*

On pourrait également ajouter que l'attente des parents et leur désir d'enfant peut entraîner une sorte d'exigence vis-à-vis de l'enfant et une plus grande vigilance quant aux troubles, psychologiques ou somatiques que celui-ci peut développer.

De même, l'âge des parents adoptifs, plus élevé que la moyenne ainsi que leur haut niveau socio-économique peuvent être des facteurs explicatifs à ce phénomène, ou tout au moins des facteurs contributifs (Médecins du Monde, 2008)²⁹.

Toutefois, la pression sociale peut rendre difficile la démarche. Comme nous l'avons vu plus haut, les troubles de l'attachement sont peu connus et l'adoption est considérée dans les représentations comme une «bonne» action, ou dans tous les cas, quelque chose de forcément heureux puisqu'il est si difficile d'adopter... Quand des parents sont en difficulté avec un enfant adopté, comment ne peuvent-ils pas ressentir de la culpabilité, ce sentiment de ne pas être de « bons parents » ?

L'étude conclue finalement que «First, most individuals adopted as infants are well-adjusted and psychologically healthy. Nevertheless, there exists a subset of adoptees who may be at increased risk for externalizing problems and disorders. The odds of being diagnosed as having ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) and ODD (Oppositional Defiant Disorder) were approximately twice as high in adoptees compared with nonadoptees.»

D'abord, la plupart des individus adoptés en bas âge sont bien adaptés et psychologiquement stables. Néanmoins, il existe un sous-groupe d'enfants adoptés qui peuvent avoir un risque accru de présenter des troubles. Le risque de diagnostiquer un déficit de l'attention et un trouble d'opposition avec provocation est approximativement deux fois plus élevé chez les enfants adoptés que chez les non-adoptés.

Il est également intéressant de voir que cette étude confirme certaines observations faites dans des études précédentes, à savoir que «international adoptees evidenced fewer behavioral and emotional problems than domestic adoptees» *les enfants issus de l'adoption internationale présenteraient moins de problèmes de comportement et de problèmes émotionnels que les enfants issus de l'adoption nationale.*

2.3.2. Santé physique et développement des enfants adoptés

D'un point de vue somatique, Nathalie Messer, dans sa thèse *Enfants issus de l'adoption internationale: état de santé et prise en charge, étude cas-témoin portant sur 73 enfants*

adoptés trouve «en dehors d'antécédents [...] marqués et de pathologies carencielles initiales, un retard statur pondéral initial et une puberté précoce plus fréquente» (Messer, 2006)³¹. Il est cependant important de préciser que «La proportion d'enfants présentant au moins une pathologie ou un trouble du comportement lors de l'adoption [est] de un sur deux [même si] Les enfants adoptés à l'étranger présentent autant de pathologies à leur arrivée que les enfants adoptés nés en France» (Sorge, F. & Laurent, C., 2003)⁴²

Elle interroge dans son étude cas-témoin les différences possibles de développement des enfants adoptés par rapport aux enfants non-adoptés ainsi que la présence éventuelle de troubles.

Le groupe étudié comporte au total 73 enfants, âgés de 0 à 12 ans, issus de l'adoption internationale, adoptés depuis au moins six mois et répartis ainsi:

32 enfants consultent habituellement les pédiatres du Centre Hospitalier (CH) de La Rochelle et 41 enfants ont été adoptés par l'intermédiaire de Médecins du Monde (MDM).

Les témoins forment un groupe de 81 enfants dits biologiques dont 30 consultent dans le cadre des consultations programmées de pédiatrie au CH de La Rochelle, 30 consultent en cabinet de Médecine Générale et 21 consultent dans le cadre des consultations d'urgence du CH de La Rochelle.

Le recul quant à l'adoption est en moyenne, dans cette étude, de 3 ans et 1 mois (au minimum 6 mois et maximum 11 ans et 10 mois), les enfants ayant été adoptés en moyenne à l'âge de 2 ans et 3 mois, au minimum à 1 mois, au maximum à 9 ans et 4 mois.

Le délai de latence (entre abandon et adoption) était en moyenne de 589,9 jours (soit 19 mois et demi), le minimum étant de 0 jour, le maximum de 9 ans et 5 mois, les enfants étant accueillis pendant ce délai dans un foyer d'accueil (pour 76,7% d'entre eux), chez une nourrice dans un milieu familial (pour 12,3% des enfants), à l'hôpital...

Tous les enfants connaissent leur statut d'adopté.

2.3.2.1 Scolarité

Un lien statistique est noté entre le retard scolaire et l'âge de l'enfant au moment de l'enfant, plus l'enfant arrive tardivement, plus le risque de retard scolaire étant élevé, ceci pouvant être notamment attribué à un défaut de connaissance de la langue...

Cependant, aucune différence significative n'est relevée quant au nombre de redoublements ou au nombre d'enfants en avance sur le parcours scolaire.

2.3.2.2. Problèmes Somatiques

Si, à la naissance, aucune différence significative n'est observée pour l'aspect statur pondéral entre les deux catégories, cas et témoins, au moment de l'adoption, seuls 69,9% des enfants ont un poids considéré comme normal par rapport à leur âge, 78,1% ont une taille considérée normale. En effet, 28,8% ont un poids inférieur au 3ème percentile, 20, 5% ont une taille inférieure à -2DS (Déviations Standards).

La puberté précoce est plus fréquente chez les enfants adoptés.

Toutes tranches d'âge confondues, aucune différence significative n'est relevée concernant la présence de troubles à expression somatique. Toutefois, les troubles à expression nerveuse (insomnie et attaque d'angoisse nocturne essentiellement) sont «significativement plus importants chez les enfants adoptés dans la tranche d'âge de 0 à 2 ans pour s'égaliser après».

2.3.2.3. Autres troubles.

Nathalie Messer précise d'abord que «ces troubles entrant dans le cadre d'autres problèmes rencontrés par l'enfant, allégués par les parents n'ont pas systématiquement fait l'objet de consultation, ni de diagnostic, ni de suivi médical.» On note une plus grande proportion de ces troubles chez les enfants adoptés, quelle que soit la tranche d'âge considérée.

On retrouve différents types de troubles dont des difficultés d'ordre relationnel, des troubles du langage, de retard psychomoteur, des manifestations auto-agressives (auto-mutilations), des intolérances excessives aux frustrations, des conduites hétéro-agressives, des troubles de l'apprentissage scolaire, des troubles du comportement avec mensonge, vol, fugue, des troubles de la personnalité.

L'auteur remarque que les troubles semblent apparaître préférentiellement chez des enfants adoptés tardivement, et que plus ils apparaissent tard, plus ils semblent persister.

C'est également la conclusion de Sorge et Laurent dans leur étude (Sorge F. & Laurent, C., 2003)⁴²

Cependant, si Nathalie Messer reconnaît que «l'ensemble de ces troubles est effectivement plus fréquent chez les enfants adoptés», elle estime que «chaque différent trouble évoqué ci-dessus, analysé seul n'est pas plus présent chez l'enfant adopté que chez l'enfant biologique»... On peut alors se demander si le faible effectif de l'étude serait un facteur explicatif à l'origine de ce phénomène.

La notion de trouble de l'attachement n'est pas explorée dans le travail de Nathalie Messer. Cependant, elle cite Aubeline Vinay qui met en évidence dans son étude (Attachement et gestion du stress) que «les adolescents qui avaient vécu une courte période de latence [délai entre l'abandon et l'adoption] étaient plus que les autres attachés et confiants».

Dans le cas où l'enfant présente des problèmes particuliers, 94,4% des parents adoptants les associeraient au vécu de leur enfant., faisant ainsi «de manière quasi exclusive le lien entre ces mêmes problèmes et l'adoption». 44,4% des parents ont demandé de l'aide concernant ces problèmes.

Il est nécessaire de préciser que la représentativité de l'échantillon est une limite de l'étude... L'auteure n'a par exemple pas retrouvé la surreprésentation des enfants adoptés en consultation de psychiatrie énoncée plus haut.

Car même si certains auteurs parlent de surévaluation des troubles psychopathologiques, que ce soit une surévaluation dans leur définition (certains troubles régressent rapidement, d'autres peuvent être assimilées à un vécu, la fugue par exemple, peut n'être que «la poursuite en France d'habitudes de vies Africaines, par exemple, où l'enfant est l'enfant du village, avec une liberté de circulation beaucoup plus grande qu'en France» (Delannoy, 2004)⁹, ou une surévaluation dans leur reconnaissance parentale et sociale, c'est-à-dire dans les représentations de l'adoption, on peut énoncer de manière formelle au moins deux facteurs pouvant être à l'origine de difficultés particulières chez ces enfants :

- les conditions de vie antérieures (maltraitements, carences,...)
- l'adoption tardive

3. Les troubles de l'attachement

3.1. Des études troublantes: l'hospitalisme de Spitz

Les chercheurs s'interrogent sur les effets de la carence affective depuis 1940. Bowlby cite par exemple l'étude de Bakwin datant de 1949 :

«Les enfants âgés de moins de 6 mois qui ont été dans une institution présentent une image bien définie. Les caractéristiques remarquables sont l'indolence, l'émaciation et la pâleur, une immobilité relative, la tranquillité, l'absence de réponse aux stimuli tels qu'un sourire, un appétit indifférent, l'impossibilité de prendre du poids correctement malgré l'ingestion des régimes entièrement adéquats. On remarque fréquemment un sommeil faible, une apparence de tristesse, des épisodes fébriles, l'absence des habitudes de succion» (Bowlby, 2002)⁴.

Ces changements ne sont pas observables pendant les 2 à 4 premières semaines de vie mais à tout moment après cette période.

Ces troubles ont été longuement étudiés par Spitz dans les années 1950.

Ce psychiatre et psychanalyste américain distingue deux types de carence affective:

La carence affective partielle, ou dépression anaclitique et la carence affective totale, aussi nommé hospitalisme. (Spitz, 1993)⁴⁴

3.1.1. La carence affective partielle.

Spitz va suivre des enfants vivant dans deux institutions différentes, la vie en institution permettant «toute garantie concernant le maximum de constance dans l'environnement». (Spitz, 1993)⁴⁴

La principale différence notée entre ces deux institutions est la prise en charge des nourrissons, par leur mère dans la Pouponnière, par des infirmières dans le Home pour Enfants Abandonnés.

A la Pouponnière, institution légale pour délinquantes enceintes, les mères restent jusqu'à un an après l'accouchement, apprenant à s'occuper du nourrisson.

Au Home pour Enfants Abandonnés, deux types d'enfants sont accueillis, les enfants de femmes mariées, incapables de subvenir à leurs besoins, payant une pension pour ces enfants, et les enfants de mères célibataires, admis à condition que la mère accepte de nourrir, en plus de son propre bébé, un second enfant jusqu'à l'âge de trois mois. Des infirmières prennent en charge les soins aux enfants, à raison d'une pour sept enfants, mais dans la pratique, selon Spitz, plutôt une pour dix.

