

Article original

Adoption internationale accompagnée. Devenir des enfants adoptés à l'international de 2001 à 2005 par l'intermédiaire de l'OAA Médecins du Monde

Accompanied International adoption. Future of children adopted between 2001 and 2005 with the NGO Médecins du Monde

M. Lebrault*, G. André-Trévenec

Mission adoption médecins du monde, 62, rue Marcadet, 75008 Paris France

Résumé

Enquête menée en 2012 par l'Organisme autorisé pour l'adoption Médecins du Monde sur le devenir de 582 enfants adoptés entre 2001 et 2005. L'objectif de cette étude est d'analyser les données spécifiques de l'adoption internationale, et les troubles dont peuvent être atteints ces enfants, à partir d'un certain nombre de facteurs particuliers et prédictifs dont il convient de tenir compte pour l'évolution des pratiques d'accompagnement des familles. Cette analyse est rapprochée d'une première étude menée sur la période 1990–2000 (soit un total de 985 familles et 1077 enfants adoptés sur 15 ans) et des autres études internationales menées sur ce même sujet. Dans cette étude, la majorité des enfants sont des petites filles originaires de Chine, adoptées avant l'âge de 2 ans, dont les séjours en institution ont été relativement courts. Nous avons analysé les données suivant différents critères de l'adoption internationale : l'institutionnalisation en fonction des pays, les causes d'abandon des enfants, le poids de leur passé en matière d'événements traumatiques vécus, puis les facteurs d'adaptation de l'enfant à partir de son arrivée dans sa famille d'adoption. L'enquête met en évidence l'intérêt d'une adoption précoce, facteur positif sur l'adaptation de l'enfant, et sur le développement de ses relations affectives avec ses parents, sa famille élargie et son milieu social. Le passé traumatique de l'enfant est un facteur de risque quant à l'évolution de ces relations. L'adolescence de l'enfant adopté est une période où s'observent des relations familiales difficiles, voire agressives. Douze cas de rupture entre l'enfant et sa famille ont été recensés (2 %), dont neuf dans une situation grave, sur 582 enfants. Le non-respect du projet initial de la famille devient alors un facteur de dégradation des relations. Cette étude corrobore les travaux déjà réalisés et propose une prévention des difficultés qui peuvent survenir par la préparation et le soutien des familles, et par la préparation des enfants en coopération avec les pays d'origine. © 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Étude ; Adoption internationale ; Abandon ; Enfance vulnérable ; Principe de subsidiarité ; Risques psychologiques ; Comportement des jeunes adoptés ; Parents adoptifs

Abstract

Survey conducted in 2012 by the NGO Médecins du Monde on the future of 582 children adopted between 2001 and 2005. The objective of the survey is to analyze the specificities of the international adoption and the disorders that may affect the children, looking for distinctive and predictive factors that should be taken into account to improve the accompaniment and support of the families. This analysis is to be put in parallel with a similar survey conducted by Médecins du Monde between 1990 and 2000 (both surveys totalize 985 families and 1077 children over 15 years) and with other similar international surveys. In this survey, the most of the children are Chinese girls adopted before the age of 2. We have compared data according to different international adoption criteria: institutionalization, reasons for abandonment, past traumatic history, age at adoption and have looked at the potential impact on familial and social adaptation. The survey highlights the importance of early adoption, a positive factor on the child adaptation and on the development of affective relationships with the parents and the extended family and with the social environment.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : michele.lebrault@medecinsdumonde.net (M. Lebrault), genevieve.andre@medecinsdumonde.net (G. André-Trévenec).

Past traumatic history is a risk factor for these relationships evolution. Another identified risk factor is the failure to respect the initial project of the parents. The adolescence of an adopted child is a critical period where familial relationships can be difficult even aggressive. Twelve cases of disruption between the child and the family are reported, nine of them considered as serious, out of a total of 582 children. This study corroborates the results of previous studies. We propose that to prevent difficulties with the child and the parents specific preparation and support of the families and of the children in cooperation with the country of origin are systematically put in place.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Study; International adoption; Abandonment; Child vulnerability; Subsidiarity; Health; Psychological risk factors; Behaviour pattern of teenagers; Foster parents

1. Introduction

La France¹ est parmi les trois premiers pays d'accueil des enfants adoptés dans le cadre de l'adoption internationale. Pour mémoire, la France a accueilli près de 19 000 enfants adoptés à l'international au cours de la période 2001–2005.

En France, l'adoption internationale revêt deux formes :

- les adoptions non accompagnées, où les adoptants se rendent directement dans les pays d'origine qui acceptent cette procédure ;
- les adoptions accompagnées, qui représentent 63 % des adoptions en 2013.

Médecins du Monde, ONG médicale internationale, a demandé et obtenu en 1988 la statut d'Organisme autorisé pour l'adoption (OAA), ultime solution d'aide aux enfants privés de leurs droits fondamentaux selon la Convention de l'ONU des Droits de l'Enfants [1] et la Convention de la Haye du 29 mai 1993 [2]. La protection de l'enfance, et notamment à travers l'adoption d'enfants mineurs, s'inscrit dans les missions d'aide aux populations vulnérables de l'ONG Médecins du Monde, en y apportant ses compétences médicales. C'est dans ce cadre que la mission adoption a accompagné près de 4000 enfants proposés par des pays d'origine en vue de leur adoption.

L'OAA Médecins du Monde est soucieux de son adaptation permanente à l'évolution du profil des enfants proposés et à leur accompagnement, cela dans le cadre d'une réduction des risques d'échecs des adoptions. C'est pourquoi cet OAA a tenu à évaluer, au moyen de deux études rétrospectives, les conditions de vie et le devenir des enfants adoptés par son intermédiaire, afin de savoir faire évoluer ses pratiques d'accompagnement des familles de façon adaptée.

Deux études successives ont permis d'analyser le devenir des enfants adoptés :

- la première a porté sur la période 1990–2000, où les enfants étaient originaires d'Europe de l'Est (45,70 % originaires de Roumanie) et d'Amérique du Sud (32,70 % originaires du Brésil et de Colombie). L'Asie était minoritaire (13 % tous pays confondus, et 10,6 % de Chine) ;
- la seconde, objet de cette publication, porte sur la période 2001–2005, dominée par l'adoption d'enfants d'origine chinoise (60 %) alors que l'Amérique du Sud est moins représentée (Colombie : 12 %, Brésil : 11 %), et l'Europe de l'Est minoritaire avec 14 %.

