

JOURNÉES DE FORMATION

RECONNUE PAR LES SOCIÉTÉS SUISSES
DE PÉDIATRIE ET DE PÉDOPSYCHIATRIE
(6,5 CRÉDITS DE FC)



LA SANTÉ DE L'ENFANT ADOPTÉ *SOMA ET PSYCHÉ*

Formation destinée aux pédiatres
et pédopsychiatres romands



espace adoption

**21 mars 2013
31 octobre 2013
& 20 mars 2014**

**Hôtel Alpha Palmiers
Lausanne**

Table des matières

3 Avant-propos

Première journée: Défis d'attachement et construction des liens en adoption

- 4 L'adoption aujourd'hui en Suisse, Maryse Javaux
- 6 Enfants et familles d'adoption: des ruptures à la construction des liens, Dr Marchand
- 8 La normalité des familles adoptives: questions d'attachement, Dr Chicoine
- 10 Le développement psychomoteur des enfants adoptés, Mme Wittgenstein-Mani

Deuxième journée: Parcours de vie et enjeux de santé en pré-adoption

- 12 Intervention Nathalie Allaman (représentante des associations de familles)
- 13 Intervention Marlène Hofstetter (Terre des hommes)
- 14 Evaluer l'adoptabilité des enfants confiés en adoption: de l'idéal à la réalité, M. Boechat
- 16 De l'enfant rêvé à l'enfant réel: se préparer à l'adoption, Dresse Cohen Herlem
- 18 L'analyse du dossier médical en pré-adoption, Dr Sorge
- 20 Aléas de la parentalité: l'impact émotionnel de la PMA, Joëlle Darwiche

Troisième journée: Suivi médical et soutien thérapeutique en post-adoption

- 22 Intervention Priti Aeschbacher (Adoptis)
- 23 Intervention Denise Sakkal (Bureau Genevois d'Adoption)
- 25 L'adoption, une filiation à risque? revue de la littérature, Blaise Pierrehumbert
- 27 Enjeux pubertaires: pour une prévention des risques, Dr de Monléon
- 29 Les enfants adoptés d'origine étrangère, Dresse Von Overbeck Ottino
- 31 Les ados adoptés et leurs parents: entre risques et potentialités, Nino Rizzo

Avant-propos

Ces trois journées de formation ont fait suite à une première journée organisée en novembre 2011 qui était centrée sur le rôle du pédiatre dans la santé de l'enfant adopté. Les associations qui ont porté ce projet sont Médecins du Monde-Suisse et Espace adoption, en collaboration avec trois associations de familles adoptives de suisse romande (Adoptons-nous, @dopte.ch et l'ajfa). Le fil conducteur lors du développement de ce programme a d'abord été d'analyser les lacunes d'accès aux soins identifiés par les associations de parents; lacunes dans la qualité de la prise en charge mais également dans la répartition géographique de l'offre de prise en charge. Il était visé également de cibler les acteurs principaux de la prise en charge des enfants adoptés et c'est pourquoi, la formation s'est adressée d'abord aux pédiatres mais également aux pédopsychiatres, acteurs incontournables dans cette prise en charge, ainsi qu'aux autres professionnels concernés et intéressés par cette problématique.

Cette formation a rencontré un grand succès, plus de 70 professionnels ont suivi une ou plusieurs des journées proposées. C'est ce qui nous encourage à poursuivre ce travail et à concevoir pour 2016 une nouvelle formation de deux jours, autour de la santé et du développement de l'enfant adopté au sein de sa famille, depuis l'accueil de l'enfant jusqu'à son âge adulte et les éventuels questionnements sur ses origines.

Nous espérons que cette nouvelle formation sera l'occasion pour certains d'approfondir leurs connaissances sur ce thème, et pour d'autres de le découvrir, afin d'élargir petit-à-petit le réseau de professionnels sensibilisés à la problématique de l'adoption et donc d'améliorer la prise en charge des familles concernées.

Première journée: le 21 mars 2013

Défis d'attachement et construction des liens en adoption

L'adoption aujourd'hui en Suisse

Maryse Javaux Vena est juriste de formation. Depuis 2009, elle est collaboratrice scientifique à l'Office fédéral de la justice, en charge des questions relevant de l'adoption internationale

➤ Bases légales

L'adoption en Suisse respecte les principes fondamentaux de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (Convention de la Haye), qui réunit un peu plus de nonante Etats contractants. Parmi ces principes figure celui de l'intérêt supérieur de l'enfant. L'adoption internationale est reconnue comme une mesure de protection de l'enfant mais subsidiaire à une mesure de réintégration dans la famille élargie ou d'adoption de l'enfant dans son pays d'origine, dans le même contexte socio-culturel. Environ la moitié des adoptions faites en Suisse sont conclues sous l'égide de cette Convention.

En 1997, la Suisse ratifie également la Convention relative aux droits de l'enfant. Cette Convention ne traite pas spécifiquement de l'adoption mais énonce des principes ayant trait au bien de l'enfant, notamment celui selon lequel chaque enfant a le droit de grandir dans un contexte familial.

➤ Les acteurs de l'adoption

L'Autorité centrale fédérale est l'acteur incontournable de l'adoption en Suisse. Elle est l'interlocuteur privilégié des autorités étrangères et représente la Suisse dans les enceintes internationales. Elle a la compétence d'édicter des instructions ou des recommandations s'agissant de la procédure d'adoption et est chargée de l'accréditation et de la surveillance des intermédiaires en matière d'adoption.

Les Autorités centrales cantonales sont la première plateforme de renseignements pour les futurs parents adoptifs. Elles sont chargées non seulement de l'évaluation sociale et de l'agrément, mais aussi du suivi et de la surveillance après l'adoption.

Les intermédiaires en adoption jouent un rôle dans la préparation, le suivi et l'encadrement des parents adoptants. Ils constituent un dossier pour chaque enfant et le gardent précieusement car ils sont chargés d'accompagner l'enfant devenu adulte dans la recherche des origines s'il le souhaite. Les différents professionnels tels que les pédiatres, les psychologues, les psychiatres, mais aussi les associations de parents, ont également un rôle important à jouer dans l'adoption.

➤ Conditions à l'adoption en droit suisse

Le code civil met l'accent sur le bien de l'enfant. De par leur situation personnelle, familiale, sociale et matérielle, ainsi que de par leur santé et leur capacité éducative, les futurs parents adoptifs doivent apporter la garantie qu'ils **pourront durablement et de manière adéquate s'occuper de l'enfant** qu'ils adoptent et pourvoir à son **entretien** et à son **éducation**. L'ordonnance sur l'adoption du 29 juin 2011 définit plus précisément les critères

d'évaluation, par exemple les motivations des futurs parents, le bien-être des autres enfants, le respect de l'origine de l'enfant, l'absence d'infractions des candidats, la préparation, l'écart d'âge, le profil de l'enfant etc.

➤ **Procédure d'adoption**

Les candidats déposent une requête auprès de l'autorité centrale cantonale, puis participent à une séance d'information. Ils sont soumis à une évaluation, obtiennent (ou pas) l'agrément, puis ils démarrent la longue attente (souvent 5 ans en ce moment). La proposition d'enfant arrive avec un dossier médical sur l'enfant, plus ou moins fourni selon le pays d'origine. Et enfin, s'ils obtiennent les autorisations, ils peuvent partir rencontrer l'enfant et rentrer en Suisse avec lui, puis ils débutent la phase de suivi post-adoption avec les autorités cantonales.

➤ **Statistiques**

	2011	2010	2009	2008	2007
Total	663	705	649	711	708
Intrafam.	257	284	271	308	281
Non intrafam.	406	421	379	403	427
-Suisse	39	33	30	36	33

En 2011, il y a eu 663 adoptions, dont 257 étaient des adoptions intrafamiliales (principalement des adoptions de l'enfant du conjoint). Donc ce sont 406 enfants qui ont été adoptés en-dehors du cercle familial. 39 enfants étaient des enfants nés en Suisse, les autres venaient en majorité d'Ethiopie (81), de Colombie (36), de Thaïlande (31).

En Suisse, en 2011, sont arrivés surtout des enfants petits de moins de 5 ans. 50% ont même moins de 3 ans. 90-95% sont en bonne santé globale. 3-6% sont atteints de manière réversible et 0-2% sont porteurs d'un handicap lourd ou de maladie irréversible. La proportion d'enfants petits et en bonne santé a tendance à diminuer chaque année, car ces enfants-là trouvent plus facilement des familles à l'intérieur des pays d'origine, donc ce sont les enfants plus grands ou atteints dans leur santé qui sont confiés pour l'adoption internationale.

➤ **Congé d'adoption : "le grand écart intercantonal"**

Concernant le congé d'adoption, le secteur privé ne possède pas de règlement, puisque le Code des Obligations et la loi sur les allocations pour perte de gain ne prévoient rien. Il existe par contre une réserve qui permet aux cantons de légiférer.

➤ **Révision législative en cours**

La dernière révision du droit d'adoption date de 1972. Il est temps de l'adapter, car la Suisse a l'une des législations les plus restrictives d'Europe (âge minimal de 35 ans et mariage depuis 5 ans). La révision prévoit ainsi de ne plus réserver l'adoption de l'enfant du conjoint aux couples mariés mais de l'ouvrir aux partenaires et d'abaisser l'âge du dépôt de la demande d'adoption à 28 ans. Le processus législatif étant très lent en Suisse, il est possible d'espérer la révision pour 2017 au plus tôt.

Enfants et familles d'adoption: des ruptures à la construction des liens

Dr Etienne Marchand est médecin spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, installé à Lausanne et à Prangins. Il a été médecin conseil de l'Autorité Cantonale vaudoise en matière d'adoption.

Y a-t-il des enfants adoptés qui ne seraient pas «adoptables»? Comment aider les familles adoptives à faire avec les séquelles des traumatismes (abandon, maltraitance) et leurs conséquences dans la vie quotidienne.

➤ **Du côté de l'histoire de l'enfant et de la « mère du début » : un récit à trous**

Que sait-on vraiment de l'origine de l'enfant ? L'enfant a vécu au moins une séparation, la plupart du temps plusieurs, dont celle avec la maman du début, celle avec la ou les personnes qui s'en sont occupé, et lorsqu'ils sont plus âgés, avec des compagnons d'orphelinats ou une famille de passage, parfois plusieurs, voire quelquefois avec des frères et sœurs. Tout cela représente des ruptures qui vont jouer un rôle important dans la possibilité d'entrer ou non dans de nouvelles relations.