Chez les enfants atteints de dépression anaclitique, on observe un comportement de retrait, pleurnicheur, ainsi qu'un retard de développement. Ce syndrome, débutant chez des enfants de plus de six mois, empire graduellement.

Puis les pleurs cessent, ce qui peut être à tort considéré comme un rétablissement. Mais l'enfant conserve un visage à «rigidité glacée», avec une «perte progressive de contact».

19 cas ont été observés sur les 123 nourrissons de la pouponnière.

On pouvait parfois observer par la suite un attachement désespéré à l'adulte.

Tous les enfants inclus dans le groupe et atteints de ce syndrome avaient en fait été privés de leur mère pendant trois mois entre le 6ème et le 8ème mois. Auparavant, les mères s'étaient entièrement occupées de leur enfant, cependant, il arrivait que pour des raisons légales, la mère eut à s'absenter quelques semaines voire mois, l'enfant restant alors à la pouponnière.

Spitz va observer que quand l'enfant reste privé de sa mère pendant un délai supérieur à 3 à 5 mois, «sans pour autant bénéficier de la présence d'un substitut acceptable», son état va s'aggraver.

Après ces trois mois, il existerait deux mois de transition: si la mère revient pendant ce laps de temps, la plupart des enfants se remettent, même si l'étude n'a pas permis un suivi afin de savoir s'il restait d'éventuelles séquelles. Si la mère ne revient pas, l'enfant sombre alors dans l'hospitalisme, qui marque une carence affective totale.

Spitz précise dans ses observations que le terme «dépression» est à différencier du terme utilisé pour les adultes. Ici, le terme «dépression» est associé au deuil de la relation mère-enfant.



Fig 4. Enfant souffrant de carence affective partielle

Le chercheur ajoute également que la dépression anaclitique n'est observée que si la relation avec la mère avant la séparation était bonne. Si celle-ci était mauvaise, dans la majorité des cas (71%) la dépression anaclitique n'est pas observée ou très légère.

3.1.2. La carence affective totale ou hospitalisme.

L'hospitalisme est observé lorsque la séparation dépasse cinq mois.

Spitz remarque alors que «la nature des relations mère-enfant (si elle existe), antérieure à la séparation, semble avoir peu d'influence sur le cours de la maladie».

Le psychiatre a rédigé ses conclusions d'après le fonctionnement de l'hospice pour enfants abandonnés, et selon l'état de santé des petits pensionnaires.

Il s'agit d'enfants nourris au sein pendant les trois premiers mois par leur propre mère ou une autre. Les tests effectués pendant cette période rendent compte de résultats tout à fait normaux.

A trois mois intervient la séparation. Les enfants bénéficient, pour reprendre les termes de Spitz, « dans la meilleure des hypothèses, d'un dixième du temps de l'infirmière, d'un dixième de substitut maternel, d'un dixième de mère ». Afin de gagner du temps, ces infirmières prennent quelques habitudes délétères, comme l'utilisation de support à biberon, ou la pose de draps autour des cabines vitrées individuelles, ne laissant comme champ de vision à l'enfant, que celui de plafond...

L'hospitalisme se manifeste par les mêmes symptômes que la dépression anaclitique auxquels va s'ajouter un gros retard moteur, les enfants restant passifs, sur le dos, n'ayant donc pas le contrôle moteur nécessaire pour se mettre sur le ventre, le visage dénué d'expression.

Parfois, la motricité réapparaît, sous forme de spasmus nutans, c'est-à-dire de mouvements de type athétosique.

La comparaison de ces deux institutions est troublante, surtout quand le chercheur aborde la question des décès.

A la Pouponnière, sur 220 enfants suivis, dont 186 pendant plus de 6 mois et 93 pendant plus d'un an, seulement deux enfants sont décédés des suites de maladies dites intercurrentes. Deux autres décès sont survenus parmi ces enfants, au cours des six mois qui ont suivi leur départ de la pouponnière.

Dans la Maison pour Enfants Abandonnés, le psychiatre parle de 29,6% de décès pendant la première année de vie et 7,7% dans la deuxième année.

Cette étude troublante a permis de comprendre que le nourrisson n'a pas uniquement des besoins physiques, mais également le besoin d'avoir quelqu'un qui l'incite à s'accrocher à la vie.

Les travaux de Bowlby et Spitz ont ainsi encouragé une réflexion quant à la prise en charge des nouveaux-nés sans foyer ou hospitalisés, permettant une réforme des pouponnières et une réforme des règlements des hôpitaux lors des hospitalisations des enfants (permettant «des visites non-restrictives, la possibilité pour les parents de dormir auprès de leur enfant de moins de cinq ans, et la mise en place de facilités de jeu pour l'enfant» (Dugravier, 2010)¹²)

Toutefois, il est important de connaître ces notions, certains cas d'hospitalisme pouvant encore être recensés, comme par exemple, des cas en Néonatalogie en Martinique (Laisné, C. & Heyman, I. 2005)²⁴ qui seraient dus à un défaut de structures d'accueil adaptées sur l'île, entraînant la séparation de la mère et de l'enfant, le temps d'une hospitalisation par exemple.

De même, ce type de carence est redevenu d'actualité dans les années 1990, avec la découverte des orphelinats roumains, où «les taux de mortalité atteignaient 25-50%, et où

20% des survivants présentaient après l'âge de trois ans des signes de déficience mentale les amenant à être dirigés vers un système asilaire » (Dayan, 2008). Les auteurs de l'étude précisent que « parmi les enfants adoptés issus de ce système, 15% étaient en bonne santé physique à l'arrivée dans le pays d'adoption, et 10% avaient un développement normal après l'âge d'un an, 34% avaient un retard de croissance, proportionnel au temps passé en institution » (Dayan, J., 2008, d'après Johnson DE & al., 1992. The health of children adopted from Romania)⁸. Mais aucune mention n'est faite du développement affectif et comportemental de ces enfants... On peut se demander à juste titre ce qu'il fut de leur adoption?

3.2. Difficultés et échecs d'Adoption

C'est l'accroche principale de l'hebdomadaire La Vie, paru le 17 mars 2005: « selon une étude inédite du ministère de la Santé [...], 15% des enfants adoptés finissent par être replacés en institution ». Plus loin dans l'article, la DGAS avoue « nous misons sur un taux d'échec inférieur à 5% ». (Laurent, 2005)²⁶

Pour Catherine Sellenet, chargée de cette étude, « il n'est nullement question dans cette recherche de quantifier les adoptions en difficulté, [...] Notre recherche avait d'autres objectifs, plus exploratoires et plus préventifs à la fois. Il s'agissait de repérer des facteurs de risques (personnels, familiaux ou institutionnels) pour asseoir une réflexion autour d'une modification des pratiques. ». Elle ajoute: « le chiffre donné d'un pays à l'autre, voire dans un même pays est le plus souvent fantaisiste allant de 4% à 40% voire plus, ce qui scientifiquement ne veut rien dire car il n'est pas certain que chacun évalue la même chose voire que la définition de la notion de difficultés soit identique » (Sellenet, 2006)³⁹.

Car la définition d'échec pose problème: est-ce, comme le pense l'ONED, l'abandon de l'enfant, alors placé pupille de l'Etat?

D'après l'ONED, « Au cours de l'année, 12 enfants ont été admis comme pupilles de l'État suite à un échec d'adoption » pour un peu moins de 4000 adoptions cette même année... Soit finalement seulement 0,3% d'échec? (ONED, 2009)³⁴

Catherine Sellenet différencie échec d'adoption et adoption en difficulté: « par « échec d'adoption », nous entendons la remise de l'enfant aux services (procès-verbal d'abandon) ou toute DAP [Délégation d'Autorité Parentale] sans maintien des liens depuis plusieurs années. Par « difficultés d'adoption », nous entendons tout cas (de gravité variable) nécessitant l'intervention d'un tiers sous forme placement administratif ou judiciaire, hospitalisation en psychiatrie. Ceci ne prend donc pas en compte tous les enfants ayant besoin de soins ambulatoires, d'une mesure éducative en milieu ouvert » (Sellenet, 2006)³⁹.

Elle insiste donc sur le fait qu'il est difficile voire impossible d'avoir des chiffres précis et consensuels sur les «ratés» de l'adoption... L'important étant peut-être avant tout de ne pas nier leur existence.

3.2.1. Les troubles de l'attachement, «coupables» d'échecs d'adoption

Les troubles de l'attachement sont responsables, principalement, d'un mal-être de l'enfant qui ne peut accepter sa famille. Par peur de la rupture, qui a été si traumatisante pour lui, l'enfant va tout faire pour se détacher de sa nouvelle famille, prouver son autonomie.

Voici le discours d'une mère adoptive.

«J'ai adopté avec mon mari, Cyril, au Brésil, alors qu'il était âgé de trois semaines. On est allé le chercher, on pensait que ce serait plus facile d'adopter un bébé qu'un enfant déjà grand et trimballé, avec des souvenirs. Or la suite nous a montré que ce n'était pas plus facile, qu'il y avait aussi des enfants grands qui s'en sortaient mieux, mais c'est ce que nous avons dans l'imaginaire, et en plus moi je n'avais pas eu d'autres enfants. [...] C'était le troisième enfant d'une toute jeune femme qui avait déjà abandonné les deux autres, le père biologique n'avait pas reconnu l'enfant et abandonné la mère, donc elle n'avait pas tellement le choix, bon...C'était un très beau bébé physiquement et en excellente santé, qui n'avait aucun problème. Très vite il est apparu qu'il était hyper moteur, très agité, dès qu'il a commencé à marcher il ne tenait pas en place, il était très agité, et avant même qu'il n'aille à l'école, je le mettais en halte garderie trois après-midi par semaines, pour souffler un peu