2. Méthodologie de l'étude

La méthodologie de l'étude 2001–2005 a été volontairement similaire à celle de l'étude initiale (1990–2000), pour laquelle nous avons bénéficié de compétences partenaires : Le CNRS à travers l'Unité de recherche de André-Trévenec et A. Cadoret [3], de compétences de l'INED pour l'élaboration du questionnaire et l'exploitation statistique des résultats, et un support financier de la région Île-de-France dans le cadre du programme Partenariat institutions citoyen pour la recherche et l'innovation (PICRI).

Un double questionnaire parent–enfant(s) a été adressé en 2012 par courrier postal aux 1348 familles concernées entre 2001–2005, extraites de la base de données de l'OAA². L'envoi était accompagné d'une lettre sur l'intérêt de cette enquête, ainsi que de la plaquette qui résumait les résultats de la première enquête.

Le logiciel Sphinx (« Le Sphinx France »), utilisé par l'ONG pour la première étude, a été également retenu pour assurer la saisie et l'exploitation des données.

Ce logiciel a permis :

- la définition du masque de saisie des 2 questionnaires, intégrant une série de contrôles ;
- la saisie des données incluant une première phase de contrôle des données après saisie ;
- l'exploitation statistique des résultats.

¹ 18 856 visas ont été délivrés pour des enfants adoptés à l'international sur la période 2001–2005. Sur cette période, le pic des adoptions internationales correspondait à près de 45 000 enfants qui passaient d'une culture d'un pays et d'une famille à l'autre. La Chine et la Russie étaient alors les pays d'origine majeurs et représentaient pratiquement 50 % de ces enfants. En 2004, la Chine a confié 13 375 enfants et la Russie 9336. En 2005, la Chine a même culminé à : 14 221 enfants (Sources statistiques HCCH). La France était à cette période un pays qui permettait l'adoption selon 2 voies pour les adoptants : les adoptions accompagnées par les OAA de droit privé et les adoptions individuelles non accompagnées. L'Agence française pour l'adoption (AFA), OAA public, n'a été créée qu'en 2006.

² Base déclarée à la CNIL.

Taux de répondants : sur 1348 envois aux familles concernées, 1101 questionnaires sont arrivés à leur destinataire, soit une déperdition de 347 envois, qui sont directement revenus par voie postale à MdM : 25,7 %.

Quatre cent soixante-six familles ont répondu, soit 42,3 % (466/1101), cela correspondant à 582 enfants adoptés³.

Toutes ces familles sont réparties sur l'ensemble de la France : l'OAA MdM dispose de 15 antennes régionales. Cette population enquêtée a été jugée représentative de la population de base correspondant à 1391 enfants adoptés sur cette période par l'OAA, après vérification des principales variables.

Au moment de l'enquête en 2012 : 78 % des enfants ont entre 7 et 13 ans, 15 % entre 14 et 16 ans et seulement 7 % ont 17 ans ou plus. Ils sont de ce fait en âge scolaire pour la majorité d'entre eux. L'importance de la Chine, proposant alors essentiellement des enfants très jeunes de moins de 2 ans, influe sur ces résultats.

Cela diffère de la première enquête où la répartition était inverse : 64 % des enfants avaient plus de 14 ans lors de l'enquête, ceci s'expliquant par des adoptions plus tardives, notamment pour des enfants originaires de Roumanie⁴ et du Brésil.

Ces deux enquêtes ont permis à Médecins du Monde d'étudier 985 familles et 1077 enfants adoptés entre 1990 et 2005, soit sur 15 ans, constituant par l'OAA un véritable système d'information documenté et décisionnel sur l'adoption internationale.

3. Résultats

3.1. Profil de la population enquêtée

3.1.1. L'âge moyen des parents adoptants, et leur statut conjugal

Au moment de l'adoption de leur enfant, les pères ont en moyenne 39,5 ans, et les mères 38 ans. Leur âge médian est respectivement de 39 ans, et 36 ans.

L'expérience de la parentalité dans l'adoption est plus tardive que la parentalité biologique (Source INSEE : en 2000, lors de la conception d'un premier enfant, les hommes ont en moyenne 32 ans et les femmes 29 ans).

La majorité des familles ont adopté en couple (98,5 %), seuls 1,5 % ont adopté en tant que célibataires, essentiellement des femmes : Fig. 1 (composition des familles adoptantes).

Ces résultats diffèrent sensiblement de la première étude, où 6 % étaient célibataires (dont un homme). Ils attestent néanmoins de la pérennité des statuts conjugaux dans l'adoption.

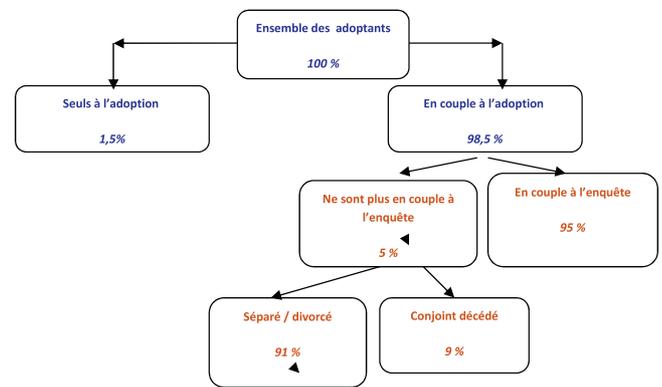


Fig. 1. La composition des familles adoptantes, leur statut conjugal.

3.1.2. Leur situation professionnelle

Les adoptants sont des parents qui, pour l'essentiel, sont insérés dans la vie professionnelle : 95,8 % des pères, et 87,6 % des mères. 7 % des mères sont au foyer.

Les catégories socioprofessionnelles des familles adoptantes se situent dans le milieu des cadres et des professions intellectuelles pour plus de la moitié des pères, et 44,5 % des mères.

La proportion des cadres adoptants est plus élevée que dans la population générale où on relève 14 % de cadres (et 7 % en 1990–2000). En effet dans l'enquête 2001–2005, ils représentent 50 % des adoptants, alors que cette proportion est de 39 % dans l'enquête 1990–2000.