➤ **Du côté des parents et de la rencontre**

AVANT: Le fossé entre le rêve de famille et la réalité de la famille adoptive sera bien entendu extrêmement différent selon qu'il s'agit d'un choix préalable ou d'un « plan B ». Au sein du couple, l'adoption est-elle vécue comme une chance ou une malchance? Est-ce que la stérilité du couple a résonné sur un sentiment d'incompétence, de culpabilité ou d'injustice? La famille élargie joue également un grand rôle : ont-ils confiance dans la compétence du couple à être parents. Ont-ils un regard bienveillant sur l'adoption?

PENDANT: Enfin, la rencontre avec l'enfant, et la confrontation à sa différence. Il y a bien sûr les différences visibles de la couleur ou d'un éventuel handicap mais plus profondément il y a des différences de rythme qui peuvent parfois déclencher des agacements ou incompréhensions. Comment accorder son envie de le serrer enfin dans ses bras avec la réticence d'un bébé ou d'un enfant à être porté?

APRES: L'enfant est là, chez nous. Sa capacité d'adaptation dépend bien sûr de son vécu précédent, de la qualité de la rencontre et du voyage. Quelles traces garde-t-il de son histoire d'avant? Les traumatismes liés à la maltraitance précédant l'adoption peuvent avoir des conséquences durables avec une grande difficulté à croire dans la bienveillance du monde nouveau. Certains enfants adoptés n'ont parfois tellement pas eu de rencontres fiables avec les adultes, ont vécu des réponses si souvent inadaptées qu'ils interprètent de manière erronée les intentions de leur milieu adoptif. Du coup si les réponses étonnent au début par leur imprévisibilité, quand elles se répètent, elles peuvent s'avérer extrêmement blessantes pour l'entourage qui s'épuise dans des tentatives inefficaces de trouver des pistes de réparation.

Il développe en parallèle un déficit de contextualisation avec une incapacité à savoir si le contexte est bienveillant ou hostile. Cela épuise ces enfants qui n'ont par ailleurs pas appris à considérer le monde extérieur et les apprentissages comme intéressants et potentiellement utiles. Ils pourront alors mettre parfois toute leur énergie à lutter contre les tentatives des adultes enseignants, ou des parents qui veulent les aider à faire leurs devoirs

parce qu'ils ne voient que le côté dangereux de l'influence des autres.

A l'adolescence et à l'âge adulte, on pourra aussi parfois observer des manœuvres de sabotage, surtout au moment où tout semblait bien aller, et qui peuvent à nouveau faire basculer dans l'horreur une situation apparemment apaisée mais devenue mystérieusement insupportable pour un détail qui nous a échappé.

Pour les parents adoptifs, comment vivre avec l'émergence de tels troubles, comment ne pas les renforcer ? J'ai l'habitude de dire que si Winnicott a parlé de la mère, et par extension des parents « suffisamment bons », lorsqu'il s'agit de parents adoptifs il serait bien qu'ils soient « suffisamment meilleurs. » Meilleurs parce que plus capables encore que des parents de sang de recevoir des rejets répétés sans rejeter.

Ce sont des histoires terribles et irracontables qui ont été le terreau dans lequel a germé l'idée de construire avec les parents le conte de l'adoption, ces moments où nous essayons de trouver des mots à la fois clairs et pudiques qui permettront de raconter cet irracontable que les parents ont entendu ou lu dans le dossier, voire imaginent avoir entendu entre les lignes ou perçu dans le comportement de leur enfant adopté, ou les silences des intermédiaires, ou les trous du dossier.

➤ **Du côté des professionnels et des rencontres avec les familles adoptives**

Les formations comme celle que nous sommes en train de vivre ensemble doivent nous aider à repérer où nous en sommes face au thème de l'adoption et être attentifs aux différents écueils, pas seulement chez nos vis-à-vis mais aussi à l'intérieur de nous. Le besoin de réparation et le risque de jugement nous guettent peut-être plus particulièrement dans l'adoption. Il me semble que le fait de s'occuper d'enfants qui ont déjà souffert dès le début dans ce qu'on imagine être une immense solitude nous fait espérer des parents adoptifs surhumains, si l'on ne tient pas compte du désarroi que représente le fait de vouloir prendre dans ses bras aimants un enfant qui s'y refuse parfois dans la durée.

➤ **Conclusion**

S'occuper de l'adoption c'est décider d'avoir du temps à disposition, pour écouter et tenter de comprendre les enjeux émotionnels pour les uns et les autres, prendre le temps de repérer les rythmes parfois non accordés des uns et des autres et les aider à viser des rythmes compatibles. C'est aussi s'autoriser dans l'après-coup à aller interroger les résonnances personnelles de ce que nous avons vécu dans ces entretiens.

Et pour finir cette phrase de Mark Twain : « *ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait* » que j'ai épinglée dans ma salle d'attente.

La normalité des familles adoptives. Questions d'attachement

Jean-François Chicoine est pédiatre au CHU Sainte-Justine à Montréal, Directeur de la consultation médicale d'adoption & de santé internationale, Professeur adjoint à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal et Directeur scientifique de la société *Le monde est ailleurs* (www.lemondeestailleurs.com).

Un enfant adopté, avec ou sans problématique médicale, chirurgicale ou développementale, est d'emblée un enfant à particularités ou à besoins spéciaux, peu importe ce que les autorités définissent. Le fait d'avoir été abandonné, négligé, institutionnalisé, séparé, etc., le met d'office dans une classe à part en termes de vulnérabilité. À part, mais pas anormale, loin de là, d'où l'intérêt de définir un large spectre à la normalité évolutive attendue. À notre consultation, parents et intervenants sont conscients des caractères particuliers des enfants et leurs familles adoptives et des marges possibles à constater en termes de croissance, de sécurité affective et d'acquis moteurs, cognitifs et langagiers. Il existe ainsi une *normalité adoptive* qui englobe un certain nombre de ces éléments particuliers. Certains enfants vont avoir des besoins très spéciaux, un enfant âgé, un syndrome d'alcoolisation foetale; ces besoins encore plus spéciaux peuvent éclipser le fait que l'enfant a aussi des besoins d'adoption habituels qu'il ne faut pourtant pas minimiser. Les modulateurs de cette normalité sont également liés au regard des parents. Certains parents vont avoir une idée figée d'un enfant abandonné à la *Oliver Twist* en se disant que cet enfant a juste besoin d'amour et qu'une fois adopté, tout sera réglé. Alors que l'amour ne suffit pas! D'autres parents, mieux formés ou plus sensibles, auront une conception plus importante de la maltraitance et de la négligence antérieures subies par cet enfant-là.

➤ **Une capacité de survivre dans l'adversité**

En consultation viennent des enfants qui devraient être morts ou qui ne seraient pas là s'ils n'avaient pas eu la capacité de survivre dans l'adversité grâce, notamment, à une forme de résilience. Au Québec, nous amenons très rapidement les parents à changer leur vocabulaire de "victime" à " survivant". Dès l'arrivée de l'enfant, les parents peuvent devancer les questions et discuter de la perception de l'enfant de son histoire. Comme parent, il est primordial de ne jamais nier la réalité éprouvante du passé, mais de ne jamais tomber dans la pitié. Il est important de parler ouvertement de la force intérieure de l'enfant, de son courage et surtout de ne pas inventer des raisons d'abandon pour soulager le traumatisme.

➤ **Une mauvaise gestion du stress**

L'enfant qui a été brusqué, abandonné, a une forte sollicitation des amygdales, et il produit plus de cortisol, responsable du stress, et sur une plus longue durée et avec des effets sur son cerveau en construction. Comme il ne bénéficie pas des soins nécessaires, sa réponse au stress peut être durablement altérée ainsi que certaines fonctions mnésiques ou attentionnelles.

➤ **Une perspective sensorielle singulière**

Avant de parler d'attachement entre parents et enfant, il faut que les systèmes physiologiques et de comportements s'accordent. Chez les enfants adoptés, il y a régulièrement des troubles des perceptions sensorielles (ne perçoivent pas le toucher chaleureux par exemple), et cela peut expliquer certains de leurs comportements. C'est un domaine à explorer absolument avant de parler de problème d'attachement.

➤ **Modèle opérant interne et attachement**

Au lieu d'un cycle de confiance (où l'enfant obtient une réponse rapide, cohérente et prévisible à un besoin qu'il exprime), l'enfant adopté va développer dans les premiers mois de sa vie un cycle de méfiance. Et, dès ses 18 mois, à mesure que se développe son cortex cérébral, il se construit un Modèle Opérant Interne négatif où il s'attend à ce que la réponse qu'on lui apporte soit inexistante, inappropriée ou négative.

L'attachement enfant-parent permet aussi, et ultérieurement, de mieux s'individualiser et de se séparer. Mais cela est dur pour un enfant qui n'a pas été forgé à un modèle apaisant et sécurisant. D'ailleurs, le but de l'adoption est bien l'attachement et non pas l'adaptation. Il faut avoir l'air particulièrement positif avec les enfants blessés, car leur estime de soi est très fragilisée (peur de dire non, envie de plaire, peur d'être rejeté, réabandonné). Cela nécessite une restructuration du discours quotidien parental. Les enfants adoptés demeurés insécures ont des difficultés avec la culpabilité, ils ne la ressentent pas ; ils ressentent la honte. Il est préférable que les parents ne donnent pas de punitions, mais qu'ils cadrent par des choix et des conséquences. Cette restructuration du discours prend du temps, c'est pourquoi les cours préadoption devraient être obligatoires. En adoption, il ne faut pas être un bon parent, il faut être un parent exceptionnel.

➤ **Marginalités scolaires**

Leur permanence (leurs repères spatiaux, temporels, leur pensée) est retardée. On peut s'attendre à une certaine immaturité affective, à des flous espace-temps, à des dérégulations. Important donc de leur offrir un milieu stable et de se rappeler qu'ils ne perçoivent pas toujours le monde comme pleinement cohérent. Ils présentent aussi plus fréquemment que d'autres des troubles attentionnels et des fonctions exécutives.