parce qu'il était déjà épuisant. [...]. Quand il était petit il me disait qu'il ne me considérait pas comme sa vraie mère, je lui répondais qu'il ne me venait pas à l'idée de dire de lui qu'il n'était pas mon vrai fils. Il disait cela sans doute pour m'éprouver. Il ne parle pourtant jamais du Brésil, il n'a rien connu de là-bas. Il n'a pas été un bébé compliqué, il mangeait bien, dormait bien, s'ajustait bien au corps, c'est vers quinze mois que cette agitation a débuté, dès qu'il a pu marcher. [...] Vers cinq, six ans il a commencé à être très violent, il balançait tous ses jouets du haut de l'escalier, il a cassé des carreaux, très petit cela a commencé. Il m'insultait verbalement, des insultes grossières, ordurières, il essayait déjà de me frapper...c'était aussi un enfant extrêmement affectueux, me disant qu'il m'aimait, pour toute la vie, il alternait ces moments, dans les deux pôles à la fois. Il me demandait souvent : « est-ce que tu m'as bien adopté, est-ce que c'est marqué sur un papier ? Je le lui ai montré, lui ai dit qu'il était mon fils pour toute la vie, il disait ouf, tu ne vas pas m'abandonner alors, tu ne le peux pas. Arrivé en CE2, j'ai pris la décision de le mettre en internat, parce que je n'en pouvais plus. A l'internat cela se passait bien, il aimait la collectivité et n'était pas malheureux du tout, loin s'en faut, tout le monde est optimiste pour lui ...Les éducateurs ont une excellente image, ils disent qu'ils ne sont pas inquiets pour Michel par rapport à d'autres enfants, il est très sociable et gentil sauf à l'école dont il a un dégoût. [...] Quand il revenait le week-end, c'était toujours le même scénario de violence, et d'insultes... cela me faisait peur...mais il ne réservait cette violence qu'à moi. Quand il était invité, il était charmant, tout le monde disait que c'était un enfant mignon. Ma sœur, pour me soulager l'a pris plusieurs fois en vacances scolaires, il était adorable. Cela se passait bien, toute la violence m'était réservée... [...] Peu de temps avant Noël il est devenu vraiment violent...il faut dire que c'est un enfant scotché devant les jeux vidéos, il n'y a pas moyen de l'arracher de là, et lorsque je lui ai dit d'arrêter, il m'a réellement agressée, tabassée, il avait onze ans, je n'ai rien pu faire pour me défendre, il m'a giflée, crachée à la figure, cela a été horrible, cela faisait des années que j'endurais des difficultés mais là cela a été le révélateur de la crise...J'ai été hospitalisée en hôpital psychiatrique...pendant trois mois. Il m'avait frappé extrêmement violemment, c'est ma sœur qui l'avait récupéré. A la fin de sixième il fallait que je le reprenne, et j'avais très peur, je n'avais pas pu reparler avec lui de ce qui s'était passé, il ne s'était pas excusé, rien...et donc ma mère à ce moment là a pris peur et elle a contacté les services sociaux, on a été renvoyé sur le juge pour enfant qui a pris une AEMO [Action Educative en Milieu Ouvert, mesure judiciaire de protection]. J'ai envisagé mon déménagement pour me rapprocher de la famille,

pour avoir un soutien familial, je suis donc venue ici. Dans l'autre ville, je m'étais isolée, personne ne savait l'enfer que je vivais avec lui, c'était inracontable. Donc je me suis rapprochée des miens, et lui est parti dans un premier lieu de vie. » (Sellenet, 2006)³⁹

Il ne s'agit bien sur ici que d'une histoire particulière, avec des acteurs uniques, mais elle révèle assez bien certaines difficultés que rencontrent les parents adoptifs:

- d'abord la violence face à la mère, un peu comme si l'enfant lui reprochait l'abandon de sa mère biologique
- les troubles du comportement: violence, agression,...
- l'ambiguïté du comportement de l'enfant: un instant dans l'amour, le lien affectif, puis dans le rejet, sans raison apparente
- la manipulation, conduisant à l'isolement des parents adoptifs. L'enfant se comporte totalement différemment avec ses parents qu'avec les autres adultes.

- une sorte d'hyperactivité peut être relevée également dans ce cas, pouvant être valable dans d'autres familles également. Ici, ce symptôme apparaît au moment de l'acquisition de la marche. On peut analyser ce symptôme d'hyperactivité comme une lutte contre un mouvement de dépression.

Comme le souligne Paul Steinhauer dans *Le Moindre Mal*, les troubles de l'enfant liés à ce qu'il a vécu dans sa famille et à la séparation risquent de provoquer le rejet du milieu d'accueil, ce rejet rendant l'enfant plus difficile encore. (Steinhauer, 1996)⁴⁶.

Certains enfants font ainsi, par exemple, face à un nouvel abandon d'une famille adoptive qui se rend compte de l'impossibilité de créer des liens.

On ne peut pas reprocher à ces familles de ne plus pouvoir assumer un enfant qui teste le lien à tout moment et semble les rejeter, mais comment un enfant pourra-t-il à nouveau faire confiance à l'adulte après deux abandons?

3.2.2. Symptomatologie observée spécifique aux troubles de l'attachement

L'association PETALES (Parents d'Enfants présentant des Troubles de l'Attachement: Ligue d'Entraide et de Soutien) est une association de parents dont les enfants biologiques ou adoptés présentent des troubles de l'attachement. (Internet 4)

Le nom PETALES a été créé à Namur, en Belgique, en mars 2001 lors de la constitution de la première association de parents d'enfants présentant des troubles de l'attachement. La fleur de myosotis bleue dont un pétale se détache vers le haut, sans tomber, signifiant «ne m'oubliez pas, même si je ne peux m'attacher à vous»

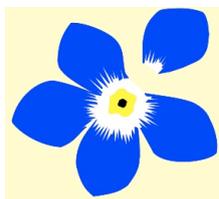


Figure 5.
Sigle de l'association
Petales (Internet)

L'association naît grâce à une association wallonne, WAT NU, existant en Flandres depuis les années 1990. Les parents francophones découvrent ainsi les travaux de Bowlby et parviennent à mieux comprendre ce dont souffre leurs enfants. Ils découvrent avec une certaine surprise que les troubles de l'attachement constituent une problématique déjà bien connue dans les pays anglo-saxons.

Voici quelques caractéristiques de comportement d'enfants souffrant de troubles de l'attachement. Ces informations, trouvées sur le site de l'association, ont été composées sur le vécu de dizaines de parents. Il est important de préciser, comme le fait PETALES, que «ce tableau inquiétant n'est pas une accusation, encore moins une condamnation de l'enfant souffrant de troubles profonds du lien». Cette liste, non scientifique, n'est pas exhaustive des problèmes pouvant être rencontrés par les parents d'enfants porteurs de ce trouble. Il ne s'agit que de pistes, permettant d'attirer l'attention sur ce diagnostic, pour une prise en charge précoce et de bonne qualité. Nous ne ferons ici qu'une liste rapide afin de représenter les difficultés pouvant être rencontrés par les parents adoptants.

- Les relations émotionnelles intimes, dans la famille, sont vécues par l'enfant comme menaçantes: l'enfant rejette les personnes les plus proches, c'est-à-dire les parents, et plus

particulièrement la mère, il supporte rarement les contacts physiques, l'affection, l'intimité. Il n'établit aucun contact ni relation profonde avec les parents ou les membres de la famille. Il évite le contact visuel, ne fait confiance à personne.

- Au niveau du développement social, ami de tout le monde, il sait observer, juger et manipuler les gens qui l'entourent. Il entretient des relations superficielles, s'adapte en apparence mais est très craintif face à l'inconnu. Il cherche une position d'exception dans les groupes: chef ou victime. Il a besoin d'attirer l'attention. Il ne choisit ni ne sélectionne ses amis.
- Le développement de la conscience et la notion des normes sont perturbés, il n'est sensible ni aux encouragements, ni aux punitions. Ne reconnaissant pas ses erreurs, il n'en retire aucune leçon. Il n'a pas de sentiment de culpabilité, pas de sens de responsabilité; Il n'a pas de respect pour les autres, n'a pas le sens du bien et du mal, d'où mensonges, vols, vandalisme. Il aime la violence, se blesse,...
- Les problèmes scolaires spécifiques: l'enfant souffre d'un manque de concentration et d'attention. Il ne tolère pas ou peu la frustration ni les situations de stress. Il a des difficultés à concevoir l'abstrait et a avoir de la logique.

Nous précisons enfin que certains chercheurs mettent en garde contre la banalisation du terme «troubles de l'attachement», pour lequel il semble exister plusieurs versions. Ainsi, Vivien Prior et Danya Glaser, dans leur ouvrage, notent préférer l'utilisation de la CIM-10 (Classification des troubles mentaux et comportementaux provenant de la classification internationale statistique des maladies et des problèmes de santé connexe, 10ème révision (Organisation Mondiale de la Santé, 1992)) et de la DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (American Psychiatric Association, 2000)) (Prior & Glaser, 2010)³⁷

Ces deux classifications stipulent que «le trouble réactionnel de l'attachement peut survenir en relation avec des soins maltraitants ou carencés dans l'enfance» (Prior & Glaser, 2010)³⁷

Cependant, si on regarde les symptômes proposés par la CIM-10, il en résulte deux catégories:

Les troubles de l'attachement avec désinhibition, où l'enfant présente des conduites d'attachement généralisées et non sélectives, des demandes d'affection et de sociabilité non-discriminatives. L'enfant montrerait des difficultés à former des relations intimes avec d'autres enfants. D'autres troubles du comportement et d'autres perturbations émotionnelles sont possibles.

Les troubles réactionnels de l'attachement montrent, eux, des réactions sociales contradictoires ou ambivalentes; Le bébé «peut s'approcher en détournant le regard, regarder ailleurs quand il est pris dans les bras, réagir avec un mélange d'approche, d'évitement et de résistance à la consolation». Inquiétude et hyper-vigilance peuvent être observés dans certains cas, ainsi que des perturbations émotionnelles telles qu'une «absence de réaction et un retrait et/ou des réactions agressives à sa détresse et à celle des autres» (Prior & Glaser, 2010)³⁷

Il nous semble retrouver, dans différents langages bien sûr, avec d'autres mots, les mêmes comportements...

Les auteurs du livre sont surtout méfiants, et sans doute à juste titre, vis-à-vis des attributs négatifs décrivant sur un ton diabolisant les enfants atteints de ces troubles et vis-à-vis des «thérapies» proposées pour lutter contre cette pathologie et qui peuvent donner lieu à «des interventions dont l'efficacité n'est pas prouvée et qui peuvent être dangereuses»

En effet, en 2000, une petite fille âgée de 10 ans meurt de suffocation après une séance d'«Attachment Therapy» qui «devait conduire cette petite fille à être plus satisfaite de sa mère adoptive». *L'Attachment Therapy* propose en effet la guérison des troubles de l'attachement par «reparentage [méthode qui inclue] un contact visuel sur ordre, une contention physique, des punitions avec coups et terreurs, et l'induction d'une régression». (Internet 5)

3.2.3. Autres données sur l'échec de l'adoption

Selon Catherine Sellenet, « la problématique de la différence [est] centrale dans toute adoption », par l'expérience personnelle de la perte et du deuil, par la parenté et les origines et par l'identité ethnoculturelle. (Sellenet, 2006)³⁹.

Les conclusions de l'auteure sont les suivantes : d'abord, par opposition aux idées reçues, les enfants étrangers adoptés ne seraient pas plus à risques, ni plus présents que les enfants en difficulté.