La surreprésentation de cette catégorie socioprofessionnelle est également retrouvée dans l'étude faite par Juliette Halifax⁵ pour la Direction de la cohésion sociale (DGAS), sur les années 2005, 2008 et 2010, regroupant adoption nationale et internationale. Sont rapportés pour le père adoptifs 42,2 % de cadres (contre 20,3 % en statistiques nationales sur ces années) et 38,9 % pour les mères adoptantes (contre 14,5 %).

Ces résultats montrent qu'il ne s'agit pas d'un biais de recrutement de l'OAA. Par ailleurs on sait qu'au-delà des coûts de procédure de l'adoption internationale et des frais annexes (voyages, séjours dans les pays...), qui peuvent être un facteur discriminant, certaines catégories socioprofessionnelles se construisent de façon économique et familiale plus précocement que d'autres.

3.1.3. Projet d'adoption et composition familiale

Pour les 466 familles ayant répondu à l'enquête, la composition familiale est la suivante :

- 79 % des familles ont adopté un enfant (369 familles) ;
- 11 % (51 familles) ont adopté une fratrie « vraie » (par la mère, ou par les deux parents, ou en adoption simultanée). 5 familles ont adopté des jumeaux ;
- 10 % (47 familles) ont créé une fratrie « d'adoption » ou « de cœur » en réalisant plusieurs adoptions échelonnées dans le temps au cours de la période 2001–2005.

³ La première enquête recouvrait une période plus ancienne et plus longue : 1990–2000. Le questionnaire avait été envoyé à 1037 parents (base de données de MdM). Huit cent dix familles avaient reçu le questionnaire, soit 22 % de déperdition, 419 familles avaient répondu, soit un taux de réponse de 51,7 % (globalement, un meilleur taux de réponse).

⁴ Les adoptions d'enfants mineurs originaires de Roumanie ont été arrêtées par un moratoire en 2001. Depuis le 7 avril 2012, la Loi locale N° 233 permet l'adoption d'enfants pour les ressortissants roumains vivant à l'étranger.

⁵ Halifax Juliette, CREAI Picardie. Étude relative au devenir des enfants adoptés en France et à l'international, Rapport final avril 2013. p. 33.

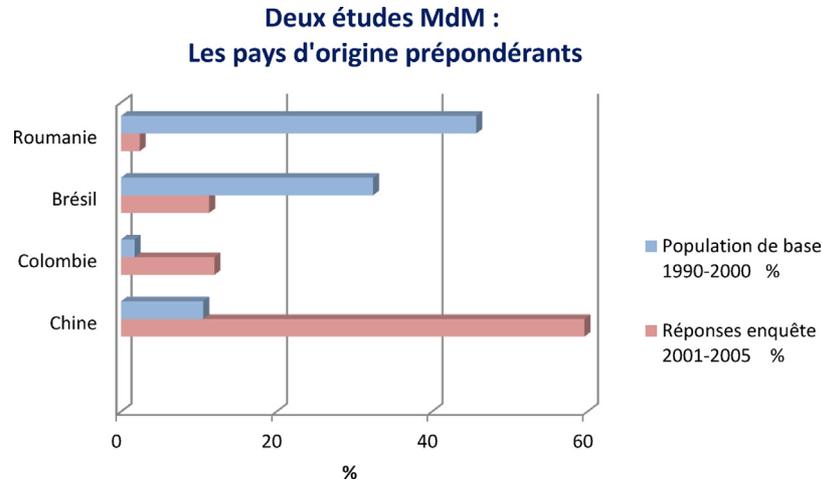


Fig. 2. Pays d'origine selon la période étudiée.

Parmi les 51 familles qui ont adopté une fratrie « vraie », il s'agit de :

- deux enfants pour 42 familles (82,35 %) ;
- enfants pour 8 familles (15,68 %) ;
- enfants pour une famille (2 %).

En 1990–2000, 25 % des familles avaient un enfant biologique avant d'adopter. La structure des familles a changé : dans cette étude, 7 % des familles avaient déjà un enfant biologique, soit issu de leur union, soit issu d'une union précédente.

Cette baisse observée au cours des deux études corrobore les résultats de nos bilans d'activité annuels, où prédominent les couples atteints d'infertilité.

3.2. Profil des enfants adoptés

3.2.1. Leur pays d'origine : prépondérance de la Chine

Les trois pays d'origine les plus représentés dans cette étude sont :

- la Chine : 347 enfants (60 %), MdM acceptant déjà les enfants à particularités médicales depuis 2001. Ils représentent 112 enfants⁶ sur les 582 enfants des 466 familles répondantes, soit 19,2 % et le tiers des enfants originaires de Chine pour l'OAA⁷ ;
- la Colombie : 70 enfants (12 %) ;
- le Brésil : 66 enfants (11 %).

Si l'on compare ces résultats aux pays d'origine les plus représentés entre 1990 et 2000, la Fig. 2 (pays d'origine selon la période étudiée) témoigne d'un contexte très différent de

l'adoption internationale entre les deux périodes, lié aux politiques évolutives des pays d'origine.

3.2.2. Les fratries

Les fratries « vraies » adoptées simultanément et non constituées dans le temps :

- les fratries biologiques⁸ de 2 enfants sont majoritairement originaires d'Amérique du Sud : 45,23 % proviennent de Colombie, et 26,19 % proviennent du Brésil. Parmi les autres pays d'origine : 11,90 % proviennent de Russie, 7,14 % proviennent de Bulgarie, 4,76 % de Roumanie, 2,38 % proviennent du Vietnam, et 2,38 % proviennent de Chine ;
- les 8 fratries de 3 enfants se répartissent en 6 originaires du Brésil et 2 originaires de Russie ;
- une fratrie de 5 enfants est originaire du Brésil.

C'est donc en Amérique du Sud que les fratries biologiques sont le plus représentées : presque une fratrie sur 2 en Colombie, presque une fratrie sur trois au Brésil.

Les fratries sont exceptionnelles en Asie : deux jumelles sont originaires de Chine, et deux sœurs sont originaires du Vietnam.

Que sont les fratries d'adoption créées dans le temps par 47 familles ?

Quarante-cinq, soit la majorité, correspondent à des adoptions successives en Chine (2 enfants entre 2001 et 2005), affiliées de ce fait à des « fratries de cœur » par les familles au moment de l'enquête.

Deux sont des adoptions successives en 2001 et 2004, l'une en Russie, l'autre en Colombie.