➤ **Une identité courtepoin**

C'est la perte qui fonde l'identité adoptive, et cela a un impact sur le développement, l'autonomie, l'estime de soi, la scolarisation, les relations interpersonnelles et familiales etc. Ces enfants ont souvent le besoin de comprendre, de trouver les morceaux manquants du puzzle.

➤ **Conclusion**

L'adoption est un processus public mais quand l'enfant arrive cela redevient une affaire privée, qui isole parfois le parent en demande. C'est à la société de s'ajuster ; on n'est pas obligé d'adopter. C'est pourquoi le congé d'adoption est très important. C'est une prétention de l'Occident de dire à des pays pauvres qu'on va s'occuper de leur enfant parce qu'on a de l'argent et qu'on a des systèmes scolaires alors que l'on n'est pas capables de résoudre leur problème d'attachement et d'apaisement sécuritaire pendant les premiers mois ou années en permettant aux parents une disponibilité inconditionnelle.

La normalité adoptive a le droit d'être considérée non pas dans l'indifférence mais dans sa différence.

Le développement psychomoteur des enfants adoptés: enjeux spécifiques

Anne-Françoise Wittgenstein Mani est licenciée en psychologie et psychomotricienne ASTP, responsable de la filière Psychomotricité de la Haute Ecole de Travail social (GE), responsable d'un intermédiaire agréé en adoption (Association Suisse des Amis de l'Enfance Népalaise (ASAEN))

Savoir si les enfants adoptés rencontrent des défis spécifiques dans leur développement psychomoteur nous amène à questionner les enjeux de la rencontre qu'il a faite avec son environnement physique et social dès les premiers instants de sa vie. Cette rencontre se passe avant tout par le biais de son corps, qui est aussi l'interface à travers laquelle l'enfant rencontre ses parents d'adoption et établit de nouvelles relations avec eux. Les enjeux des relations qui s'instaurent dès ce moment s'ancrent dans les capacités sensorimotrices de l'enfant, mais s'originent aussi dans la trace des liens pré-adoptifs.

A travers son développement psychomoteur, chaque enfant éprouve des expériences qui contribuent à sa croissance comme personne différenciée. L'individuation est elle-même le résultat d'un processus tant sensori-moteur que perceptif, affectif et cognitif. Pour l'accomplir, l'enfant a besoin d'un entourage qui lui offre des points d'appuis dont les premiers sont corporels, à travers notamment le dialogue tonico-émotionnel, premier ajustement intersubjectif. Il représente le premier mode de régulation pour le bébé soutenant les états de vigilance et lui permettant d'intégrer les états d'alerte. Ce mode de régulation externe offre un appui sur lequel vont progressivement s'intérioriser chez l'enfant des représentations mentales contribuant au développement de l'image de son corps et des caractéristiques du monde.

En effet, le développement psychomoteur, souvent vu comme une succession d'acquisitions motrices et posturales, ne saurait être compris en dehors d'une relation. L'environnement doit donc pouvoir disposer de certaines conditions pour favoriser chez l'enfant le sens de la prévisibilité: pouvoir s'adapter à son rythme, répondre d'une façon ajustée à l'expression de ses demandes et stimuler l'exploration de nouvelles modalités relationnelles, en lui offrant une présence disponible et interactive. Le développement de sa tonicité aide également l'enfant à réguler le flux d'information qui lui parvient de lui-même et de l'environnement, l'attention portée sur la sensation ressentie se déplaçant alors sur l'effet de son geste. Le développement psychique dans ses dimensions cognitive, motrice et affective s'étaye ainsi, sur l'expérience du corps compris comme interface de la communication entre soi et l'autre, le « dedans » et le « dehors ». **Winnicott** notamment nous a enseigné la place prépondérante de l'expérience partagée à travers le corps dans le développement de l'enfant et celui de la parentalité.

Dans le processus d'adoption, c'est également à partir de ces expériences sensorielles et psychiques que les premiers liens se nouent, émotions et sensations se bousculant lors de la rencontre et l'instauration des premières relations, dans le temps de la prise de connaissance et de l'appivoisement. Le contexte du développement précoce de l'enfant et celui dans lequel il rencontre sa future famille représentent fréquemment des facteurs de vulnérabilité. Les parents adoptants ont donc un ajustement supplémentaire à faire, tant au moment de la "naissance" adoptive qu'après, dans la construction des liens filiatifs. Mais

comment faire face à ce qui n'est pas prévisible? Comment poser des jalons pour se sentir moins débordés lors des premiers liens? Etre disponible aux premières interactions et leurs conditions, leurs modalités? Assurer la fonction qui contribue à contenir l'expérience du point de vue de l'enfant mais aussi supporter les moments plus difficiles.

Voyager dans le pays d'origine de l'enfant avant sa rencontre peut se révéler très utile car cela offre la possibilité d'un premier ajustement à l'environnement dans lequel les parents se trouveront lors de la procédure d'adoption. Prévoir quelques objets simples qui peuvent médiatiser les premiers contacts entre l'enfant et ses nouveaux parents est important, de même que la recherche d'objets transitionnels qui puissent accompagner la séparation de l'enfant et de son premier environnement.

Enfin, il est nécessaire que les parents soient conscients des enjeux normaux et prévisibles du développement psychomoteur de la petite enfance et de la façon dont ils peuvent se manifester à travers les manifestations quotidiennes des relations dans leurs dimensions non-verbales. En effet, même des enfants adoptés grands peuvent avoir besoin de revisiter, à travers une saine régression, certaines étapes précoces de leur développement psychomoteur et affectif pour pouvoir les intégrer. L'adoption représente un facteur de déséquilibre important pour l'enfant comme pour ses parents, qui vient ébranler leur équilibre sensori-tonique à chacun. Il revient aux professionnels de se proposer comme auxiliaires possibles dans la recherche de nouveaux points d'appui qui puissent intégrer les dimensions à la fois psychiques et corporelles de l'être. Sans que ceux-ci perdent de vue l'importance des éprouvés corporels dans le développement et les interactions; leur importance comme événements quotidiens en tant que liaison entre sensations corporelles et psychisme via l'émotion.

Deuxième journée: le 31 octobre 2013

Parcours de vie et enjeux de santé en pré-adoption

Intervention de Nathalie Allaman, représentante des associations de familles

Nathalie Allaman est Dr en sciences de la vie et chercheur, mère de trois enfants dont deux sont adoptés. Elle fait partie de l'association de parents adoptants @dopte.ch

Les trois principales associations de familles sont **@dopte.ch** qui regroupe 350 familles sur Vaud et Genève, **Adoptons-nous** qui comprend 140 familles sur Neuchâtel et **l'association jurassienne des familles adoptives** avec 40 familles.

A l'origine, des parents ont ressenti le besoin de se rencontrer afin de partager leur histoire de vie, que ce soit des moments de bonheur mais aussi les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer au quotidien. Ces réunions ont été finalisées par la création d'associations de parents adoptants dès les années 1980. L'enfant est au cœur du souci de ces associations et aujourd'hui certains enfants devenus adultes prennent une part active et ont un regard très intéressant et fort sur leur histoire de vie ; ce sont des portes paroles très importants.

Le but de ces associations est tout d'abord d'offrir une formation et des informations aux couples avant l'adoption, de proposer des soutiens et des conseils et puis d'être un lieu d'accueil et de partage pour ces familles. Ces associations peuvent aussi être un lien entre les organes compétents et les familles, ceci en respectant l'éthique en matière d'adoption.

Pour pouvoir former et informer les couples, les associations ont mis sur pieds des cours, des ateliers de préparation à l'adoption, proposés à Neuchâtel et à Lausanne, par des professionnels, psychologues, pédiatres ou autres.

Il est aussi important de pouvoir soutenir les parents qui le demandent. Différentes propositions peuvent leur être faites, notamment à Lausanne un appui médiation où les couples et leur enfant sont accueillis en présence de médiateur pour renouer la parole qui est parfois difficile.

Il y a aussi des lieux et des moments de partages: les fameuses journées des familles mais aussi d'autres espaces, comme à Lausanne, *l'Espace Palabre* ou pour les adoptés le *café des adoptés*. Ces moments de rencontres sont importants notamment pour les parents adoptants parce qu'ils permettent de réaliser qu'ils ne sont pas seuls au monde, que d'autres couples vivent les mêmes difficultés et que la normalité adoptive n'est pas juste une belle théorie. Ils peuvent s'exprimer en toute liberté et sans jugement.

Ces associations trouvent nécessaire de créer des liens avec les professionnels de la santé c'est pourquoi elles participent et co-organisent ces journées de formation.

Introduction à la journée du 31 octobre 2013

Marlène Hofstetter est responsable du secteur adoption de Terre des Hommes où elle conduit des procédures d'adoption internationale, comprenant la préparation, l'évaluation sociale, ainsi que le suivi des familles. Elle évalue également les pratiques d'adoption dans différents pays et préside la CSOIA (Conférence Suisse des Organismes Intermédiaires en Adoption).

➤ **Institutions dans les pays d'origine des enfants adoptés**

C'est une situation complexe qu'il est difficile de saisir tant elle est éloignée des systèmes que nous connaissons en Suisse. Il y a beaucoup d'institutions dans le monde, elles sont souvent surchargées, ce qui engendre des problèmes d'hygiène et de soins. Sur demande du gouvernement haïtien, une étude a été menée en 2010-11. Parmi 725 institutions en Haïti, moins de la moitié correspondaient au standard minimum de prise en charge de l'enfant. Il y a donc des milliers d'enfants dans ce pays, et dans d'autres pays également, qui vivent dans des conditions précaires et qui peuvent être proposés à l'adoption internationale.

➤ **Comment constituer un dossier pour ces enfants**

Le personnel de ces institutions est souvent peu formé, mal rémunéré et en sous effectif. Même si certains d'entre eux se rendent compte des difficultés chez un enfant, d'un retard ou de besoins particuliers, ils ne prennent souvent pas la responsabilité de divulguer ces informations, ne se sentant pas qualifié. Par ailleurs, les enfants peuvent se fondre dans la foule, considérant qu'ils peuvent être 50 ou 100 dans l'institution, ce qui rend difficile l'évaluation du comportement de l'un d'eux. On a peu d'informations également sur l'histoire de l'enfant, la grossesse, la naissance, l'histoire médicale et les premiers mois de vie. Parfois, il faut estimer son âge, alors qu'il est déjà carencé. Et pour établir un dossier sur l'enfant, on doit souvent faire des hypothèses à partir des quelques éléments sur son développement, en lien avec ce qu'on connaît de son histoire. Tous ces paramètres rendent la constitution du dossier très difficile.