En revanche, comme on pouvait s'y attendre, l'adoption précoce « protégerait » en quelque sorte des difficultés de l'adoption... D'après ses chiffres, cependant, un tiers des enfants de l'échantillon, adoptés avant deux ans, présenteraient des difficultés. Les enfants adoptés après quatre ans seraient également plus vulnérables, sans doute à cause d'un passé plus lourd...

On rejoint ici les études de Keyes (Keyes, 2008)²² et Messer (Messer, 2006)³¹.

La psychologue remarque que les demandes d'aide viennent crescendo avec l'âge, « la préadolescence et l'adolescence concentrent tous les risques, que l'adoption ait été précoce ou tardive »

3.3. Les Mécanismes de défense de l'enfant abandonné.

Dans *Les Années Magiques*, Selma Fraiberg, psychanalyste, se demande :

« Mais que peut faire un enfant dans les dix-huit premiers mois de sa vie lorsque ceux qui l'entourent ne remplissent pas leur fonction de protection et qu'il est exposé à des expériences répétées et prolongées d'abandon ? Comment peut-il soulager sa propre souffrance ? Quels moyens a-t-il pour supporter son impuissance totale ou chasser « cette chose là-dehors » qui est vaguement associée à une expérience douloureuse ? » (Fraiberg S., 1993)¹³.

L'enfant va alors mettre en place des mécanismes de défense, primitifs, et différents de ceux des adultes.

Comme le signale le psychologue Denis Mellier, dans la revue *l'Ecole des Parents*, « à 9 mois, le bébé qu'on sépare de sa mère sait pleurer. À 3 mois, il reste silencieux : expression d'une angoisse profonde, ni reconnue ni repérable, une anxiété primitive ». Moins apte à avertir l'entourage de son angoisse, on a longtemps cru que le nourrisson ne ressentait rien. (Mellier, 2007)³⁰

Ces mécanismes, bien que nécessaires à la survie de l'enfant qui ne peut alors ni « mentaliser, verbaliser, raconter ses peurs, ses déboires, ses souffrances » (Chicoine J-F. & Lemieux J., 2005)⁶ risquent cependant également d'être délétères à long terme.

Nous citerons ici quelques mécanismes de défense utilisés, pouvant être à l'origine de troubles de l'attachement et du rejet de l'enfant vis-à-vis de ses parents adoptifs.

3.3.1. L'image du parent et de ses propres compétences

Tout d'abord, l'enfant peut avoir différentes réactions à l'abandon.

Un mécanisme de défense est l'idéalisation. En effet, selon Maurice Berger, psychiatre, «pour une partie de l'enfant, ses parents sont parfaits. La force absolue de cette idéalisation est pathologique. Aucun enfant en état de dépendance ne peut se permettre de penser que ses parents sont maltraitants. Donc il va occulter des événements passés. Pour l'enfant, la seule explication à ce qu'il vit, c'est que c'est de sa faute si ça se passe mal. C'est la culpabilisation primaire » (Berger, 2003)³

Et finalement, s'il ne peut voir son parent que comme finalement victime, lui aussi, de cet abandon, comment ne peut-il le pas reprocher aux parents adoptifs ? Si l'abandon n'a pas été expliquée à l'enfant, l'amalgame peut se faire entre ces deux processus si complémentaires...

D'un autre côté, et c'est ce qui semble dominer dans les troubles de l'attachement, l'enfant peut généraliser la conduite de son parent et perdre toute confiance en l'adulte. Il ne peut compter que sur lui-même, puisque les adultes le déçoivent, ne répondent pas à ses attentes. Comme le précisent les psychologues Martine Lamour et Marthe Barraco, l'enfant « perdra peu à peu le sentiment d'être compétent. Ses initiatives diminueront puisque ses signaux ne sont pas relevés. Il va ainsi s'installer et se renforcer un mode relationnel où l'enfant apparaît passif, peu expressif, «soumis» en apparence à l'adulte. De fait, il va tenter de se débrouiller seul en utilisant ses propres ressources internes » (Lamour, M. & Barraco, M., 1997)²⁵.

Cette perte du sentiment d'être compétent pourrait s'accompagner d'une dépréciation de soi basée, non seulement sur ce sentiment d'être incapable d'intéresser l'autre, mais en plus

d'être tellement incapable qu'il n'en est plus désiré. Dans notre cas clinique, l'enfant formule ainsi ses peurs d'être à nouveau abandonné.

Comme le signale Françoise Hallet, « Le premier lien que connaît généralement l'enfant, le lien avec sa mère, devient par la force des choses le premier modèle de ce qu'est une relation et de ce qu'il peut en attendre » (Hallet, 2003)²¹

3.3.2. Détachement et Processus d'Activité-Passivité.

D'autres moyens de défense sont mis en place, expliquant en partie certains comportements observés chez des enfants adoptés.

D'abord, Maurice Berger remarque la recherche d'une « maîtrise absolue des événements. [L'enfant] ne veut dépendre de personne, aucune relation n'est acceptable » (Berger, 2003)³. L'enfant va ainsi tout faire pour subvenir seul à ses besoins ou s'en donner l'illusion. Il s'agit d'enfants qui, très jeunes, veulent prendre le biberon seuls, par exemple.

Selma Fraiberg, décrivant les mécanismes de défense précoce du bébé, a suivi des enfants de mères gravement dépressives ou schizophrènes et décrit : des réactions de gel, où « l'enfant reste sans bouger pendant un long temps puis part dans un hurlement interminable », des phénomènes de lutte, remarqués dès l'âge de la marche, où l'enfant « attaque les liens, les objets, les personnes » et des perturbations de l'affect. (Fraiberg, 1993)¹³

Les perturbations de l'affect sont qualifiées par les psychologues Lamour et Barraco de très fréquentes, « du type inversion de l'affect anticipé par l'observateur (plaisir à la place de la douleur, rire à la place de la peur,...) ». (Lamour, 1997)²⁵

On peut aussi estimer que, suivant la théorie de Freud sur l'activité et la passivité, l'enfant, pour ne pas avoir à revivre l'abandon, décide d'être acteur plutôt que simple victime, testant ainsi le lien nouvellement formé avec sa famille adoptive, et le rompant à l'envi, prouvant ainsi sa maîtrise et son pouvoir sur les autres. Cette stratégie remplace ainsi « l'expérience de

se sentir menacé par celle de menacer, ce qui crée une illusion de pouvoir qui soutient le bien-être du sujet ».(Friard, D., Internet 6). La mère qui témoigne plus haut exprime ainsi cette ambivalence de l'enfant, entre amour et rejet.

3.3.3. Autres facteurs.

Bien sûr, cette liste n'est ni exhaustive ni scientifiquement prouvée. Il s'agit principalement de piste d'explication des comportements de ces enfants souffrant de pathologies du lien.

On peut par ailleurs également évoquer le processus de répétition, l'enfant s'enfermant dans un cercle vicieux d'abandon...

Tous les enfants vivant une séparation ne souffrent heureusement pas de troubles de l'attachement. Les mécanismes de défenses mis en place peuvent différer d'un enfant à l'autre et s'estomper avec le temps ou la prise en charge.

Dans *Le Moindre Mal*, Steinhauer suggère quelques facteurs pouvant influencer sur les réactions de l'enfant à la séparation, ces facteurs pouvant accentuer ou atténuer les réactions de l'enfant :

- l'âge de la séparation : Steinhauer estime que le développement cognitif de l'enfant « ne [lui] permet pas d'être rassuré sur la durée temporaire du placement ou d'en comprendre les raisons ». Il situe une plus grande fragilité de l'enfant lorsqu'il est âgé de six mois à quatre ans.
- La relation mère-enfant avant la séparation. (notion déjà pressentie par Spitz et Bowlby)
- Le « tempérament » (le caractère propre à chaque enfant), tous les enfants n'étant pas également sensible au stress.
- Les expériences antérieures de séparation : l'enfant est fragilisé par les expériences négatives et les ruptures antérieures.
- La durée de la séparation

- Les effets de l'environnement étranger : « la détresse et les séquelles entraînées par la séparation se trouvent significativement réduites si l'enfant est maintenu dans un environnement qui lui est familier ». (Steinhauer, d'après Internet 7)

3.4. Comment éviter les échecs ou les difficultés d'adoption

3.4.1. Traiter les troubles de l'attachement

Il n'existe pas de thérapie spécifique des troubles de l'attachement.

Cependant, Niels Peter Rygaard parle de la thérapie du milieu comme « une méthode utile pour fournir une base sûre aux enfants extrêmement agressifs et insécurisés » (Rygaard, d'après Internet 4). Il rappelle que « les deux principaux objectifs dans ce domaine sont de contrôler l'environnement en permanence (ce qui peut habituellement être obtenu au moins jusqu'à la puberté, même dans des cas sévères), et prévoir une supervision pour ceux qui travaillent avec ces enfants, afin de leur éviter une régression sous la pression des problèmes comportementaux de l'enfant »

Il expose également les principes de cette thérapie adaptée à différentes tranches d'âge.

Ainsi, pour les nourrissons et enfants jusqu'à trois ans, il rappelle que l'enfant ne présente pas encore les symptômes des troubles de l'attachement. Il conseille alors d'utiliser une thérapie dite de régression dont les principes sont principalement d'assurer une bonne alimentation, de stimuler l'enfant par des stimuli « tactiles et vestibulaires empathiques », de soutenir la régularité des rythmes corporels, afin de présenter à l'enfant un environnement totalement stable. Les stimuli doivent être faits de façon progressive, l'enfant carencé ne doit pas se retrouver d'un seul coup en « surplus » d'amour...

Il propose toutefois d'adopter la méthode kangourou, qui consiste finalement au portage constant de l'enfant, privilégiant ainsi un contact peau-à-peau, en augmentant progressivement la durée de portage chaque jour.



Fig. 6. Portage par
la méthode kangourou (Internet)

Pour tous les enfants, le psychologue conseille de diviser leur âge par 2, 3 voire 4, et d'adapter le discours à cet âge trouvé. Ceci permet d'éviter les discours moralisateurs, tentant de raisonner l'enfant car, il le constate « les mots ne comptent pas beaucoup avec les enfants atteints de troubles de l'attachement puisque le langage n'a pas acquis le contrôle de l'action ».

Au quotidien, le psychologue conseille « d'ôter les fardeaux » à l'enfant, fardeaux principalement de décision, afin de montrer à l'enfant que « vous êtes plus patient, vous êtes plus insistant, vous êtes plus fort et plus sage. Peu importe ce qu'il dit, l'enfant ne peut pas vivre sans votre aide ».