Cette répartition témoigne de l'incidence de la Chine sur la composition des familles, réalisant des adoptions d'enfant unique, mais les répétant parfois à 2 ou 3 années d'intervalle.

⁶ Pathologies médicales principales : fentes labio-palatines, anémies, pathologies pulmonaires et cardiopathies congénitales.

⁷ Pour rappel en 2005 : la Chine est le premier pays des enfants proposés à l'adoption internationale avec 14 221 enfants qui seront adoptés essentiellement aux US : 7933 enfants, Espagne : 2608 enfants, Canada, 928, France : 439 enfants (Source Statistiques Convention de la Haye – HCCH).

⁸ Il s'agit de fratries de même mère, les pères pouvant être différents lorsqu'ils sont connus.

Durée de l'institutionnalisation par pays

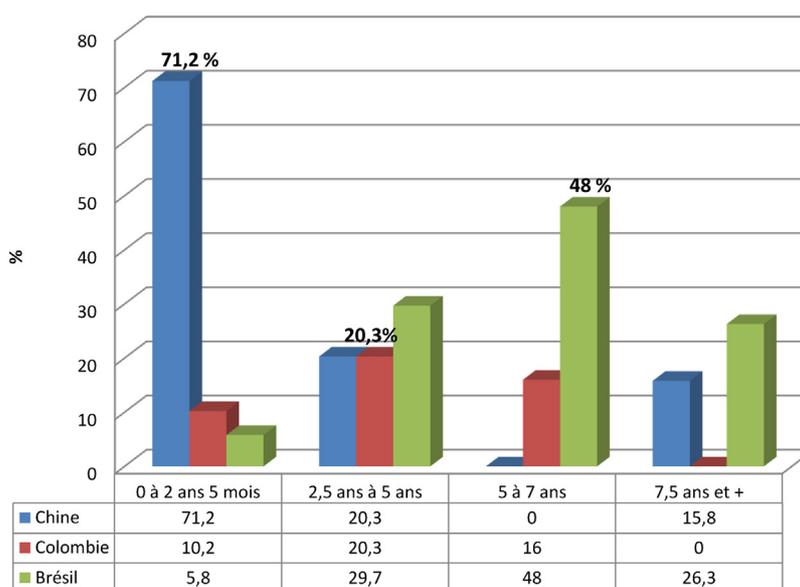


Fig. 3. Variation des délais d'institutionnalisation selon trois pays d'origine.

3.2.3. Le sexe des enfants

Le sexe des enfants est le premier paramètre impacté par le poids de la Chine sur la période étudiée.

La majorité des enfants de cette étude sont des filles (72 %). Les garçons sont minoritaires (28 %) ⁹.

Quatre-vingt-douze pour cent des enfants originaires de Chine sont des filles, contre 46 % en Colombie et 33 % au Brésil.

3.2.4. Précocité de l'abandon

Quatre-vingt-sept pour cent des parents « disent savoir » à quel âge leur enfant a été abandonné, et ont documenté cet item pour 506 des 582 enfants :

Soixante-quatre pour cent des enfants ont été abandonnés au cours de leur premier mois, soit près de leur naissance.

Soixante-treize pour cent l'ont été au cours des 4 premiers mois de leur vie :

- la moyenne est de 9 mois, la médiane est de un mois ;
- l'âge le plus élevé à l'abandon est 96 mois, soit 8 ans.

L'incidence du pays d'origine est importante : 87 à 98 % des abandons ont lieu avant l'âge de 20 mois en Chine, Vietnam, Bulgarie, et Albanie contre 70 % pour la Colombie.

C'est au Brésil et en Russie que sont trouvés les enfants les plus âgés à leur abandon.

3.2.5. La durée de l'institutionnalisation est fonction des pays

Le délai entre l'abandon de l'enfant et son adoption est important à connaître, car les éventuelles difficultés d'attachement lui sont directement corrélées.

La Fig. 3 (variation des délais d'institutionnalisation selon les pays) illustre la grande hétérogénéité existant entre pays d'origine : 71,2 % des enfants originaires de Chine sont restés moins de 2,5 ans en institution (abandon précoce, filiation inconnue).

Au Brésil, 48 % des enfants y ont séjourné entre 5 et 7 ans et plus du quart des enfants y sont restés plus de 7,5 ans.

Les rapports psychosociaux font état le plus souvent de filiations connues avec tentatives de réinsertions familiales souvent répétées, hypothéquant un mode d'attachement « sécuritaire » ¹⁰.

3.2.6. Les causes de l'abandon de l'enfant

Seulement un tiers des parents (39 %) dit avoir eu connaissance, de façon plus ou moins précise, des raisons de l'abandon de leur enfant.

La Fig. 4 fait ressortir les 7 causes d'abandon les plus citées, de l'incapacité parentale à élever un enfant aux diverses causes liées à l'enfant (dont spécificités médicales), sachant que plusieurs réponses sont simultanément possibles. Cela correspond à 162 enfants sur 582.

Cependant, le contexte politico-socioéconomique de chaque pays pèse sur les causes d'abandon.

Au Brésil, pour expliquer les causes citées ci-dessus, il convient de rappeler les difficultés économiques, une surnatalité

⁹ Dans l'étude 1990–2000, les sexes étaient équilibrés : 51 % de filles et 49 % de garçons. Les enfants venaient pour les deux tiers du Brésil et de Roumanie, la Chine ne représentant alors que 11 % des enfants dans l'enquête bien que Mdm ait été habilitée en janvier 1998.

¹⁰ Notre première enquête (1990–2000) indiquait déjà que 75 % des enfants venant du Brésil avaient attendu plus de 5 ans avant leur adoption en institution ou situation alternative.