➤ **Le rôle des intermédiaires**

Pour les intermédiaires, comme Tdh, il est difficile de se prononcer sur des dossiers papier uniquement, fournis par les institutions, car les informations sont souvent insuffisantes, surtout s'il s'agit d'enfants présentant un retard de développement ou un problème de santé. En dehors d'une relation de confiance qu'il faut avoir avec l'institution, il est important d'avoir une personne, employée par l'intermédiaire, ou de se rendre sur place pour rencontrer l'enfant et collecter des informations supplémentaires. Ces contacts directs facilitent aussi les demandes d'examens médicaux additionnelles. Ainsi, l'intermédiaire pourra présenter aux parents un dossier le plus complet possible. Néanmoins, les parents adoptifs doivent toujours consulter un médecin pour avoir un avis indépendant et ils sont sensibilisés au fait que leurs attentes ne vont pas nécessairement correspondre à la situation réelle de l'enfant. Les émotions prennent une grande place lors de la proposition d'un enfant aux adoptants et il est le devoir des intermédiaires de présenter un dossier factuel qui permet aux parents de décider de l'accueil de l'enfant en connaissance de cause.

L'adoptabilité des enfants confiés en adoption: de l'idéal à la réalité

Hervé Boechat, avocat de formation, est directeur du Centre International de Référence pour les Droits de l'Enfant Privé de Famille, un programme du Secrétariat Général du Service Social International (SSI/CIR). Auparavant, il a été Collaborateur Scientifique à l'Office Fédéral de la Justice à Berne, en charge de la mise en œuvre de la Convention de la Haye sur l'adoption internationale en Suisse.

Si l'adoptabilité de l'enfant occupe la place centrale dans un processus adoptif, elle est l'étape qui est peut-être la plus difficile et la plus sensible. En effet, d'un point de vue légal, l'adoptabilité d'un enfant se matérialise dans une décision formelle, qui constate que, pour une raison ou une autre, l'enfant ne peut rester vivre au sein de sa famille biologique. Il s'agit de mettre en œuvre le premier niveau du principe de subsidiarité. Mais d'un point de vue psychosocial, l'adoptabilité consiste à considérer la capacité de l'enfant à s'intégrer dans une famille adoptive, et d'y développer de nouveaux liens d'attachement. La description de ces deux composantes de l'adoptabilité est celle qui est soutenue par la Convention de l'ONU sur les Droits de l'Enfant et la Convention de La Haye sur l'adoption internationale.

L'analyse des pratiques de l'adoption internationale sur les 30 dernières années à travers le monde, et l'expérience de terrain du SSI démontre toutefois que la question de l'adoptabilité est aussi au centre de mauvaises pratiques récurrentes, qui ont affecté (et affectent encore) le droits de l'enfant. Il est possible de classer ces différentes formes d'abus dans les 3 catégories suivantes :

➤ L'adoptabilité abusive

Lorsqu'un pays d'origine ne dispose ni d'un cadre légal approprié, ni d'une structure administrative qui fonctionne, l'apparition d'adoptions frauduleuses est pratiquement inévitable. Les dysfonctionnements se traduisent par des systèmes qui « fournissent » des enfants en fonction des demandes d'adoption émanant de l'étranger, sans tenir compte de la situation familiale de l'enfant, de ses besoins en matière d'adoption, etc. La contrainte et la tromperie sont très souvent présentes dans ce type de cas.

➤ L'adoptabilité automatique

Dans de nombreux pays, une fois que les services sociaux ont établi un rapport sur la situation de l'enfant et de sa famille, la décision de rendre l'enfant adoptable est prise par une autorité judiciaire. On constate cependant un manque total de liens entre le tribunal en charge et les services sociaux, de sorte que lorsque le dossier est soumis au juge, ce dernier se borne à vérifier si les conditions formelles de la loi sont remplies pour prononcer l'adoptabilité, sans en évaluer la pertinence sociale.

➤ L'adoptabilité mécanique

Dans certains pays d'origine où les structures administratives sont lourdes et hiérarchisées, la procédure d'adoption peut être longue et compliquée. Le grand nombre d'étapes fait que les différentes personnes responsables ont une vision limitée de la procédure, et qu'elles se contenteront de valider uniquement la partie du dossier qui les concerne. L'absence de vue d'ensemble empêche toute évaluation globale de la situation de l'enfant et de la pertinence de la mesure proposée.

➤ **La « non-adoptabilité »**

Les enfants qui entrent dans la catégorie des « besoins spéciaux » sont plus difficilement adoptés parce qu'il y a moins de candidats prêts à les accueillir (encore que, par la force des choses, leur nombre tend néanmoins à augmenter), mais également parce que l'évaluation de leur adoptabilité, ou plus précisément de leur capacité à intégrer une nouvelle famille, est encore trop souvent insuffisante, par manque de qualification professionnelle. Nombre d'entre eux sont ainsi condamnés à passer leur vie en institution, sans qu'un projet de sortie ne soit envisagé de manière professionnelle.

➤ **Quelles limites à l'adoptabilité ?**

Depuis quelques années, des pays comme l'Inde, les Philippines, la Lituanie et le Brésil proposent à l'adoption internationale des enfants dont le profil peut être qualifié de lourd (handicap sévère, expériences de vie traumatiques, âge, etc.). Sans remettre en question la légitimité de la démarche, on peut toutefois se demander si, à part pour quelques couples particulièrement bien armés, ce type de proposition est réaliste, au vu des difficultés qu'elles vont générer, et si, finalement, ces enfants sont encore adoptables.

➤ **Conclusions**

Pour les professionnels de la santé, il est essentiel de garder à l'esprit que l'histoire de l'enfant adopté ne commence pas au moment de son arrivée dans sa famille, et que celle qui figure dans son dossier ne reflète souvent pas la réalité de son vécu. Et s'il manque « des bouts », il s'agira d'être d'autant plus attentif aux questionnements de l'enfant.

Lorsque l'on parle de l'adoption internationale, on constate que le public en général a encore de la peine à comprendre que le monde n'est pas plein d'enfants adoptables. Et c'est bien la question de l'adoptabilité qui doit être considérée : tous les enfants dans les rues, ou dans les institutions, ne sont pas adoptables. Cela peut paraître trivial, mais lorsque l'on repense à la manière dont les adoptions ont été expédiées après le tremblement de terre en Haïti par exemple, on ne peut que constater que même les règles les plus simples sont encore loin d'être comprises et appliquées.

De l'enfant rêvé à l'enfant réel

Besoins et attentes des enfants / Désirs et attentes des parents

Fanny Cohen Herlem, pédopsychiatre et psychanalyste, est membre du Conseil supérieur de l'adoption en France, psychiatre conseil auprès du Service Social International et elle a une longue expérience dans la préparation des candidats à l'adoption à Paris et à Genève. Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages, notamment "L'adoption, comment répondre aux questions des enfants" (Editions Pascal) et "L'adoption: la filiation du coeur" (Editions le Cavalier Bleu)

La préparation des candidats est devenue absolument nécessaire et incontournable. La question pour les professionnels est comment les préparer le mieux possible à ce qui les attend? Quelles différences entre un enfant fait maison et un enfant adopté?

➤ Les attentes des parents

Comme pour tous parents, les futurs parents par adoption souhaitent un enfant aussi pour être comblés sur le plan narcissique, pour qu'il soit objet d'amour et source de plaisir, et enfin qu'il soit porteur de transmission. Ces attentes sont tout-à-fait habituelles et ne constituent pas un problème si elles ne sont pas démesurées, si les futurs parents ne se font pas trop d'illusions. C'est le plus souvent lors de la rencontre et des premiers mois avec l'enfant qu'ils sont confrontés à la différence entre l'enfant réel et celui qu'ils avaient rêvé. Anxieux lorsqu'ils rencontrent des difficultés, ils remettent en question leurs propres capacités à être parents, ou la capacité de l'enfant à s'adapter à eux. Souvenons-nous que l'adolescence est également un moment de crise ou ce qui était « stable » ne l'est plus, et où les parents sont remis en cause par leurs enfants. D'où l'importance de se vivre comme « légitimes ».

➤ Les besoins des enfants adoptés

Leurs besoins, comme pour tous les enfants, sont la sécurité, la fiabilité et l'amour des adultes qui s'occupent d'eux. Mais qu'ont-ils comme besoins différents des autres enfants? Les enfants qui ont vécu l'abandon et souvent d'autres ruptures sont particulièrement sensibles à toutes les séparations, ils ont besoin d'un environnement affectif et matériel stable, fiable et sûr. Il convient donc de ne pas précipiter leur entrée à l'école ou à la crèche. C'est dans cet environnement que l'enfant et ses parents vont petit-à-petit arriver à un accordage affectif (D. Stern), se découvrir et comprendre les besoins de l'autre.

➤ Les carences

Les enfants ont souvent été carencés que ce soit sur le plan affectif ou de la stimulation. Ils peuvent donc présenter des retards de développement, affectif, intellectuel et psychomoteur. Si les parents ne le savent pas, ils vont demander à l'enfant des performances d'un enfant de son âge et ils seront déçus, anxieux, voire, agacés. L'enfant peut aussi régresser dans ce moment où il se sent dans un environnement sûr, avec des parents qui prennent soin de lui.

➤ L'origine des enfants

Le regard porté par les adultes sur l'histoire personnelle de l'enfant, son passé, ainsi que sur ses parents de naissance va intervenir dans le développement de l'enfant. D'où l'importance que les parents soient conscients de la place qu'ils leur donnent, de l'image qu'ils en ont, de

leurs idées reçues sur le pays d'origine de leur enfant. Le défi pour l'enfant, c'est qu'il puisse imaginer être né de ses parents, même s'il sait très bien que ça n'est pas le cas.