Dans *Comprendre l'Attachement*, Vivien Prior et Danya Glaser, se dressent contre les thérapies dites « inspirées de la théorie d'attachement » et proposant par exemple l'utilisation de la thérapie de maintien, consistant à retenir malgré lui l'enfant dans une position de proximité maximale avec le soignant principal, avec un contact oculaire forcé (Proposé par le Keys Attachment Centre). Cette méthode, non seulement dangereuse pour l'enfant, s'avère en désaccord avec la théorie de Bowlby, posant le soignant principal comme une base « *secure* » donc non effrayante. (Prior & Glaser, 2010)³⁷

Enfin, l'association Pétales rappelle que les enfants ont certes besoin d'aide mais leurs parents aussi, ayant ce rejet de l'enfant à vivre, et parfois sa violence. L'association conseille d'ailleurs un éloignement de l'enfant de la structure intra-familiale, même temporairement, pour le bien des deux parties.

3.4.2. Changer de regard sur les troubles de l'attachement

Parmi les différents témoignages, notamment ceux du documentaire d'Andréa Negrelli, *De l'enfant rêvé à l'enfant réel*, on retrouve un grand désarroi des parents adoptants face aux troubles de leur enfant, ceci pour plusieurs raisons. (Film *De l'enfant rêvé à l'enfant réel*, 2008)

D'abord, il semble tabou qu'une adoption ne marche pas, qu'on ne puisse pas « faire famille » comme le dit la réalisatrice. En effet, comme évoqué plus haut, la grande majorité des sujets traitants de l'adoption évoquent le « parcours du combattant » que traversent les parents pour avoir un enfant, au vu du peu d'enfants « disponibles ».

Alors comment, un parent, qui a eu la chance d'avoir un enfant, peut-il s'en plaindre ?

Comment imaginer qu'un enfant ne puisse s'attacher à nous, nous aimer ?

Cela semble tellement impossible que de nombreux parents tardent à en parler.

Ensuite, se pose le problème de la formation des thérapeutes. Une thérapeute publie un témoignage sur le site d'Andréa Negrelli, évoquant son ignorance face à ce sujet.

Si on ne connaît pas les troubles de l'attachement, les raisons, les symptômes, comment accueillir sans jugement la parole des parents ? Nous l'avons vu plus haut, les enfants sont en général avenants face aux inconnus, il peut donc être difficile de cerner le problème.

De même, quelques enfants peuvent mentir, parlant d'abus de maltraitance de la part de leurs parents adoptants.

On peut ainsi trouver le témoignage suivant sur le site de Pétales :

« Une enfant adoptée à l'âge de 6 mois, qui s'est très bien adaptée en France, fait, dès ses 8 ans et demi, de très grandes colères suite à une visite d'un cousin de son papa adoptif venant de son pays d'origine. Les reproches ont fusé de ne pas connaître sa mère et de l'avoir « prise ». La violence éclate pour un rien, malgré l'aide d'un psychologue, il y a eu une cassure : à 17 ans, elle nous insulte et ne nous reconnaît plus comme parents bien qu'elle soit suivie par un centre psychologique pour adolescents. Le centre ne nous a pas aidés. Nous aurions voulu faire une thérapie familiale mais comme elle ne le voulait pas, ils n'ont pas insisté. Elle ne voulait pas non plus quitter son école... Nous avons envisagé un internat, pensant atténuer les tensions. Elle a fait une dépression et plusieurs tentatives de suicide... Nous avons accepté

qu'elle reste dans son école et dans sa maison...Un jour, nous recevons une lettre du Juge des Enfants : nous étions convoqués et une enquête pénale était en cours. Nous avons su que notre fille avait porté des accusations d'abus sexuels de la part de son père : elle l'avait confié à son professeur d'allemand... Elle a été placée en milieu de vie et y restera jusqu'à ses 18 ans. Après son départ, nous avons retrouvé des enregistrements sur ordinateur. Elle avoue avoir accusé son père pour que ses profs s'occupent plus d'elle et parce qu'elle ne voulait pas quitter cette école...

Quand nous avons reçu la convocation du Juge, elle a dit : « je dirai qu'il n'y a rien et ce sera fini »...Depuis, c'est le mutisme, elle ne dit ni oui ni non, donc l'enquête pénale n'avance pas et nous ne pouvons que renouer difficilement avec elle par des contacts téléphoniques ou des visites médiatisées... Son souci principal est la recherche de ses origines, mais elle occulte tout le problème du à ces accusations. Mon mari est toujours en liberté.

(Une maman adoptive d'une jeune fille de 17 ans d'origine polonaise)» (Internet 4)

Ces actes peuvent sembler des appels à l'aide...

Le regard du thérapeute se doit d'être neutre, car les parents adoptifs, comme tous les parents ne peuvent pas et ne sont pas des supers-parents. Ce sont des parents comme les autres, avec leurs défauts, leurs failles, leurs histoires. Ils ont seulement voulu tenter l'aventure de l'adoption, comme d'autres ont fait un enfant.

Ces enfants souffrant de troubles de l'attachement ont besoin d'une thérapie et la famille adoptive ne peut être l'unique méthode de thérapie...

Comme le traite La revue de la Médecine Générale dans un article d'octobre 2003, « les parents qui demandent de l'aide ont droit à la reconnaissance de leur demande d'aide. Malgré leurs difficultés, ils ne veulent pas être dépossédés de leur enfant, mais participer à sa prise en charge et aux décisions prises.

Autant que possible, le médecin traitant devrait interroger les parents de façon neutre et non culpabilisante et les rassurer dans leurs principes d'éducation.

Les parents attendent de leur médecin autre chose que: *“Il se développe bien dans l'ensemble”*. Il est nécessaire d'attacher de l'importance aux premiers signes de comportements décrits comme “anormaux” par les parents.» (Hallet, 2003)²¹

Mais ceci ne peut se faire sans une formation adéquate des futurs médecins.

4. Quelques remarques illustratives issues de l'ethnologie

Nous compléterons ces propos sur l'attachement et les difficultés de l'adoption par une vision plus élargie des concepts d'attachement et de parentalité. Ainsi, nous pouvons nous demander, à l'instar de Vivien Prior et Danya Glaser, si l'attachement est une notion valable dans toutes les cultures, ou uniquement occidentale ?

Nous étudierons ensuite des cas d'adoption dans des sociétés extra-occidentales, ceci nous permettant peut-être de trouver des pistes pour améliorer l'adoption dans les pays occidentaux.

4.1. La théorie de l'attachement, valable dans d'autres cultures ?

4.1.1. Problèmes méthodologiques

Bien que Mary Ainsworth ait fait ses premières constatations sur l'attachement dans une société extra-occidentale, les anthropologues estiment que la procédure de la *Situation étrangère*, imaginée par la chercheuse quelques années plus tard, était difficilement utilisable telle qu'elle l'est dans les pays occidentaux. Les chercheurs trouvent en effet que « la Strange Situation représente une expérience de nature différente pour des enfants de cultures où la séparation d'avec la mère ou d'un autre soignant est un événement rare », étant même une « situation de détresse extrême pour les enfants et les parents africains, tandis qu'il s'agit d'une situation qui comporte un stress moindre pour les enfants occidentaux ». (Pisani, L., 2005)³⁶

4.1.2. Les exemples de différentes sociétés africaines

Il est bien sûr important de préciser que la classification de l'attachement a été établie par Mary Ainsworth suite à ses observations en Ouganda. C'est là-bas qu'elle a estimé que

l'attachement « *secure* », étant le plus fréquent, était sans doute l'attachement « normal » (hypothèse de normativité). (Guédeney & coll., 2009)¹⁸

Ainsworth précise « il n'y a rien dans mes observations pour contredire l'hypothèse que, s'il le peut, un petit enfant va chercher à s'attacher avec une figure... bien qu'il y ait plusieurs personnes disponibles comme soignants » (Ainsworth, d'après Guédeney & coll., 2009)¹⁸

D'autres anthropologues aboutiront aux mêmes conclusions, comme Kermorian et Leidermann, en 1986, dans leur étude sur l'attachement des nourrissons Gusii, qui, bien que soignés par leur mère et d'autres soignants, comme les frères et soeurs plus âgés, seront majoritairement attachés de façon « *secure* » à leur mère (61%). En revanche, ceci n'empêche pas l'attachement de façon « *secure* » à des soignants non-maternels (54%). Dans cette société, la division des tâches entre soignants est stricte : la mère s'occupant « de la plupart des soins physiques et de la santé de son enfant, les autres figures d'attachement prenant en charge les activités sociales et ludiques » (Guédeney & coll., 2009)¹⁸

En 1977, l'anthropologue Marvin étudie les enfants Hausa (*ou Haoussas selon les traductions*) du Nigeria. Cette ethnie a pour caractéristique la polygamie, impliquant un partage des tâches liées à l'enfant, partage moins strict que chez les Gusii, notamment à cause de la dangerosité de l'environnement (cuisine collective, outils pour l'agriculture,...) Dans son étude descriptive de 18 nourrissons, le chercheur observe que les enfants développent des attachements envers plusieurs figures, bien qu'ils choisissent une figure d'attachement principale, généralement celle qui les tient le plus souvent dans les bras et interagit avec eux. Cette figure n'est pas toujours la mère biologique. (Prior & Glaser, 2010)³⁷ Marvin confirme également le lien entre exploration et attachement, montrant le rôle protecteur de l'attachement, les enfants ayant une grande proximité physique avec leurs figures d'attachement qui répond rapidement aux sollicitudes de l'enfant, celui-ci n'étant pas autorisé à explorer seul son environnement (Guédeney & coll., 2009)¹⁸

Les Efé ou Pygmées de Zambie forment une société de chasseurs-cueilleurs où les enfants sont également élevés dans un système de soignants multiples. Les enfants têtent ainsi toutes les femmes aussi bien que leur mère. Morelli et Tronick, en 1991, rapportent ainsi des cas de nourrissons passant 60% de leur temps avec des personnes autres que leur mère à 18 semaines et une moyenne de 14,2 soignants sur ces dix-huit premières semaines. Cependant, les

nourrissons montreraient une préférence pour les soins de leur mère. (Prior & Glaser, 2010)³⁷
Il est par ailleurs utile de préciser que la nuit, seule la mère s'occupe de son enfant.

4.1.3. L'expérience des kibboutz israéliens

Une situation qui nous a semblé intéressante est celle de l'expérience des Kibboutz israéliens. D'après le Registre des sociétés coopératives, un kibboutz est « une unité de peuplement dont les membres sont organisés en collectivité sur la base de la propriété commune des biens, préconisant le travail individuel, l'égalité entre tous et la coopération de tous les membres dans tous les domaines de la production, de la consommation et de l'éducation ». Aujourd'hui, dans les kibboutz « les maisons d'enfants sont devenues des garderies et des centres d'activités », mais autrefois, pensant que « l'unité familiale était obsolète et que le kibboutz tout entier devait être une grande unité familiale », « les enfants dormaient dans des maisons d'enfants avec un soignant pour assurer leurs besoins pendant la nuit ». Cette expérience, bien que qualifiée de « fascinante » par les responsables des kibboutz, était considérée comme « pénible » par les parents et les enfants. (Kedura d'après Prior & Glaser, 2010)³⁷

Cette expérience a toutefois été étudiée par des chercheurs, comme Nathan Fox, en 1977 :

« Les soins communautaires des enfants commencent dès quatre jours, quand le bébé est ramené de l'hôpital à la maison. Le bébé est placé dans une maison de bébés aux soins d'un soignant formé - un *metapelet*. La mère, qui a un congé de maternité de 6 semaines, peut prendre soin de l'enfant aussi longtemps qu'elle le souhaite, mais l'enfant dort la nuit dans la maison des bébés.