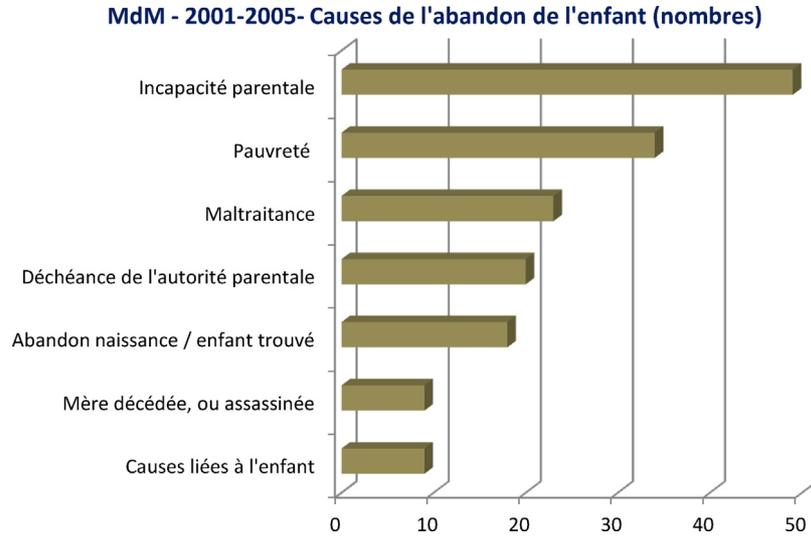


Fig. 4. Les différentes causes d'abandon des enfants.

dans un pays de tradition catholique avec, toutefois, une image de l'enfant qui reste valorisée. La destitution de l'autorité parentale et la maltraitance de l'enfant arrivent en tête des résultats.

En Colombie, la précarité des familles, les cas d'incapacité parentale (maltraitance, mère très jeune...) et l'abandon de l'enfant à sa naissance arrivent en tête des résultats.

En Chine, la politique de l'enfant unique, et la priorité donnée aux garçons a abouti à l'abandon massif des petites filles dès la naissance. Cette cause d'abandon, ainsi que celle justifiée par des spécificités médicales, arrivent en tête des résultats.

3.2.7. Le poids du passé et les événements vécus par les enfants avant leur adoption

Une famille sur cinq a eu connaissance d'évènements plus ou moins traumatisants vécus par l'enfant au cours de son passé.

Parmi les 124 enfants concernés : l'âge de l'enfant à l'adoption et le pays d'origine sont deux paramètres importants.

Plus l'âge de l'enfant à son adoption est élevé, plus le risque d'avoir subi différents traumatismes dans son passé l'est également.

Au-delà de 5 ans (60 mois), plus de 60 % des enfants ont présenté un vécu traumatique. Cela se vérifie également dans l'étude précédente, où au-dessus de 8 ans, presque 75 % des enfants avaient subi des traumatismes.

Cette répartition des traumatismes subis par les enfants avant leur adoption est très dépendante de leur pays d'origine et du temps écoulé entre l'abandon et l'adoption.

C'est au Brésil, en Colombie et en Russie où les adoptions sont les plus tardives que la proportion d'enfants ayant subi des traumatismes est la plus importante. Sur la Fig. 5 (taux de traumatismes selon les pays d'origine), on relève des taux de traumatismes annoncés par les parents adoptifs compris entre 42 et 47 %.

En Chine, où l'abandon est très précoce, le taux de traumatismes relevé est de 6,6 %.

Les situations traumatisantes relevées se répartissent de façon égale entre les garçons et les filles.

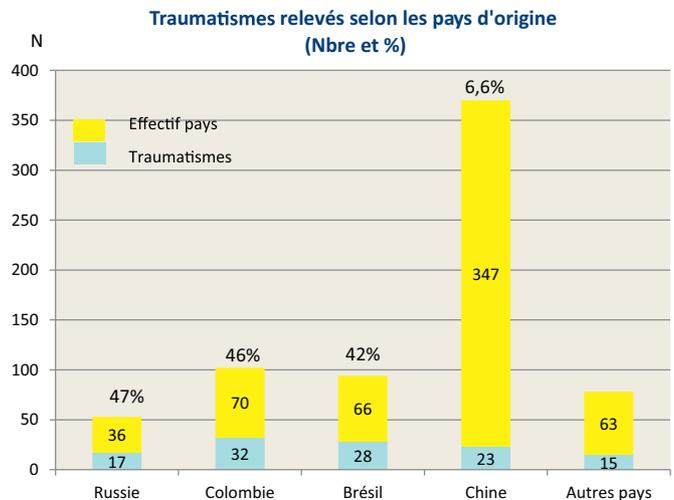


Fig. 5. Taux de traumatismes relevés selon les pays d'origine.

Parmi les traumatismes cités, également répartis entre garçons et filles, on a relevé : violence : 56 citations ; malnutrition : 15 citations ; mort d'un parent : 5 citations ; rue et mendicité : 5 citations ; intervention chirurgicale : 5¹¹ ; séparation de la mère ou de la sœur : 4 citations.

3.2.8. Lieux de vie des enfants avant leur adoption : prédominance de l'orphelinat

Quel que soit le pays d'origine, deux lieux de vie sont prépondérants : en orphelinat pour 68 % des enfants, et en famille d'accueil pour 20 %. Ils représentent à eux-seuls 88 % des enfants : Fig. 6 (lieux de vie des enfants avant leur adoption).

Ce lieu dépend fortement du pays d'origine concerné. Ainsi, en Chine, 74 % des enfants étaient en orphelinat, 62 % au Brésil alors qu'en Colombie, 72,5 % vivent en famille d'accueil.

¹¹ La Chine proposait à cette période des enfants à particularités médicales dont certains étaient déjà opérés en cas de fentes labio-palatines ou de cardiopathies congénitales.

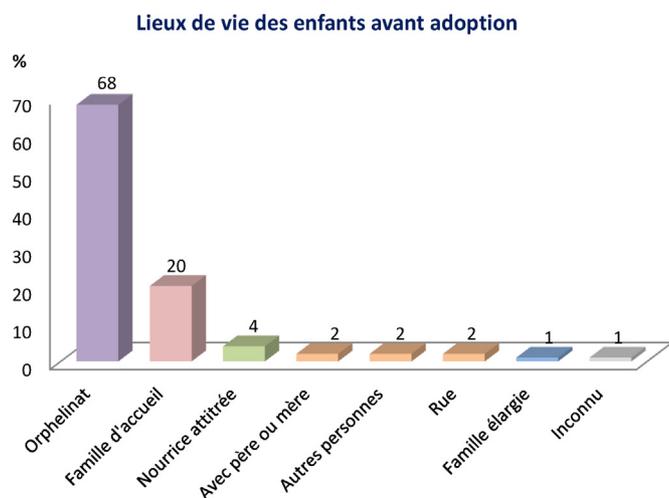


Fig. 6. Lieux de vie des enfants avant leur adoption.