➤ **Préparer les parents**

On ne naît pas père ou mère, on le devient. Se pose donc la question pour les professionnels de comment préparer ces futurs parents?

a) Ils doivent être le plus au clair possible avec leur désir de devenir parents d'un enfant par adoption, pour que cet enfant ne soit pas la réponse à des problèmes non résolus, personnels ou de couple.

b) Ils ont également à comprendre les difficultés de l'adoption internationale et nationale, et notamment le temps d'attente.

c) On les amène à réfléchir à leurs propres attentes et leurs représentations de l'enfant, leurs idées reçues sur l'éducation et sur les enfants adoptés.

d) On leur apporte aussi des connaissances générales sur le développement de l'enfant, sur les besoins spécifiques de ces enfants, sur la question des origines.

e) Ils doivent aussi prendre conscience du fait qu'ils deviennent parents à partir de leur propre histoire, faite de leur enfance, de leurs relations avec leurs parents et de toute l'histoire familiale transgénérationnelle qui les traverse.

f) Enfin, nous devons les rendre attentifs à l'importance de l'accueil de leur projet par la famille élargie, grands-parents, oncles et tantes, ainsi que de leurs éventuels enfants biologiques. L'intégration dans la famille est fondamentale et doit être pensée, préparée en amont.

➤ **Conclusions**

Il n'y a pas de vademecum. Les futurs parents ont des ressources et le rôle des professionnels est de soutenir leur réflexion, leur créativité personnelle pour qu'ils puisent dans leur histoire et dans leurs ressources personnelles pour trouver une solution qui soit acceptable pour eux.

Analyse du dossier médical en pré-adoption. Décryptage d'un dossier médical russe

Dr Frédéric Sorge est pédiatre, responsable des consultations adoption au Groupe Hospitalier Necker-Enfants-malades à Paris

En France, 75 % des enfants adoptés sont issus de l'adoption internationale. Certains pays (Chine, Vietnam, Brésil, Colombie, Russie, ...) ont pris conscience de la richesse des enfants adoptables et ont tendance à garder les enfants en bonne santé pour l'adoption nationale. Par conséquent, beaucoup de parents vont être incités à adopter des enfants malades et/ou des enfants âgés de plus de 5 ans et/ou des fratries. Face à l'augmentation des enfants dits à besoins spéciaux proposés à l'adoption, les futurs parents qui ont reçu l'agrément, viennent en consultation de pré-adoption, avec des demandes bien précises: cet enfant, placé en orphelinat ou en famille d'accueil, est-il "adoptable"? Pouvez-vous nous aider à diagnostiquer un éventuel problème de santé qui, pour nous, serait rédhibitoire à l'adoption?

Il est nécessaire que le pédiatre consulté connaisse l'épidémiologie et la démographie des enfants du pays d'origine de l'enfant adopté. Poser un diagnostic à distance comporte certaines limites: selon le pays d'origine, il faut être notamment très prudent, quant à la fiabilité des données médicales fournies. Il est important de pouvoir bénéficier d'un contact sur place, qui pourra valider (ou pas) ces données. Il est également important de connaître la phraséologie utilisée dans le dossier médical, chaque pays présentant ses spécificités langagières.

Des examens de dépistages orientés devraient faire partie de l'évaluation médicale de tous les enfants adoptés. En effet, en France, une étude nationale, réalisée sur 2007-2008, décrit, entre autre, la morbidité de 44 enfants, sur la base de leur dossier médical, pendant la phase de consultation pré-adoptive (de Monléon, Choulot, Sorge, Munck, de Truchis, Combe, de Gentile...). Les résultats ont fait état de 30 % de retard psychomoteur, 25 % de SAF (syndrome d'alcoolisation foetale), 21 % de retard staturopondéral, 16 % d'handicap, 14 % de problèmes neurologiques, 9 % de problèmes psycho-comportementaux, ainsi que d'un certain nombre de cas de dermatoses, parasitoses, hémoglobinopathies, malnutrition et/ou syphilis. L'origine géographique des enfants examinés en consultation (N = 704) était l'Afrique (28 %), les Amériques (27 % ; essentiellement Haïti, Colombie et Brésil), l'Asie (25 % : Vietnam et Chine), l'Europe de l'Est (13 %) et la Polynésie (3 %). En outre, 45 % de maladies graves ou potentiellement graves ont été répertoriées, lors de la première consultation des enfants, à leur arrivée en France.

Dans le cas de la Russie, tous les enfants sont présentés comme à besoins spéciaux avec une terminologie générique (ex: encéphalopathie périnatale), ce qui complexifie l'analyse des dossiers médicaux. Ces derniers sont sujets à caution: signification différente de certains diagnostics, codage systématique souvent inadapté, traduction approximative, méconnaissance de certaines pathologies non mentionnées tel que le SAF. Selon les données de l'OMS (2004), l'alcoolisme féminin serait en moyenne plus important en Russie qu'en Amérique du Nord, en Chine ou dans la plupart des pays d'Europe. Or le cerveau du bébé est sensible à l'alcool ingéré par sa mère, dès la deuxième semaine de vie de l'embryon et durant toute la grossesse. Les principaux symptômes sont des troubles neurologiques et comportementaux, une microcéphalie (persistante malgré une récupération

staturopondérale), des malformations cardiaques, des anomalies au niveau des bras, des jambes, du visage et/ou des yeux: plus ces signes seront présents et plus le diagnostic du SAF sera probable.

Le rôle du pédiatre en pré-adoption est de cerner les limites du projet d'adoption, de comprendre l'information contenue dans le dossier médical de l'enfant et de la transmettre aux parents pré-adoptants. Le pédiatre donne des repères pour estimer le développement psychomoteur de l'enfant, ainsi que des listes de contrôle pour évaluer son dossier médical. Il faut généralement pondérer le développement psychomoteur de l'enfant selon l'âge, en fonction du temps que ce dernier a passé en orphelinat: l'hypostimulation en milieu institutionnel peut entraîner un retard psychomoteur et langagier de l'ordre d'un mois, pour 3 mois passés en institution. En tout temps, les futurs parents peuvent poser des questions au pédiatre, par courriel. Il leur conseille également des questions et/ou des examens complémentaires, ainsi que de confronter leur observation de l'enfant aux données de son dossier médical et au témoignage de sa nourrice. En cas de doute, il ne faut pas hésiter à demander une évaluation par un pédiatre local indépendant.

Enfin, il est important de rappeler que le pédiatre ne décide pas l'adoption pour les parents et qu'il n'y a pas d'adoption sans risque (JJ Choulot).

L'impact émotionnel de la procréation médicalement assistée

*Dr en psychologie et psychothérapeute reconnue au niveau fédéral, **Joëlle Darwiche** est professeur en psychologie clinique à l'Institut de Psychologie de la Faculté des Sciences Sociales et Politiques à l'Université de Lausanne. Dans le courant de sa carrière, elle a accompagné des couples en traitement d'infertilité au CHUV et a mené des recherches autour de cette problématique.*

L'infertilité, définie comme l'absence d'enfant après douze mois de rapports sexuels réguliers, touche environ 9% des individus et conduit plus de 50% des couples concernés à rechercher une aide médicale (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007). L'annonce du diagnostic d'infertilité a de nombreuses répercussions émotionnelles (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993; Darwiche et al., 2013). La procréation médicalement assistée est souvent recherchée comme unique planche de salut malgré la charge physique, financière et émotionnelle qu'elle représente.

Une recherche menée par le CHUV et le Centre de Procréation Médicalement Assistée à Lausanne avec un échantillon de 80 couples a permis de documenter la transition entre infertilité et parentalité. Des mesures du degré d'acceptation du diagnostic d'infertilité, du stress lié à ce diagnostic et de la satisfaction conjugale étaient prises à plusieurs étapes de ce parcours. Au cinquième mois de grossesse, les couples participaient à une tâche d'observation permettant de mesurer leur alliance coparentale (coordination entre les futurs parents, complicité et affection) (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2013). Neuf mois après la naissance, les parents étaient invités à jouer avec leur bébé et l'alliance familiale mesurée. L'objectif de cette étude était de comprendre si l'état émotionnel avant la PMA, et en particulier l'acceptation du diagnostic d'infertilité, était lié avec le déroulement de la grossesse et avec l'alliance familiale avant et après l'arrivée du bébé.

Les résultats indiquent que l'acceptation du diagnostic est un aspect intéressant à évaluer avant les traitements, car elle a un impact sur le lien avec le bébé. En effet, plus la détresse liée à l'infertilité était élevée, moins les pères développaient un attachement à leur futur bébé, pendant la grossesse. Deuxièmement, on observe une légère détérioration de l'alliance entre le pré et le post-natal (Cairo et al., 2012). Les difficultés observées de l'alliance familiale concernaient l'hypersensibilité de certains parents aux signaux négatifs du bébé. Lorsque celui-ci manifestait de l'irritation ou de la fatigue durant le jeu, ses parents réagissaient rapidement pour le consoler et l'apaiser (Darwiche et al., 2013). Ces réactions ne sont pas en elles-mêmes problématiques mais elles tendent à empêcher les parents de « jouer ensemble » avec leur bébé.

Des questions peuvent alors se poser: Quelles conséquences cette hypersensibilité peut-elle avoir sur le développement de l'enfant? L'infertilité laisse-t-elle des traces? S'agit-il d'une réaction transitoire, reflétant les défis plus élevés que les parents ont à relever durant la transition à la parentalité ou d'un phénomène durable? Est-ce que le couple qui devient parents par adoption va rencontrer ces mêmes difficultés?

Il s'agit cependant de souligner que les résultats de cette étude montrent - à côté de ces observations qui ne concernaient pas l'entièreté de l'échantillon - que les parents après PMA réussissent à s'adapter à la parentalité et ne présentent pas de difficultés majeures au

niveau de leur fonctionnement émotionnel, de leurs interactions familiales ou du développement de leur enfant.

La transition entre infertilité et parentalité adoptive a été peu étudiée. Elle suppose une transformation identitaire, un renoncement à la parentalité biologique pour se préparer à la parentalité adoptive. Pour les couples fragilisés par les difficultés liées à leur infertilité, cette transition peut être mal vécue. Comment identifier ces situations à risque?