Au fur et à mesure que la mère reprend progressivement ses charges dans le kibboutz, le *metapelet* prend la responsabilité majeure des soins de l'enfant.

Vers 3-4 mois, certains enfants sont confiés à une seconde *metapelet*. Cette femme reste le soignant primaire du groupe jusqu'à ce que les enfants entrent au jardin d'enfants... Quand l'enfant a un an et demi, ses parents le voient une fois par jour, à 16h, pendant trois heures, quand tous les enfants retournent chez leurs parents ». (Fox, traduction de Prior & Glaser, 2010)³⁷

Selon Fox, les mères et les *metapelet* seraient « équivalentes comme figures d'attachement ». Ainsi, lors de procédures de séparations-réunions en treize étapes (donc différentes de la « situation étrangère ») « aucune différence significative n'a été observée dans les protestations de séparation quand la mère ou la *metapelet* laissait l'enfant avec une étrangère ». Cependant,

le chercheur note des différences de comportement lors des réunions, ce qui le pousse à conclure que « les enfants sont plus attachés à leur mère qu'à leur metapelet ». (Fox par Prior & Glaser, 2010)³⁷

Toutefois, l'étude considère que, globalement, « la metapelet était une figure d'attachement interchangeable avec la mère pour la plupart des enfants ». (Prior & Glaser, 2010)³⁷

En 1985, Sagi publie une étude comparant les relations d'attachement d'enfants en kibboutz, séparés la nuit de leurs parents avec d'autres enfants israéliens allant en crèche et dormant dans leur famille. Il montre alors que seulement « 59% vivant dans les kibboutz sont attachés de façon « *secure* » à leur mère contre 75% des enfants allant en crèche ». (Guédeney & coll., 2009)¹⁸

En 1994, le chercheur évalue la sécurité d'attachement de 23 nourrissons de kibboutz dormant ensemble et 25 nourrissons de kibboutz qui dorment avec leur famille. Ils concluent que « 48% des enfants qui dormaient ensemble étaient attachés de façon « *secure* » avec leur mère par rapport à 80% de nourrissons dormant en famille » (Prior & Glaser, 2010, d'après van IJzendoorn et Sagi, 1999)³⁷.

Ces observations rejoignent finalement les propos de Bowlby qui précisait que la figure d'attachement était surtout « la personne qui s'occupe le plus de l'enfant, en particulier dans ses moments d'angoisse (comme au cours de la nuit) » (Goldbeter Merinfeld, 2005)¹⁷

Comme le stipule Prior, « des études ont été réalisées dans de nombreuses cultures différentes, et toutes ont trouvé que la théorie de l'attachement est applicable à travers les cultures »

Toutefois, ainsi que le précise l'auteur, ce qui peut différer d'une culture à l'autre, c'est « l'expression de la sensibilité maternelle et les manifestations d'un comportement de base de sécurité ». (Prior & Glaser, 2010)³⁷

4.2. Abandon et Adoption dans d'autres cultures : exemple de la circulation d'enfants dans la société Kanake. (d'après l'étude de Marie-Odile Pérouse de Montclos (Pérouse De Montclos, 2001)³⁵)

4.2.1. Culture mélanésienne et conception de la famille.

La culture océanienne promeut la circulation d'enfants, à l'instar de la culture mélanésienne. Marie-Odile de Montclos précise qu'il s'agit d'échange « entre ou au sein du clan, entre voisins proches ou éloignés, et chez lesquels la réciprocité des dons trouve son importance, non dans la qualité des biens échangés mais dans la relation qu'elle génère ».

Ainsi, De Monléon évoque la situation de la Polynésie Française, de culture Maori, où la famille donnant l'enfant « souhaitent aussi créer des liens avec une famille qui habite à l'autre bout du monde, et qui fera dorénavant partie de leur famille élargie » (De Monléon, 2000)¹⁰.

Marie-Odile de Montclos précise que « L'individu est un instrument du lien social, il n'existe que par rapport à autrui, à son clan, à sa terre, et n'est qu'une part d'un ensemble auquel l'appartenance est vitale »

De ce fait, le lien parental n'est pas exclusif mais pluriel ; Les enfants « ne sont [...] pas la propriété exclusive de leurs parents biologiques, ils appartiennent au *kopu tangata*, au groupe tout entier et leurs parents ne doivent pas les garder pour eux seuls » (Collectif Regard sur l'enfant fa'a'amu, 1992)⁷.

Ainsi, sur le plan linguistique, les frères du père seront appelés « père » au même titre que le géniteur. De même, les soeurs de la mère seront appelées « mère ».

Si ceci est destiné à «renforcer le sentiment d'intégration de l'enfant», les auteurs de l'étude s'aperçoivent que certains des enfants et adolescents interrogés « éprouvent une certaine difficulté à exprimer leur rapport de parenté au-delà de leur famille « proche », à savoir père et mère biologiques et adoptifs » (Pérouse de Montclos, 2001)³⁵.

Les auteurs analysent également les rôles des parents biologiques :

Ainsi, « le rapport à la mère biologique resterait privilégié, au moins dans les premiers mois de la vie de son enfant ». L'enfant n'est pas retiré dès les premiers mois et la mère peut bien souvent allaiter.

Après le sevrage, seule la responsabilité physique de l'enfant incombe à la mère. L'éducation est assurée collectivement par les femmes présentes.

La tradition n'accorde au père biologique qu'un « rôle accessoire dans la procréation ». Il n'a donc envers son enfant qu'une « responsabilité morale et sociale ».

Le véritable père de l'enfant au sens « donneur de vie » est, dans la culture mélanésienne, comme dans d'autres cultures traditionnelles comme chez les Nuers (Soudan) l'oncle maternel.

Leenhardt l'affirme ainsi : « c'est lui qui est le premier prévenu de la naissance de l'enfant et qui sera chargé de lui insuffler dans l'oreille la respiration donc la vie » (Pérouse De Montclos, 2001)³⁵. Il assure l'éducation de l'enfant et permet son intégration sociale. Il est le « référent privilégié [...] lors des grands événements tels que naissance, mariage ou deuil.

On observe beaucoup de transferts d'enfants au profit de l'oncle utérin, qui est le « père » symbolique». (Pérouse de Montclos, 2001)³⁵

On peut imaginer, que si l'enfant a de multiples figures d'attachement, ses attachements privilégiés se forment avec sa mère biologique, de par le contact privilégié pendant les premiers mois, jusqu'au sevrage, et avec le père social, c'est-à-dire l'oncle maternel.

4.2.2. Les transferts d'enfant

Les auteurs de l'article distinguent deux grands types de transferts dans la société mélanésienne :

- l'adoption d'amitié, « très répandue, se matérialise par une simple remise de l'enfant ; elle reste en principe sans effet sur le statut personnel de celui-ci ». Les auteurs donnent l'exemple des grands-parents, qui adopteront leur petit-fils afin d'avoir une aide dans leurs vieux jours. L'adoption d'amitié peut s'apparenter à un simple « prêt ».

- l'adoption coutumière. « Publique ou privée, cette forme de transfert correspond à une recherche d'héritiers par un individu ou une collectivité. Elle intervient dans des situations particulières, entraîne une modification du nom et de la situation de l'enfant (ou de l'adulte adopté), et correspond sur ces points à l'adoption prévue par le droit français ».

Sur le plan linguistique, ces deux grands types d'adoption sont très distingués. Ainsi, adopter est *pa épo* (prendre enfant) et élever *ipiérù* ou *èrù*. (Bensa & Leblic, 2000)²

L'enfant est considéré comme un bien d'échange. Ainsi, il appartient à la collectivité entière et sa décision de don appartient au clan, et non à la mère biologique.

Un des premiers cas de transfert d'enfant dans le cadre de l'adoption coutumière publique est le cas où il faut assurer la pérennité d'un clan, en l'absence d'héritier. Il s'agit là d'une décision « politique » en quelque sorte.

L'adoption privée répond à une démarche de don/contre-don.

M. Leenhardt donne l'exemple suivant : « La femme accordée à un clan est un prêt. Elle doit faire retour à son clan en la personne de sa fille ou de sa petite-fille [...] Si une génération est empêchée, la dette est renvoyée à la génération suivante. Ces contrats peuvent durer sur trois ou quatre générations » (d'après Pérouse de Montclos, 2001)³⁵

Il est important de stipuler que l'adoption privée est un don sans abandon, qui répond à des exigences sociales. C'est un don pour satisfaire le désir d'un parent.

Cela peut être pour transmettre un nom. Ainsi, on donne un fils au frère aîné puisque la tradition veut que « la branche aînée dispose d'une valeur propre et [puisse] assurer sa descendance ». Cela peut être également pour « restaurer un certain équilibre démographique et spatial » (et contrer ainsi les effets des déplacements de population). (Pérouse de Montclos, 2001)³⁵

Marie-Odile de Montclos précise qu'il s'agit d'une démarche « a priori volontaire » même si on peut imaginer que la pression sociale et culturelle exercée sur les femmes principalement, rend difficile pour elles la possibilité de dire non à un parent.

Peut-on réellement imaginer que « les fibres maternelles ne semblent réagir le moins du monde » comme le souligne Mélanésien d'aujourd'hui ? (cité par Pérouse de Montclos, 2001)³⁵

C'est ce que semble signaler le livre *Regard sur l'enfant Fa'a'amu* : « Accepter de donner un enfant est faire preuve d'esprit familial avec le demandeur. Une norme sociale aussi puissante implique qu'il est difficile de refuser un enfant, surtout si le demandeur est un parent proche ». (Collectif *Regard sur l'enfant Fa'a'amu*, 1992)⁷.

Cette volonté de don, ancrée dans la culture et dans la tradition peut effectivement être en opposition à « l'occidentalisation » de la société kanake par le contact avec les Européens. Ainsi, « le métissage des cultures entraîne une cohabitation, certes intériorisée mais à la fois clivée des modes de représentations kanak et européen pouvant favoriser un sentiment d'ambivalence dans le cadre de l'adoption coutumière » (Pérouse, 2001)³⁵.

Certes, l'intégration dans une nouvelle famille n'entraîne pas, comme en métropole, une rupture des liens avec la famille d'origine. Aucun secret n'est gardé quant à l'origine de l'enfant, il est même important de lui transmettre la mémoire de ses origines.