Actuellement, la tendance des pays d'origine est de développer la vie en famille d'accueil.

3.2.9. Quelles attaches affectives les enfants avaient-ils développé avant leur adoption ? Que sont-elles devenues ?

Les parents ont été interrogés sur la connaissance ou non de liens affectifs tissés par les enfants dans leur pays d'origine, avant leur adoption : plus d'un tiers des parents (39 %) pensent que leur enfant n'a pas quitté d'être chers, mais un tiers également (33 %) pensent que oui. Dix-neuf pour cent disent ne pas savoir.

L'âge à l'arrivée de l'enfant paraît déterminant dans la mémorisation de ces liens affectifs. En effet, d'après les familles : 47 % des enfants de moins de 2 ans n'avaient aucune attache consciente dans leur pays d'origine, mais 47 % des enfants de plus de 5 ans avaient mémorisé un lien. À 8 ans et plus, ce pourcentage augmente : il est de 52 % des enfants.

Ces résultats sont analogues à ceux de l'étude 1990–2000, où, toutefois, les enfants plus grands étaient mieux représentés.

Après l'adoption, 5 % des familles signalent un lien régulier que l'enfant a gardé avec une autre personne de son pays d'origine, et 6 % disent que l'enfant a gardé des liens épisodiques.

Il n'y a aucun lien gardé pour la majorité des enfants : 89 %.

Selon l'âge des enfants à leur adoption, les pourcentages de liens gardés avec le pays d'origine évoluent différemment. Les enfants de plus de 8 ans sont les plus nombreux à avoir gardé des liens. Il semble assez logique que les plus âgés au moment de l'adoption soient les plus nombreux à garder des liens affectifs.

Le lien est en général assuré par les parents, sous forme de courriers, cartes, photos. En grandissant, les enfants utilisent de plus en plus les nouvelles technologies (Internet, réseaux sociaux).

La moitié des enfants ont souhaité effectuer une démarche ou faire un voyage les renseignant sur leurs origines (47,5 %), l'autre non (52,5 %). Le projet d'un voyage dans le pays d'origine s'est concrétisé pour 20 % de l'ensemble des cas. Lorsqu'il a eu lieu, il s'est déroulé pour la moitié entre 8 et

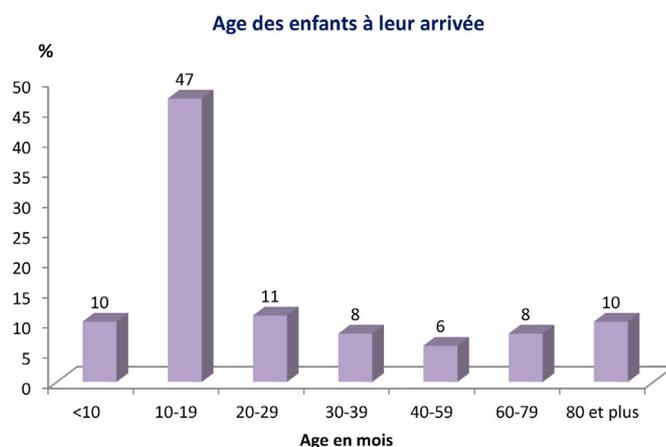


Fig. 7. Age des enfants à leur arrivée en France.

11 ans, accompagné des parents. Nous rappelons la prédominance d'enfants jeunes dans cette étude, ne favorisant pas encore l'organisation d'un voyage.

3.3. L'enfant arrivé dans sa famille : quels facteurs d'adaptation ?

3.3.1. L'âge de l'enfant à son arrivée : impact déterminant de la Chine sur les résultats

À leur arrivée, les enfants ont 30,6 mois en moyenne, (2,5 ans), mais la médiane est différente : elle est de 17 mois (1,5 ans). Ils sont arrivés entre 0 et 12 ans.

La moitié des enfants ont moins de 2 ans à leur arrivée (Fig. 7 : âge des enfants à leur arrivée en France). Seuls 10 % des enfants ont 7 ans et plus.

La majorité des enfants qui ont moins de 20 mois sont originaires de Chine (93 %).

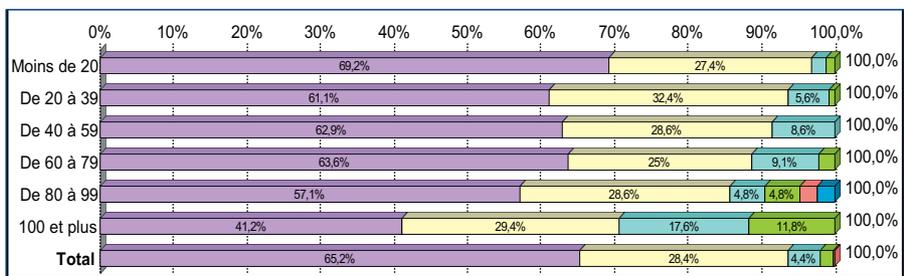
En revanche, les enfants arrivés à 5 ans (60 mois) et plus sont majoritairement du Brésil (64 %).

La population des enfants adoptés au cours de la période étudiée est donc particulièrement hétérogène, constituée de deux sous-ensembles très distincts : les adoptions en Chine, les adoptions en Amérique du Sud.

3.3.2. La perception des familles : enfant désiré... enfant adopté...

La période 2001–2005, marquée par la prépondérance de la Chine, est une période où l'enfant adopté est relativement proche du profil de l'enfant désiré. Ainsi :

- 97 % des parents sont satisfaits de l'origine géographique de leur enfant ;
- 89 % sont satisfaits de l'âge de l'enfant. Cela signifie également que 11 % des familles auraient souhaité adopter un enfant plus jeune. Au cours de la période 1990–2000, ce taux était de 17 %, ce qui témoignait, à cette période, d'une adéquation moindre au projet de la famille ;
- 93 % sont satisfaits du nombre d'enfants qu'ils ont adopté simultanément, en cas de demande de fratrie.



Légende : L'intégration de l'enfant au foyer adoptif en fonction de son âge à son arrivée s'est faite :

- Très rapidement
- Plutôt rapidement
- Plutôt lentement
- Très lentement
- Il ne s'est pas adapté
- Sans opinion

Fig. 8. L'intégration de l'enfant au foyer adoptif en fonction de son âge à son arrivée (en mois).