Il semble important que les professionnels s'intéressent à l'histoire médicale du couple: y a-t-il eu des grossesses et des fausses-couches? Quel a été le diagnostic? Quel espoir ont-ils encore d'une grossesse biologique? Pour quelles raisons ont-ils renoncé à poursuivre la PMA? Qui est au courant de leurs difficultés à fonder une famille, de leurs traitements en PMA, de leur souhait d'adopter? Vont-ils mener les démarches de PMA parallèlement aux démarches pour l'adoption?

Ce travail avec les professionnels permet de construire le récit des origines de l'enfant adopté dont le premier chapitre est celui de l'infertilité des parents. Finalement, il peut être important d'éviter le cloisonnement entre les professionnels de chaque domaine, c'est-à-dire les spécialistes de l'infertilité, de l'adoption ou de la pédiatrie. Pour le couple, il s'agit d'une seule et même histoire qu'ils raconteront à leur enfant, et les professionnels ont un rôle crucial pour le soutenir dans la construction de cette histoire entre infertilité et parentalité.

➤ **Références**

- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction*, 22(6), 1506-1512.
- Cairo S., Darwiche J., Tissot H., Favez N., Germond M., Guex P., de Roten Y., Frascarolo F., Despland J.-N. (2012). Family interactions in IVF families: change over the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 30(1), 5-20.
- Darwiche Joëlle, Favez Nicolas, Maillard Florine, Germond Marc, Guex Patrice, Despland Jean-Nicolas, & de Roten Yves (2013). Couples' resolution of an infertility diagnosis before undergoing in vitro fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, 72(2), 91-102.
- Darwiche, J., Favez, N., Guex, P., Germond, M., & Despland, J.-N. (2013). Alliance familiale entre père, mère et leur bébé conçu par fécondation in vitro. In N. Favez, F. Frascarolo, & Tissot, H. (Eds.), *Le bébé au sein de la triade: le développement de l'alliance familiale* (pp. 285-301). Bruxelles: De Boeck.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 14, 45-52.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (2013). *Le triangle primaire. Le père, la mère, le bébé*. Bruxelles : De Boeck.

Troisième journée: le 20 mars 2014

Suivi médical et soutien thérapeutique en post-adoption

Intervention de Priti Aeschbacher, fondatrice d'Adoptis

***Priti Aeschbacher** est licenciée en Anthropologie sociale, personne adoptée et mère adoptive, fondatrice d'Adoptis, une agence de conseil et d'accompagnement en adoption (BE).*

Je travaille en tant que consultante indépendante dans le domaine de l'adoption. Mon histoire personnelle est liée à l'adoption car j'ai été adoptée en Inde et j'ai adopté une fille en Inde aussi. De plus, dans le cadre de mes études en anthropologie sociale, j'ai fait mon mémoire sur les jeunes adoptés en processus de construction identitaire. Par ailleurs, je suis mandatée par la Schweizerische Fachstelle für Adoption (Association de professionnels en suisse alémanique pour les personnes concernées par l'adoption) pour mener des ateliers de préparation pour des futurs parents adoptifs. Le but est de transmettre aux couples intéressés une image large et réaliste de ce que ça veut dire d'adopter un enfant – l'accent est mis sur la perspective, les besoins de l'enfant et les spécificités d'un enfant adopté. Ceci est essentiel, car les couples sont souvent dans cette phase encore très axés sur leur propre désir d'enfant.

Avec une collègue, j'anime à Berne des soirées thématiques pour les parents adoptifs. Voici les thèmes traités jusqu'à maintenant: l'attachement, l'ennui de la mère biologique, les relations entre frère et sœurs, vivre avec une autre couleur de peau, les défis à l'école, la quête identitaire, la recherche des origines.

Certains parents consultent peu après l'arrivée de leur enfant afin de savoir si les comportements de leur enfant sont normaux et s'ils ont les réactions appropriées. Les comportements auxquels les parents sont confrontés sont des troubles de sommeil, d'alimentation (sur-alimentation notamment), s'accrocher, ne pas pouvoir rester seul, besoin de beaucoup de présence pour créer le lien unique avec ses parents.

Pour certaines familles les « problèmes » commencent avec l'entrée à l'école. Les parents racontent que leur enfant a des problèmes d'attention, de concentration, des difficultés d'apprentissage et que souvent les professeurs ont tendance à croire qu'il s'agit d'un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. Il est important que les parents s'adressent à un pédiatre ou pédopsychiatre qui a de l'expérience dans ce diagnostic et de les rendre attentifs que souvent les enfants adoptés souffrent d'un traumatisme et que c'est pour cela qu'ils peuvent manifester des symptômes similaires à ceux d'un TDAH.

Intervention de Denise Sakkal, Bureau Genevois d'Adoption

La recherche d'origine au Bureau Genevois d'Adoption

Denise Sakkal est licenciée en Sciences politiques, sensibilisée à la médiation et, depuis 2004, responsable des recherches d'origines auprès du Bureau Genevois d'Adoption (BGA), l'un des plus anciens organismes intermédiaires en adoption de Suisse.

La circulaire du 21 mars 2003 stipule qu'à partir de 18 ans révolus, l'adopté peut obtenir les données relatives à ses parents biologiques et toute autorité qui détient ces informations a un devoir de les lui communiquer. Au BGA, nous avons toujours accordé beaucoup d'attention aux adoptés qui venaient nous voir pour entamer une recherche d'origines et nous avons de tout temps cherché à les accompagner de notre mieux. Nous détenons des dossiers avec les coordonnées des mères biologiques depuis 1944. Depuis la création du BGA, environ 120 dossiers de recherche ont été ouverts chez nous, dont une trentaine seulement ont abouti à une rencontre.

Ma tâche consiste à accompagner ces personnes d'un bout à l'autre de leur recherche. Les aider tout d'abord dans les démarches administratives auprès des autorités (démarches souvent laborieuses...) et les écouter sur un terrain neutre. La démarche est longue et certains de mes dossiers ont été ouverts il y a des années et sont toujours en cours.

Les personnes qui entament une recherche d'origines, souvent en cachette de leurs parents adoptifs ne savent pas toujours précisément ce qu'elles recherchent : l'histoire de leur naissance, le pourquoi de leur abandon, l'identité de leurs parents, un visage. De plus, l'adopté peut avoir une idée au départ mais au fur et à mesure de sa recherche, il peut bifurquer ou se contenter de ce qu'il a appris sans vouloir en savoir plus.

Comment se déroule une recherche d'origines ? Il convient d'abord de retrouver toutes les informations possibles sur la mère biologique, soit dans les dossiers archivés au BGA, soit auprès des autorités. Il faut ensuite lancer la recherche. Il faut à chaque étape parler avec l'adopté pour l'aider à digérer chaque information reçue. Il faut aussi expliquer à l'adopté les risques : risque d'essuyer un refus, risque de se retrouver avec une mère malade dont il faudra s'occuper, risque de créer un drame dans la famille qu'elle aura fondée. S'il est toujours décidé, vient alors le moment, très difficile pour moi émotionnellement, de prendre contact avec la mère retrouvée.

Afin de vous donner une toute petite idée de la diversité des cas qui peuvent se présenter, je voudrais vous citer 3 exemples :

1) le premier est celui de cette jeune femme née en Indonésie et adoptée en Suisse. Après de longues et laborieuses recherches en collaboration avec le SSI, la mère biologique a été retrouvée et a accepté une rencontre. Au dernier moment et sans préavis, la jeune adoptée ne s'est pas présentée au rendez-vous.

2) le second cas est celui de cet homme de 50 ans, qui a voulu retrouver sa mère biologique. Nous l'avons trouvée dans un petit village de Suisse allemande. Elle était terrorisée quand elle m'a entendue car personne autour d'elle n'était au courant de cette naissance. Elle a

finalement trouvé le courage de prendre le train et de venir à Genève rencontrer son fils chez nous. Ils sont tombés dans les bras l'un de l'autre et depuis quelques années, ils continuent à se rencontrer régulièrement en cachette.

3) le troisième cas est celui d'une jeune femme qui a rencontré sa mère de naissance chez nous une seule fois. La mère lui a raconté l'histoire de sa naissance dans tous les détails et cela lui a suffi. L'adoptée n'a jamais cherché à revoir sa mère par la suite.

On me demande souvent si les recherches d'origines aboutissent à un résultat positif. De nouveau, il est impossible de répondre à cette question tant les cas sont tous différents. Je n'ai jamais eu deux cas qui pourraient être qualifiés de similaires. Mais quel que soit le résultat, finalement ce qui importe c'est que l'adopté soit apaisé par cette recherche. Parfois il faudra une rencontre, parfois il retrouvera juste une lettre dans laquelle sa mère explique pourquoi elle a dû le donner à l'adoption et que ce geste a été fait par amour. Parfois, il ne retrouvera pas sa mère biologique, mais il saura au fond de lui-même qu'il a fait toutes les recherches possibles et cette certitude même lui suffira.

L'adoption, une filiation à risques?

Revue de la littérature scientifique et état des lieux de la recherche

Dr Blaise Pierrehumbert, Dr en psychologie, est l'auteur de nombreuses études sur la théorie de l'attachement au Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (VD), et à l'initiative d'un réseau international de recherche sur les thèmes "attachement et adoption"

Les nombreuses recherches menées dans le champ des théories de l'attachement et de l'adoption ont pu démontrer l'existence de périodes critiques dans le développement de l'enfant quant à sa capacité à créer des liens.

Ainsi, le deuxième semestre de la première année de vie semble être une phase particulièrement sensible à la perte des premiers objets d'attachement puisque c'est le moment où il commence à former des relations exclusives, alors qu'il est déjà bien capable, dès les premiers mois, voire les premiers jours de la vie, de reconnaître et discriminer les personnes qui lui sont familières de celles qu'il ne connaît pas ou peu. Ainsi, les résultats des recherches menées auprès d'enfants adoptés avant 6 mois ne montrent pas de différence significative dans leur habilité à établir une relation d'attachement sécurisée. Par contre, lorsqu'ils ont été adoptés après l'âge de 12 mois, cette différence est attestée par plusieurs études, non sans qu'une amélioration soit possible en réponse à l'adoption et la construction de nouveaux liens sécurisants.