Le don de l'enfant a souvent lieu dès la naissance. En effet, le transfert matériel de l'enfant semble être « préconisé au cours de la première année, et ce sans qu'une période d'adaptation soit prévue ». Selon d'autres sources de l'auteur « le don de d'enfant ne serait parfois que symbolique, et ne porterait d'effets que pour l'avenir ». Elle cite ainsi le cas de « certains enfants *déplacés* [qui] seraient ainsi élevés par leurs parents biologiques jusqu'à leur mariage, les conséquences coutumières et sociales de ce don ne les affectant qu'au moment de l'âge adulte et du mariage » (Pérouse, 2001)³⁵

Toutefois, les quatre désirs contradictoires soulevés par Lévine dans les cas d'adoption plénière peuvent être présents s'il y a des non-dits, notamment celui de l'accord sincère ou non de la mère, ou celui du flou des identités dans le milieu familial qui fait qu'une mère adoptive sera par exemple appelée tantine (l'enfant garde en effet les termes de parenté de son ancienne position et respecte la prohibition de l'inceste).

Les quatre désirs sont les suivants :

- le désir de fidélité aux géniteurs
- le désir d'éliminer les géniteurs du champ de sa pensée, ce qui reviendrait à nier la réalité de ses origines biologiques
- le désir de vivre comme «enfant de personne»
- le désir enfin de s'inscrire de façon harmonieuse dans cette triple appartenance : famille des géniteurs, des adoptants et des enfants adoptés.

Ainsi, même si les liens familiaux semblent plus explicites (puisque l'enfant garde le plus souvent des contacts avec la mère génitrice), il semblerait que cette « zone d'incommunicabilité », décrite par Lévine, existe aussi chez l'enfant kanak. (Lévine, 1996)²⁸

Pour conclure, les troubles d'attachement ne semblent ainsi pas exister dans ces processus de transferts d'enfant kanak.

On peut dégager plusieurs hypothèses :

- d'abord le lien continue avec la mère biologique, même dans les cas de séparation lors de la première année (sauf si la famille adoptive choisit de couper les liens avec la famille biologique ou si l'enfant vit trop loin de sa famille biologique)
- l'absence d'intermédiaire entre les familles. L'enfant n'aura pas de multiples figures d'attachement, car il ne connaîtra, en fin de compte que deux « familles ». De même, dès la disparition de sa mère, l'enfant connaît immédiatement un substitut affectif en la personne de la mère adoptive.
- le fait que ces processus de transferts sont traditionnels et fréquents (dans l'étude d'Isabelle Leblic, sur 826 enfants, 341 avaient été donnés, soit 41%, ce qui est fortement éloigné des 0,6% d'enfants adoptés en France) (Bensa & Leblic, 2000)²

Conclusion :

L'objectif de ce mémoire était de comprendre les liens entre troubles de l'attachement et difficultés d'adoption.

Nous avons ainsi vu que, loin des clichés traditionnels, l'adoption est une filiation à construire en prenant compte des vécus de chacun, notamment ceux de l'enfant.

L'enfant qui arrive dans une famille n'est pas vierge de toute histoire et a pu vivre certains traumatismes qui auront des séquelles sur sa vie affective. Les troubles de l'attachements sont une pathologie du lien. L'enfant souffrant de troubles de l'attachement aura des difficultés à créer des liens avec ceux qui l'entourent, et principalement ses parents adoptifs, ayant vécu des ruptures de lien traumatisantes.

Comment des enfants ainsi carencés affectivement peuvent-ils à nouveau faire confiance aux parents qui l'adoptent?

Il semble important que la famille et les professionnels soient informés du risque de cette pathologie, afin de permettre le développement de l'enfant dans un environnement suffisamment sécurisant pour lui.

Ainsi, une prise en charge précoce de ces troubles pourrait éviter ou tout au moins atténuer les difficultés voire les échecs d'adoption. En effet, des thérapies existent, principalement basées sur la théorie du lien d'attachement. Il semble également nécessaire de réfléchir à la prévention de ces troubles, en se basant, par exemple, sur d'autres sociétés, comme la société Kanake, où il n'existe pas d'intermédiaire entre le parent biologique et le parent adoptif.

Il reste surprenant, malgré le nombre important de documents sur ce sujet et l'antériorité des recherches, que la formation et l'information des professionnels et des parents ne soit pas plus conséquente.

Il pourrait être intéressant d'instaurer des sessions de formation obligatoire pour les parents adoptants, afin qu'ils aient conscience des difficultés possibles. Cela éviterait sans doute les drames qui se jouent parfois dans les familles, où l'éloignement familial de l'enfant devient la seule solution.

Mais tout ceci ne peut se faire sans une formation adéquate des professionnels, qu'ils soient travailleurs sociaux, psychologues, médecins, ou de tout autre profession en contact avec des enfants.



Fig. 7. Bébé en interaction (Internet)

Bibliographie :

¹ Assemblée Nationale, 2010. Auditions issues de la mission d'information sur la révision des lois bioéthiques. La documentation française.

² Bensa, A. & Leblic, I., 2000. En pays Kanak, Ethnologie, linguistique, archéologie, histoire de la Nouvelle-Calédonie. Maison des sciences de l'Homme.

³ Berger, M., 2003. Pathologie du Lien. Conférence du 15 mai 2003 à l'institut Erasme.

⁴ Bowlby, J. 2002. Attachement et perte, vol.1, L'attachement. PUF, 539 pages

⁵ CCNE, 2005. Avis n°090: Accès aux origines, anonymat et secret de la filiation. Conseil Consultatif National d'Ethique.

⁶ Chicoine, J-F. & Lemieux, J., 2005. Les attachements particuliers. Les troubles de l'attachement en adoption internationale. Société de pédiatrie internationale.

⁷ Collectif Regard sur l'enfant fa'a'amu, conférences du 28 avril 1992, APRIF, 1993.

⁸ Dayan, J., 2008. La dépression du nourrisson Ses relations avec la carence affective et les troubles des interactions précoces. Médecine Thérapeutique Pédiatrie, vol. 11, n°2.

⁹ Delannoy, C., 2004. Au risque de l'adoption, une vie à construire ensemble. La découverte, 271 pages

¹⁰ De Monléon, J.V., 2000. Qui sont mes parents? Filiation adoptive en fonction du temps et de l'endroit. Archives de Pédiatrie, vol 7. pp.529-535.

¹¹ De Monléon, J.V. et coll., 2003, Les consultations post-adoption. Archives de Pédiatrie 10, Supplément 1. pp.240-242.

¹² Dugravier, R. 2010. L'enfant hospitalisé et la théorie de l'attachement. Archives de Pédiatrie 17. pp.723-724

- ¹³ Fraiberg, S., 1993. Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. Devenir 1993/1.
- ¹⁴ Freud, S. 1900. L'interprétation des rêves. PUF (2003), 756 pages.
- ¹⁵ Freud, S. 1920. Essais de psychanalyse. Payot (2001), 277 pages.
- ¹⁶ Freud, S. 1921. Psychologie des masses et analyse du moi. PUF (2010), 101 pages.
- ¹⁷ Goldbeter Merinfeld, E., 2005. Théorie de l'attachement et Approche Systémique. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2005/2 n°35, p. 13-28.
- ¹⁸ Guédeney, N., Guédeney, A. et coll., 2009. Attachement: Approche théorique, Du bébé à la personne âgée. Elsevier Masson, 230 pages.
- ¹⁹ Guédeney, N., Guédeney, A. et coll., 2010. Attachement: approche clinique. Elsevier Masson, 225 pages.
- ²⁰ Guillien, R., Vincent, J. 2005. Lexique des termes juridiques. Dalloz, 15ème édition, 650 pages.
- ²¹ Hallet, F. 2003. L'enfant souffrant de troubles de l'attachement. La Revue de la Médecine Générale n°206.
- ²² Keyes & al., 2008. The Mental Health of US Adolescents Adopted in Infancy. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, vol 162, N°5. pp.419-425.
- ²³ Kniebielher, Y. 1995. Formes Anciennes d'adoption. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 43 (10-11). pp.459-464.
- ²⁴ Laisné, C. & Heyman, I., 2005. Problèmes actuels d'hospitalisme en néonatalogie. Deux exemples en Martinique. Le Coq-héron, 2005/2 n°181. pp.68-79.
- ²⁵ Lamour, M. & Barraco, M., 1997. Les représentations du bébé en souffrance chez les soignants: penser l'impensable. Devenir 1997/1.

- ²⁶ Laurent, Y., 2005. Enfants adoptés, l'envers du décor. La Vie n°3107.
- ²⁷ Lecanuet, J.P., Granier-Deferre, C., DeCasper, A.J., Maugeais, R., Andrieu, A.J. & Buynel, M.C. 1987. Perception et discrimination foetale de stimuli langagiers mise en évidence à partir de la réactivité cardiaque. Résultats préliminaires. Comptes-Rendus de l'Académie des Sciences de Paris. Série III (t.305). pp161-164.
- ²⁸ Levine J. (1996), Que savons-nous du vécu des enfants adoptés ? In Dahoun, Z.K.S. Adoption et cultures, de la filiation à l'affiliation. L'Harmattan. 242 pages.
- ²⁹ Médecins du Monde, 2008. Le Devenir des enfants adoptés, Étude sur le parcours et la situation actuelle des enfants adoptés entre 1990 et 2000 par l'intermédiaire de la Mission Adoption de Médecins du Monde.
- ³⁰ Mellier, D. (2007) Les premières séparations, La détresse muette. Revue de l'Ecole des Parents n°563, mars 2007.
- ³¹ Messer, N., 2006. Enfants issus de l'adoption internationale: état de santé et prise en charge; Etude cas-témoin portant sur 73 enfants adoptés. Thèse de Médecine de l'Université Claude Bernard - Lyon 1.
- ³² Montagner, H., 1974. Communication non verbale et discrimination olfactive chez les jeunes enfants: approche éthologique. L'unité de l'Homme, pp 246-270.
- ³³ Montagner, H. 2006. L'attachement, les débuts de la tendresse. Odile Jacob, 336 pages.
- ³⁴ ONED, 2009. La situation des Pupilles de l'État Enquête au 31 décembre 2009, ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger)
- ³⁵ Pérouse de Montclos, M.-O. & al., 2001. Lien social et processus d'attachement chez l'enfant adopté en milieu kanak. La psychiatrie de l'enfant, 2001/1 Vol.44. pp.233-265.
- ³⁶ Pisani et al., 2005. La relation entre la croissance de l'enfant, l'attachement entre l'enfant et la mère, et le temps de réponse maternelle au signal de l'enfant chez les Dogons du Mali. Devenir 2005/4.

³⁷ Prior, V. & Glaser, D., 2010. Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement. De Boeck, 335 pages.