3.3.3. La préparation de l'enfant : une période de balbutiements. . .

La notion de préparation revêt des formes très hétérogènes, mais pour les 115 familles qui se sont exprimées, cette préparation s'est en majorité faite par le biais des photos adressées par la famille adoptive via l'OAA. C'est ainsi que 37 % des familles disent que leur enfant a été préparé.

3.3.4. L'enfant et son adaptation familiale

L'adaptation de l'enfant à son nouveau foyer :

Fig. 8 (intégration de l'enfant au foyer adoptif en fonction de son âge à l'arrivée) : d'après le déclaratif des répondants, dans la majorité des cas, tout âge d'arrivée confondu, les familles estiment que les enfants se sont adaptés rapidement ou plutôt rapidement au contexte familial, ceci quel que soit leur âge : deux tiers des enfants se sont adaptés très rapidement à leur nouveau foyer (65,3 %), et presque un tiers s'est adapté plutôt rapidement.

Cependant :

- 6,4 % des enfants ont eu une adaptation lente ou difficile, tous âges d'arrivée confondus ;
- pour les enfants adoptés à 5 ans et plus (60 mois et plus), on constate une plus grande hétérogénéité de cette adaptation, pouvant s'avérer lente, ou ayant échoué ;

- 14 % des enfants dont l'âge à l'arrivée est supérieur ou égal à 6,5 ans (80 mois et plus) s'adaptent lentement à leur foyer familial adoptif.

Ces résultats s'appliquent également à l'adaptation à la famille élargie.

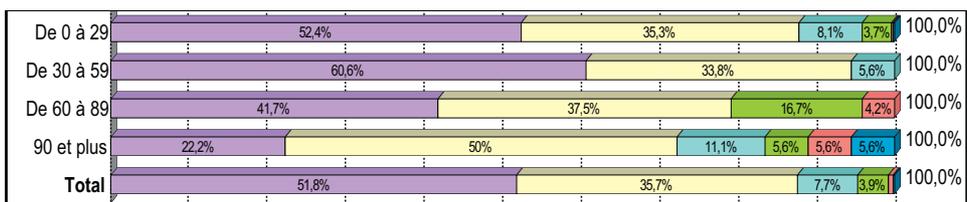
Et, de même, l'adaptation de l'enfant à son nouveau milieu social est jugée rapide par les parents dans 80 % des cas.

L'impact du passé sur l'adaptation est un facteur significatif et en particulier suivant le temps passé en institution.

Comme le montre la Fig. 9 (adaptation sociale en fonction du temps passé en institution), c'est dans les tranches de 60 à 89 mois passés en institution que l'on voit apparaître 4,2 % de cas de non adaptation. De même, pour ceux qui ont passé plus de 90 mois (7,5 ans et plus), 5,6 % des enfants sont déclarés par les répondants comme ne s'étant pas adaptés.

3.3.5. L'adaptation de l'enfant à son environnement scolaire

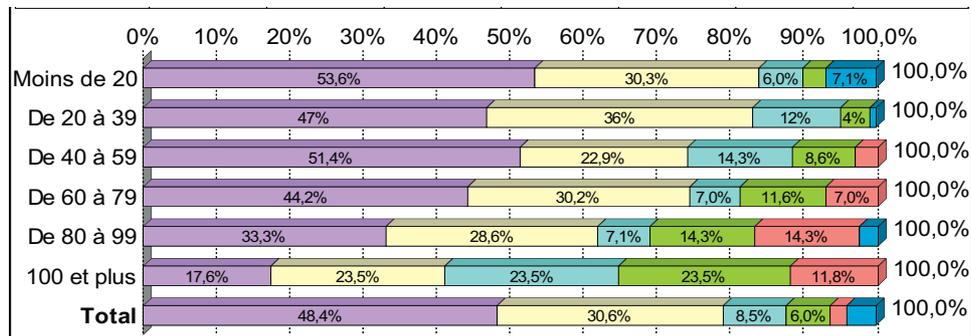
Celle-ci est directement liée à son âge à son arrivée. Les difficultés mentionnées surviennent dans les tranches d'âge au-delà de 60 mois (5 ans). Ainsi (Fig. 10), 14,3 % des enfants sont déclarés non adaptés dans la tranche 80 à 99 mois (6,6-8,25 ans).



Légende : L'adaptation sociale de l'enfant en fonction de la durée de son séjour en institution s'est faite :

- Très rapidement
- Plutôt rapidement
- Plutôt lentement
- Très lentement
- Il ne s'est pas adapté
- Sans opinion

Fig. 9. Adaptation sociale en fonction du temps passé en institution (en mois).



Légende : L'adaptation de l'enfant à son milieu scolaire en fonction de son âge à son arrivée s'est faite :

- Très rapidement
- Plutôt rapidement
- Plutôt lentement
- Très lentement
- Il ne s'est pas adapté
- Sans opinion

Fig. 10. Adaptation de l'enfant à son environnement scolaire en fonction de son âge à son arrivée (en mois).

3.4. L'enfant arrivé dans sa famille : facteurs d'intégration et relations développées ?

3.4.1. Le prénom de l'enfant, premier signe de filiation

Dans cette étude, 98 % des parents ont gardé le prénom d'origine de l'enfant et se montrent ainsi très respectueux des origines de leur enfant, avec une réelle prise de conscience de l'importance de ce prénom : il se trouve en deuxième prénom dans 68 % des cas.

3.4.2. Les liens d'attachement lors de l'enquête

Afin d'approcher la mise en place des conditions d'attachement de l'enfant tels que décrits par N. Guedeney et A. Guedeney [4], le questionnaire proposé comporte une appréciation des parents sur la qualification de leur lien avec leur enfant adopté.

Les relations s'avèrent affectueuses et complices avec la famille, qu'il s'agisse du père ou de la mère de l'enfant, mais elles restent néanmoins distantes voire difficiles ou agressives dans environ 15 % des cas ou plus.

Quels facteurs peuvent avoir une influence sur ces relations affectives ?

Une analyse approfondie des données et différents croisements ont permis de mettre certains facteurs en évidence : Il s'agit de l'âge de l'enfant à son arrivée, de son âge actuel, des traumatismes qu'il a pu ou non subir par le passé.