De même, diverses recherches ont pu démontrer que la qualité de l'attachement entre l'enfant et son caregiver n'est pas seulement influencée par l'enfant lui-même, mais aussi par le parent ou le pourvoyeur de soins. L'idée d'une période critique au-delà de laquelle un attachement sécurisé serait compromis est à nuancer: d'autres facteurs semblent déterminants en amont comme en aval de la première année.

La description du "trouble réactionnel de l'attachement" (TRA) dans les classifications du DSM IV et de la CIM 10 mérite qu'on s'y arrête lorsqu'il est question d'enfants privés de famille. Le pédopsychiatre Charles Zeanah a ainsi montré, dans le début des années 2000, qu'environ 35% des enfants institutionnalisés en Roumanie souffraient d'un TRA de type inhibé (évitant) et 45% d'un type désinhibé (ambivalent), contre respectivement 5 et 15% des enfants roumains vivant en famille.

Les études menées dans le champ des neurosciences repèrent également l'impact négatif des carences affectives sur le développement et le fonctionnement du cerveau: on observe une diminution du volume cérébral (notamment du cortex, siège entre autres de la pensée), une augmentation du volume de l'amygdale (système limbique, siège des réactions d'alerte) ainsi qu'une moins bonne connectivité et plasticité neuronale en fonction du temps de carence et du niveau d'anxiété vécu par l'enfant.

Enfin, le trouble réactionnel de l'attachement est aussi associé à des troubles du comportement, externalisés (par exemple agressivité, voire troubles de l'attention avec hyperactivité, TADHA), ou encore, dans une moindre mesure, internalisés (retrait social, dépression). L'impact des premières expériences relationnelles vécues par l'enfant s'observe également au moment de l'adolescence. Une étude publiée en 2011 indique que les adolescents rencontrent plus de difficultés psychosociales que la moyenne s'ils ont été

adoptés après l'âge de deux ans. Cependant, les recherches sont encore peu développées dans cette période de vie dont les cliniciens attestent pourtant de la complexité.

Retenons, pour conclure l'importance déterminante des facteurs de protection qui contrebalancent les risques susmentionnés et permettent d'avoir une vision plus optimiste des défis d'attachement en adoption: la qualité du vécu relationnel pré-adoptif, que ce soit en milieu familial ou institutionnel, l'âge au moment de l'adoption et la qualité de la relation qui se noue entre l'enfant et son/ses parents d'adoption ainsi que leur style d'attachement à eux jouent un rôle essentiel sur le devenir des familles.

Enjeux pubertaires: pour une prévention des risques

Dr Jean-Vital de Monléon a créé et dirige l'une des premières et la plus importante Consultation d'Adoption de France. Il donne entre 500 et 700 consultations par année et a ainsi pu prendre en charge plus de 2'700 enfants adoptés. Titulaire d'un DEA d'anthropologie, il s'intéresse également à la dimension culturelle et interculturelle de l'adoption, en particulier dans le contexte de la Polynésie.

Comme endocrino-pédiatre, le Dr de Monléon a pu constater la prévalence des pubertés dites pathologiques chez les fillettes adoptées d'origine étrangère. Les enfants qui arrivent sont souvent de petite taille pour diverses causes. Il y a la malnutrition qualitative ou quantitative, la privation affective, l'alcoolisme foetal et parfois l'origine ethnique. On assiste ensuite à un rattrapage nutritionnel. Ce changement nutritionnel peut avoir des conséquences, par exemple 26% des petites filles adoptées entre 4 et 8 ans font une puberté précoce. Le rattrapage nutritionnel semble la cause la plus probable même si d'autres étiologies comme la pollution ont aussi été envisagées. Mais tout gain de taille rapide après l'adoption, n'est pas forcément une puberté, il existe aussi par exemple le nanisme psychosocial qui est provoqué par le refus de l'hypophyse de sécréter l'hormone de croissance à cause de carences, de négligence, pour grandir il faut aussi des câlins !

On parle d'une puberté non pas précoce mais avancée quand elle reste dans les limites de la normale mais qu'elle apparaît un peu trop tôt. Il est important de rappeler que dans les pays du Tiers-Monde, les filles n'ont pas leurs règles avant les autres. On parle de puberté précoce lorsqu'une fille a des signes pubertaires (apparition de seins de poils pubiens ou axillaires) avant l'âge de 8 ans, pour un garçon sa puberté la limite est à l'âge de 10 ans. De façon générale, il semble que l'accès à la puberté chez les filles soit autant une question de poids que d'âge réel: ainsi, en Occident, les premières règles apparaissent en moyenne chez les filles qui pèsent 46 kilos. Or ce poids était celui des filles de 17 ans en 1815, 15 ans en 1895, et de 13 ans depuis la fin de la deuxième guerre mondiale. Dans d'autres contextes, où les conditions nutritionnelles sont moins favorables, le poids moyen des filles accédant à la puberté est nettement inférieur.

Il faut donc surveiller de près la croissance des filles adoptées à l'étranger, et particulièrement celles qui arrivent entre 4-8 ans et surtout entre 6-8 ans. Pour illustrer les principales formes de puberté pathologique auxquelles peuvent être exposées les fillettes adoptées, le Dr de Monléon nous présente différentes vignettes cliniques tirées de sa pratique. Dans ces différents cas, on constate une inadéquation initiale et croissante entre l'âge réel, l'âge social ou civil, l'âge statural et l'âge osseux. Ces quatre critères sont à prendre en considération pour évaluer l'âge d'un enfant en développement de façon complète. Or dans le contexte de l'adoption internationale, il est très courant qu'on manque d'informations sur l'âge réel des enfants et que l'identité civile ne reflète pas toujours la réalité historique.

En outre, pour différentes raisons liées à leurs caractéristiques personnelles ou ethniques ainsi qu'à leur parcours de vie pré-adoptif, des facteurs d'influence spécifiques peuvent agir sur leur croissance et entraîner des effets négatifs au moment de la puberté. Dans certains cas, en effet, on assiste à une accélération ultra-rapide de la croissance staturale et osseuse après l'adoption, qui peut annoncer une puberté précoce. L'une des conséquences de la

puberté étant de stopper la croissance staturale, certaines fillettes adoptées d'origine étrangère courent ainsi le risque d'avoir à long terme la taille d'un enfant de 8, 9 ou 10 ans, âge précoce auquel elles ont finies leur puberté. Outre les conséquences parfois très handicapantes que cela peut avoir sur la taille, ces pubertés pathologiques, précoces ou accélérées, se révèlent toujours difficiles à vivre pour l'enfant concerné et son entourage.

En effet, il est compliqué de se définir et d'être reconnu comme un enfant alors qu'on montre tous les signes de la féminité, alors qu'elles ont déjà des différences par la couleur de leur peau et leur histoire. Sur le plan psychologique, les filles concernées sont souvent tiraillées entre deux périodes de vie très différentes, l'enfance et l'adolescence, ce qui complexifie leur rapport avec elles-mêmes et avec les autres.

Au delà des situations de puberté précoce, d'autres facteurs peuvent agir sur la croissance des enfants adoptés. Certains cas dits de "nanisme psychosocial" s'observent en effet dans la clinique de l'adoption. On sait que l'hormone de croissance se développe grâce à la nourriture, au sommeil et à la bienveillance. En effet, les enfants maltraités ou négligés témoignent souvent d'un blocage psychogène de l'hormone de croissance dont la sécrétion se libère aussitôt que leurs conditions de vie affective s'améliorent.

Comment expliquer l'accélération de la croissance qui menace les filles adoptées, plus particulièrement celles qui le sont entre 4 et 8 ans et proviennent d'un pays en développement ? Elles ont en effet 26% de chances de développer une puberté problématique. Est-ce lié à un changement de régime alimentaire? Au passage d'un environnement affectif plus propice au développement? A l'exposition précoce à des produits polluants auxquels les glandes endocriniennes sont sensibles? Plusieurs hypothèses sont actuellement débattues. En termes de traitement possible, il existe un médicament qui agit sur la croissance en ralentissant la puberté, ce qui permet à l'enfant de grandir davantage avant d'y accéder. Mais pour être efficace, ce traitement doit pouvoir être prescrit suffisamment tôt. Le développement statural des 6 premiers mois après l'arrivée de l'enfant dans son pays d'adoption peut en effet déjà avoir des conséquences dramatiques en termes de croissance à long terme. Pour ces différentes raisons, le Dr de Monléon encourage les parents adoptants à ne pas attendre avant de consulter un pédiatre spécialisé en adoption et sensibilisé à la complexité de ses enjeux pubertaires. Une consultation devrait être faite pour chaque enfant dès son arrivée, dans un centre médical suffisamment bien équipé pour établir un diagnostic différentiel et mesurer son âge d'une façon globale ainsi que la dynamique de sa croissance.

Les enfants adoptés d'origine étrangère: enjeux psychiques d'une expérience particulière de migration

La Dresse Saskia von Overbeck Ottino est psychiatre, psychanalyste, ethnopsychanalyste, responsable scientifique du Dispositif de Psychiatrie Transculturelle de la Fondation de Nant, responsable de la Consultation d'Ethnopsychanalyse du SPEA aux HUG (GE)

L'adoption présente de multiples facettes. Le rapport entre le processus adoptif et la culture, la migration, l'appartenance culturelle quand les parents et les enfants ne sont pas de la même origine est très intéressante à questionner.

➤ **Le choix du pays d'adoption**

Au moment d'une décision, ce choix est complexe et peut porter beaucoup d'éléments inconscients. Est-ce important d'avoir ou non des différences physiques avec son enfant? Certains parents choisissent un pays selon la philosophie et la culture supposées du pays concerné. Ou le choix peut être orienté par une envie humanitaire dans un pays qui a vécu une catastrophe naturelle, par exemple.

Certains parents aimeraient que l'enfant reste « un peu » indien, rwandais ou thaïlandais. D'autres veulent plus couper avec l'origine et s'appropriier l'enfant. L'élan humanitaire représente aussi un risque, celui de sous-estimer le chemin de l'adoption et de garder l'image d'un enfant que les parents ont sauvé. Ces présupposés et ces projections vont envelopper le projet d'adoption et l'enfant, comme pour un enfant biologique. Elles sont normales mais il faut savoir qu'elles ne reflètent souvent pas la réalité.