³⁸ Rygaard, N.P., 2005. L'enfant abandonné, Guide de traitement des troubles de l'attachement. De Boeck Université, 272 pages.

³⁹ Sellenet, C., 2006. Recherche sur les enfants adoptés en difficultés. Agence Française de l'Adoption.

⁴⁰ Sellenet, C., 2008, La parentalité adoptive et ses nouveaux enjeux. Archives de Pédiatrie 15; pp.492-494.

⁴¹ Simmel, G., 1908. Sociologie, Etude sur les formes de la Socialisation. PUF (2010), 756 pages.

⁴² Sorge, F. & Laurent, C., 2003. Morbidité des enfants adoptés. Enquête préliminaire: Adoption 2002. Archives de Pédiatrie, 10, supplément 1. pp.242-244.

⁴³ Soulé, M. & Lévy-Soussan, P., 2002. Les fonctions parentales et leurs problèmes actuels dans les différentes filiations. La psychiatrie de l'enfant, vol 45. pp.77-102.

⁴⁴ Spitz, R., 1993. De la Naissance à la Parole. PUF, 306 pages.

⁴⁵ Spitz, R. et Wolf, K. The Smiling Response: A Contribution to the Ontogenesis of Social Relations. Genetic Psychology Monographs, 34 (Août 1946). pp.57-125

⁴⁶ Steinhauer, P., 1996. Le Moindre Mal, la question du placement de l'enfant. Presses Universitaires de Montréal.

⁴⁷ Terra, 2009: Cours donné aux PCEM2 de Lyon Est le 23 décembre 2009.

⁴⁸ Winnicott, D.W., 1957. Deux enfants adoptés. L'enfant et le monde extérieur. Payot, pp.73-88.

Références Internet :

- 1- <http://www.dimdi.de/dynamic/en/klassi/diagnosen/icd10/htmlfren/fr-icd.htm> [Site officiel provisoire de l'Organisation Mondiale de la Santé]
- 2- http://www.amiform.com/web/document-depistage-individuel/diaporamas/troubles_de_laudition.pdf [Site de l'Association Médicale Indépendante de FORMation]
- 3- www.legifrance.gouv.fr [Site national de publication des textes officiels]
- 4- www.petales.org [Site de l'association PETALES International (Parents d'Enfants présentant des Troubles de l'Attachement, Ligue d'Entraide et de Soutien)]
5. <http://www.prevensectes.com/at2.htm> [Site de prévention par l'information sur les sectes]
- 6- http://www.serpsy.org/formation_debat/defense.html [Site de l'association Soins, Etude et Recherche en PSYchatrie; Texte rédigé par Dominique Friard, titulaire d'une Maîtrise de Santé Mentale, d'un DEA de Droit Médical et doctorant en Psychologie]
- 7- <http://www.philippefabry.eu/formation.php?f=57>) [Site de Dominique Fabry, formateur à l'Institut Régional de travail social de Paris Île de France]

Filmographie :

De l'enfant rêvé à l'enfant réel, l'attachement et ses troubles. Film d'Andréa Negrelli. 2008, Live Productions.

Iconographie :

Fig. 1: L'enfant a le regard fixé sur sa mère lors de la tétée. Statue Masai (Internet) 11
<http://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/une-hypothese-heureuse-94983>

Fig.2. Konrad Lorenz nageant avec ses canetons. (Internet) 17
www.delapsychologie.com

Fig. 3. Macaque Rhésus et deux mannequins, (Internet)	18
http://start.eegspectrum.com/Newsletter/mar2004.htm	
Fig 4. Enfant souffrant de carence affective partielle (Internet)	42
http://www.youtube.com/watch?v=UtBI9zaPvsU&feature=related	
Fig. 5. Sigle de l'association Petales (Internet)	48
http://www.petales.org/	
Fig. 5. Portage par la méthode kangourou (Internet)	56
http://yayablog.over-blog.net/categorie-10033456.html	
Fig. 6. Bébé en interaction (Internet)	69
http://www.youtube.com/watch?v=oppZtDujw8o	

TABLE DES MATIERES

<u>Introduction</u>	4
<u>1. La Construction du lien affectif</u>	6
<u>1.1. Le développement psychologique de l'enfant</u>	6
<u>1.1.1. La première année de vie</u>	6
<i>1.1.1.1. Le stade oral primitif ou narcissique primaire (de 0 à 6 mois)</i>	7
<i>1.1.1.2. Le stade oral tardif ou cannibalique ou la relation anaclitique (de 6 à 12 mois)</i>	8
<u>1.1.2. La deuxième année de vie: le stade anal</u>	8
<i>1.1.2.1. Le stade sadique anal</i>	9
<i>1.1.2.2. L'opposition</i>	9
<u>1.1.3. Les autres stades</u>	9
<u>1.2. La relation mère-enfant pendant la première année de la vie</u>	10
<u>1.2.1. Un couple singulier et asymétrique</u>	10
<u>1.2.2. Le stade préobjectal et l'apparition du Gestalt-signe</u>	12
<u>1.2.3. Du stade objectal à l'angoisse du huitième mois</u>	13
<u>1.2.4. La relation dyadique: influences mère-enfant</u>	13
<u>1.2.5. Une mère «tout juste bonne»</u>	15
<u>1.2.6. L'acquisition de la marche et les changements relationnels qu'elle entraîne dans la dyade</u>	15
<u>1.3. La Théorie du lien d'attachement</u>	16
<u>1.3.1. Des études des ethologues...</u>	17
<u>1.3.2. ...Aux travaux de Bowlby</u>	19
<u>1.3.3. Des études plus récentes</u>	20

<u>1.3.4. La «strange situation» de Mary Ainsworth ou comment évaluer la qualité des relations d'attachement</u>	23
<u>2. L'adoption, une filiation pas comme les autres</u>	26
<u>2.1. Législation des filiations adoptives</u>	26
<u>2.1.1. L'adoption plénière</u>	26
<u>2.1.2. L'adoption simple</u>	28
<u>2.2. Adoption et Représentations</u>	29
<u>2.2.1. Tous les enfants sont-ils adoptables?</u>	30
<u>2.2.2. La dette de l'adoption</u>	32
<u>2.2.3. La recherche des origines.</u>	33
<u>2.3. Le devenir des enfants adoptés</u>	34
<u>2.3.1. La santé mentale des enfants adoptés.</u>	34
<u>2.3.2. Santé physique et développement des enfants adoptés</u>	36
<u>2.3.2.1. Scolarité</u>	37
<u>2.3.2.2. Problèmes somatiques</u>	38
<u>2.3.2.3. Autres troubles</u>	38
<u>3. Les troubles de l'attachement</u>	40
<u>3.1. Des études troublantes: l'hospitalisme de Spitz</u>	40
<u>3.1.1. La carence affective partielle</u>	40
<u>3.1.2. La carence affective totale ou hospitalisme</u>	42
<u>3.2. Difficultés et Echecs d'Adoption</u>	44
<u>3.2.1. Les troubles de l'attachement, «coupables» d'échecs</u>	

<u>d'adoption</u>	45
<u>3.2.2. Symptomatologie observée spécifique aux troubles de l'attachement</u>	48
<u>3.2.3. Autres données sur l'échec de l'adoption</u>	50
<u>3.3. Les mécanismes de défense de l'enfant abandonné</u>	51
<u>3.3.1. L'image du parent et de ses propres compétences</u>	52
<u>3.3.2. Détachement et Processus d'Activité-Passivité</u>	53
<u>3.3.3. Autres facteurs</u>	54
<u>3.4. Comment éviter les échecs ou les difficultés d'adoption</u>	55
<u>3.4.1. Traiter les troubles de l'attachement</u>	55
<u>3.4.2. Changer de regard sur les troubles de l'attachement</u>	57
<u>4. Quelques remarques illustratives issues de l'ethnologie</u>	59
<u>4.1. La théorie de l'attachement, valable dans d'autres cultures?</u>	59
<u>4.1.1. Problèmes méthodologiques</u>	59
<u>4.1.2. Les exemples de différentes sociétés africaines</u>	59
<u>4.1.3. L'expérience des kibboutz israéliens</u>	61
<u>4.2. Adoption et Adoption dans d'autres cultures: exemple de la circulation d'enfants dans la société Kanake.</u>	63
<u>4.2.1. Culture mélanésienne et conception de la famille</u>	63
<u>4.2.2. Les transferts d'enfant</u>	64
<u>Conclusion</u>	68
<u>Bibliographie</u>	70
<u>Table des matières</u>	76

TROUBLES DE L'ATTACHEMENT ET DIFFICULTES D'ADOPTION

Date de Soutenance: 22 septembre 2011

Résumé: L'homme est un animal nidicole: l'enfant est dépendant de ses parents pendant les premières années de son développement.

Il va ainsi développer une relation particulière avec la personne qui s'occupe de lui (aussi appelée *caregiver* dans les ouvrages anglo-saxons). Cette relation s'assimile à la notion d'empreinte développée par les éthologues. Cet attachement à son *caregiver* (sa mère dans la majorité des cas) sera à la base de toutes ses relations futures.

Les enfants vivant des ruptures de lien traumatique pendant la petite enfance peuvent avoir de graves séquelles sur leur développement. Une fois adoptés, ces enfants ne guérissent pas seuls et on peut assister à de grandes difficultés voire à des échecs de l'adoption.

En effet, comment des enfants carencés affectivement peuvent-ils faire à nouveau confiance à des parents? Pour se protéger lors de la rupture, l'enfant va mettre en place des systèmes de défense qui vont, à terme, être délétères dans ses relations sociales.

Ce mémoire tente de chercher des pistes à suivre pour éviter les troubles de l'attachement.

Abstract: *Human being is a "presocial" animal. A child depends on his parents along the first years of his life. This is the reason why he will develop particular relationship with those who are lavishing on him: his caregiver.*

This relationship is related to stamp notion developed by ethologist.

His future relationships will be based on this attachment to his carer (who is mainly the mother).

Traumatic break of emotional bond in early childhood can cause serious effects on personal development.

After adoption these children do not recover on their own and we can witness serious difficulty or even adoption failures.

Actually how children who faced deprivation could trust parents?

To protect against the effects of breach, child use psychological defense mechanisms. Over the long term, these mechanisms could be what will be harmful for his relationships.

This work is trying to suggest some new avenues of research to avoid reactive attachment disorders.

MOTS-CLES: Abandon / Adoption / Troubles de l'attachement / Filiation / lien affectif / dyade mère-enfant / attachement *secure* /

KEY-WORDS: Abandoning / Adoption / Reactive Attachment Disorder / Filiation / emotional bond / mother-kind dyad / secure attachment /

MAITRE DE MEMOIRE : Mathilde SIMOENS

AUTEUR : Marion BOUTY
2 Les Erables
01 600 ST BERNARD