➤ **Relations avec la famille, les autres**

Il s'agit d'un subtil équilibre entre vivre comme une famille « normale » et avec l'adoption. Il y a un travail d'accordage pour les différences entre les parents et les enfants mais aussi dans le regard et les paroles des autres. Les parents et les enfants reçoivent beaucoup de commentaires ou remarques quant à cette situation. Il faut qu'ils se sentent être suffisamment parents pour savoir que dans le processus de parentalisation, il y a des hauts et des bas. Parfois, des traits du pays d'origine sont posés sur l'enfant. En disant que s'il est fermé ou dur à la douleur, c'est normal c'est un asiatique! Le risque est de ne pas entendre et de ne pas aider l'enfant à s'ouvrir. Les modalités d'investissement peuvent être infiltrées de représentations culturelles.

➤ **Identité et adolescence**

Le temps de l'adolescence est un temps de métamorphose qui questionne forcément l'identité familiale, culturelle, sociale et fonctionne comme un après coup de l'adoption en la requestionnant et permettant une élaboration autour de ce trauma. L'adolescence comprend plusieurs tâches comme celle de s'autonomiser de ses parents ce qui implique une remise en question du modèle familial. Pour les jeunes adoptés, elle touche autant le côté des parents biologiques que adoptifs. L'adolescent va tour à tour idéaliser les uns ou les autres. Il est important que cela reste un « jeu » et non un clivage.

L'envie de changer de parents est normale mais elle est plus menaçante pour les parents adoptifs s'ils le prennent au premier degré. Alors qu'il s'agit de questionnement identitaire plus que de réelles « menaces ».

➤ **Question des origines**

L'adolescence est parfois aussi un moment propice pour imaginer un voyage dans le pays d'origine, à quoi il faut être bien préparé car pour certains il peut s'agir d'une grande déception quand le jeune ne se sent pas du tout « appartenir » à sa culture d'origine. Avant de se lancer dans un voyage et de se déplacer physiquement, il peut être utile pour le jeune d'aller voir en lui-même pour décortiquer toutes les représentations qu'il a de son pays, de son histoire etc.

Cette question de la culture d'origine prendra une place à l'intérieur de l'enfant en fonction de l'âge auquel il a été adopté, des facilités de contact et de l'investissement des parents adoptifs pour ce pays. Et le jeune, selon les moments, pourra osciller entre sa culture d'adoption et des éléments qu'il pense être de sa culture d'origine.

L'enfant adopté est rarement appelé migrant car l'enfant migrant reste avec sa famille, parlera sa langue d'origine et la langue du pays d'accueil, on parlera d'une forme de métissage. De son côté, l'enfant adopté a une culture d'origine mais est baigné dans sa culture d'adoption, à la maison comme dehors. Même s'il peut amener avec lui des éléments de sa culture, la transmission qu'il reçoit de ses parents sera plutôt celle du pays d'adoption.

Les adolescents adoptés et leurs parents : entre risques et potentialités

Nino Rizzo est psychologue, psychothérapeute FSP et membre de la Société suisse de psychanalyse. Il travaille en privé avec des adolescents et des adultes. Il anime des groupes de parole pour parents d'adolescents adoptés dans le cadre d'Espace adoption dont il est aussi le responsable clinique.

La période de l'adolescence constitue pour enfants et parents un important rendez-vous avec soi-même, que la vie propose aux uns et aux autres comme une sorte d'occasion pour se poser pendant un certain temps sur le chemin de sa propre trajectoire existentielle, afin de faire un bilan du temps écoulé et imaginer des projections sur le temps à venir. Les premiers se situent grosso modo entre 12 et 20 ans, les seconds entre 45 et 55 ans. Pour les uns on parle d'adolescence, pour les autres de mitan.

Or, ce croisement chronologique entre la période de l'adolescence et celle du mitan, une période se prolongeant sur environ dix ans, est aussi une prodigieuse opportunité de rencontre entre parents et adolescents. Les uns et les autres vivent des passages fondamentaux, déstructurants et restructurants à la fois, réciproquement reliés entre eux plus qu'on ne le pense, au point que l'issue plus ou moins heureuse de l'un dépend et influence celle de l'autre. A aucune autre période de la vie parents et enfants ne seront aussi proches les uns des autres mais une sorte de pudeur les empêche de le voir et de le dire.

À l'adolescence, le rendez-vous se joue entre une enfance qui peine à se retirer et un monde adulte qui fait envie et peur à la fois. L'ambivalence est la coloration psychique profonde de tout garçon et toute fille en cette période de la vie. Certes, l'ado crie haut et fort qu'il n'est plus un enfant et, par ailleurs, il se pare déjà des apparences adultes, mais ça c'est pour se donner du courage au moment de se lancer dans la jungle des adultes. L'adolescence est une sorte de laboratoire où l'univers de l'enfant et celui de l'adulte se rencontrent pour concevoir ensemble et donner peu à peu naissance à l'homme et à la femme de demain.

Lors du mitan, le rendez-vous se passe entre la jeunesse qui s'éloigne à grands pas et le déclin qui pointe plus ou moins discrètement à l'horizon. C'est le temps des bilans et des perspectives, des séparations et des recentrages sur soi. Qu'est-ce qu'on laisse, qu'est-ce qu'on garde pour cette dernière tranche de vie afin que le chemin ne soit pas trop lourd et en même temps réserve encore de belles surprises ? En fait, la perspective du déclin n'est pas le déclin: elle peut même constituer le début d'une nouvelle et riche période de la vie, cela dépend des conditions dans lesquelles le mitan se déroule.

En même temps, parents et adolescents ont rendez-vous entre eux au sein de la famille, comme pour faire un premier et important bilan de leur parcours commun : 15-20 ans de vie passés ensemble sous le même toit n'est pas une petite affaire ! Il va falloir préparer la séparation, étape éminemment laborieuse et parfois même douloureuse : si elle se passe bien, les uns et les autres repartiront en paix chacun pour son chemin ; si elle se passe mal, chacun et chacune traînera avec soi blessures et culpabilités, regrets et remords.

➤ **Spécificité adoptive**

Le scénario adoptif présente quelques spécificités qui rendent plus complexe la rencontre entre adolescents et parents.

A la base les uns et les autres sont porteurs d'une souffrance importante et spécifique, souvent issue d'une expérience traumatique : d'un côté l'abandon, de l'autre l'infertilité. De part et d'autre ce sont des orphelins, les uns de parents, les autres d'enfants. Les uns comme les autres sont des grands blessés de la vie: les premiers sont et resteront fondamentalement des enfants abandonnés, les autres des femmes et des hommes blessés à jamais par la privation du droit et de la joie de concevoir et porter un enfant. L'adolescence et le mitan réveillent le traumatisme : pour les adolescents ça prend la forme de « Qu'est-ce que j'ai fait des miens ? », pour les parents, celle de « Qu'est-ce que j'ai fait de cet enfant ? ».

En fait, lors de la nécessaire et incontournable reconstitution psychique de sa propre histoire, qu'on appelle le roman familial, l'adolescent adopté se voit en général, imaginairement et paradoxalement, sujet de son parcours alors que dans la réalité il n'a fait que subir la vie. Il a généralement été abandonné par décision de la mère biologique ou de sa famille, ensuite il a souvent été trimballé de familles d'accueil en orphelinats, avant d'être adopté enfin par des inconnus. A travers un travail inconscient de re-visitation réparatrice de son parcours, il n'est plus à ses propres yeux ce petit être abandonné et impuissant que la vie a réellement fait de lui mais une sorte de héros générateur de son destin. Ce n'est pas lui qui a été abandonné, mais il est parti, éventuellement pour suivre un destin plus ou moins glorieux tracé d'avance.

Du coup, affranchi de l'intolérable sentiment d'impuissance, il est alors rattrapé par la culpabilité d'avoir trahi et abandonné les siens à leurs misérables conditions de vie alors que lui a eu la chance de venir vivre dans un pays et dans une famille nantis. C'est le fantasme primaire de l'abandon des parents biologiques, scénario imaginaire et fondateur dans lequel c'est l'enfant qui agit l'abandon et ses parents de naissance qui le subissent. C'est le total renversement des rôles.

L'adolescent adopté est renvoyé à la laborieuse tâche de redéfinir sa nouvelle mosaïque identitaire de jeune homme ou jeune femme, cela fait évidemment partie de la fonction adolescente. Mais, en plus de l'élaboration de son identité sexuée, il va devoir introduire à l'intérieur de ce nouveau tableau sa double filiation adoptive et biologique.

Concrètement, ce processus d'élaboration psychique de la double appartenance va devoir frayer son délicat chemin entre l'intolérable sentiment d'avoir été abandonné et la violente culpabilité d'avoir quitté une vie de misère pour une vie de privilèges. Chez lui la maturation pubertaire réveille donc le traumatisme de l'abandon dans sa double valence – l'abandon réellement subi et l'abandon imaginairement agi – et les émotions qui les accompagnent, à savoir la rage (liée à l'impuissance d'avoir été abandonné) et la dette (liée à la culpabilité d'avoir abandonné et trahi les siens).

Le parent adoptif semble suivre lui aussi un cheminement psychique et inconscient similaire à son adolescent : à partir du moment où l'enfant est arrivé, il a mis de côté ses blessures et ses vicissitudes liées à l'infertilité et aux mille tracasseries de l'adoption, et il s'est lancé

dans la merveilleuse aventure de la nouvelle famille. L'adolescence de son enfant et la résurgence de sa propre finitude à travers l'avènement du mitan le renvoient à son propre traumatisme, apparemment oublié : l'immense sentiment d'injustice de l'infertilité et la culpabilité inconsciente d'avoir pris l'enfant d'une autre femme (fantasme primaire du rapt d'enfant). Qu'a-t-il fait de cet enfant qu'il a été chercher dans un pays lointain et qui à l'origine était en fait l'enfant d'une autre femme et d'un autre homme ?

Paradoxalement, c'est la concomitance de deux crises existentielles en une et de deux différents traumatismes sous le même toit qui peut permettre une rencontre extrêmement riche pour tout le monde avant la séparation. Pour que cette rencontre ait lieu, il faudra qu'il y ait reconnaissance et partage des souffrances des uns et des autres à travers la parole. Un défi qui vaut certainement la peine.