Ainsi, les relations familiales sont d'autant plus affectueuses et complices (codes couleurs violet et jaune) que l'enfant est arrivé jeune dans la famille. Les relations difficiles ou agressives (codes couleurs vert et rose) sont plus nettes avec les enfants adoptés grands (Fig. 11 : les relations de l'enfant adoptif en fonction de son âge à l'arrivée).

Selon les résultats obtenus à partir des déclaratifs familiaux, les relations difficiles et agressives apparaissent vers les âges les plus élevés : l'avancée en âge de l'enfant dégraderait-elle les relations, ou les rendrait-elle plus distantes ? Les adoptions

tardives et l'entrée de ces enfants dans l'adolescence contribuent également à expliquer ces résultats.

3.4.3. Incidence des événements traumatisants subis par l'enfant dans son passé

Le passé traumatique vécu par l'enfant impacte dans cette analyse les relations affectueuses qu'il développe avec ses parents. Or nous le savons, l'enfant ne peut se développer qu'avec le concours de son environnement proche [5] mais nous n'avons pas observé de différence significative entre les deux parents sur le plan statistique (Fig. 12 : incidence des traumatismes sur les relations des enfants avec leurs parents).

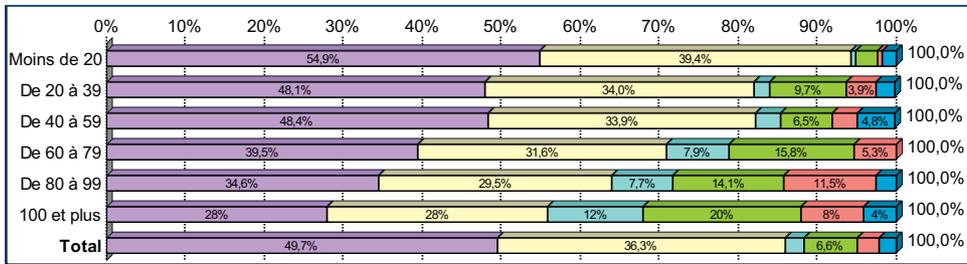
3.4.4. L'adaptation et la socialisation de l'enfant

Quelques facteurs relatifs à l'adaptation de l'enfant ressortent de cette étude, tels que les relations de l'enfant en dehors de la famille, sa prise de conscience de son statut d'adopté et de sa différence physique éventuelle, ainsi que la mémoire de sa langue d'origine.

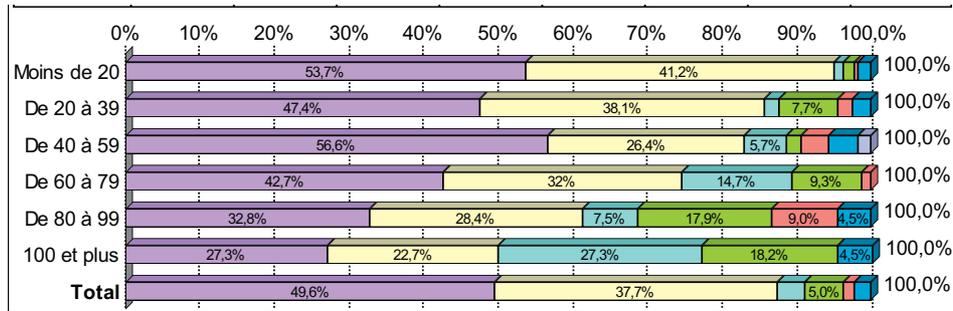
- la présence d'une tierce personne dans les relations affectives de l'enfant : selon les familles, 42 % des enfants ont développé une relation avec un autre adulte qu'eux : animateur, professeur, membre de la famille ou ami ;
- la prise de conscience de son statut d'adopté : dans 60 % des cas, les parents estiment que l'enfant a pris conscience de son statut d'enfant adopté dès son arrivée dans la famille.

En revanche, 5 % des familles ne savent pas si leur enfant a cette conscience, et 1 % déclarent que leur enfant n'a toujours pas eu cette prise de conscience au moment de l'enquête.

La différence physique de l'enfant n'est pas, dans cette étude, un facteur qui apparaît comme discriminant, ceci quel que soit l'âge à l'arrivée de leur enfant. D'après le déclaratif de leurs parents, 23 % des enfants ressentent leur différence physique, et 17 % ressentent leur statut d'adopté, ceci quel que soit leur sexe.



Relations avec la mère



Relations avec le père

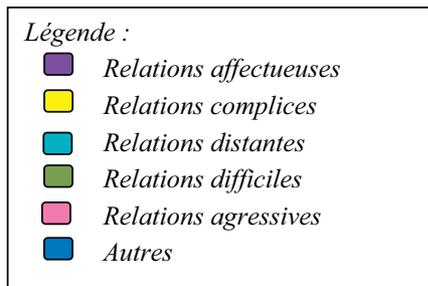


Fig. 11. Les relations de l'enfant adopté avec ses parents, en fonction de son âge à l'arrivée.

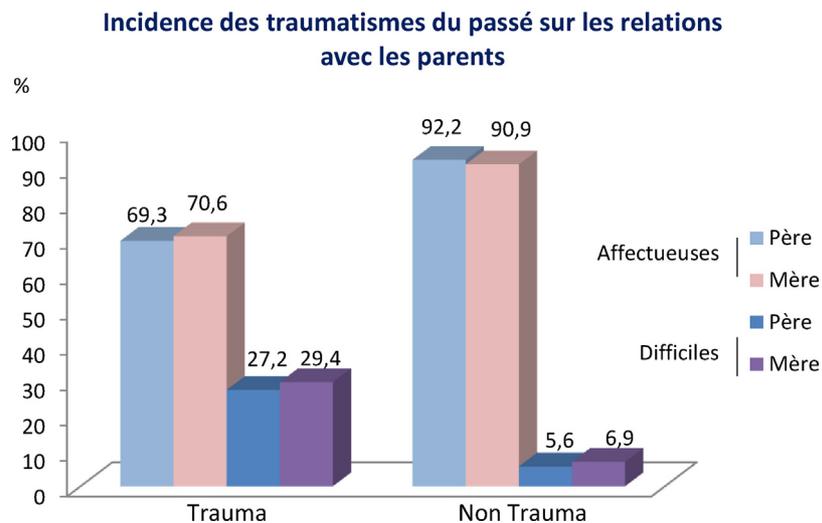


Fig. 12. Incidence des traumatismes sur les relations des enfants avec leurs parents.

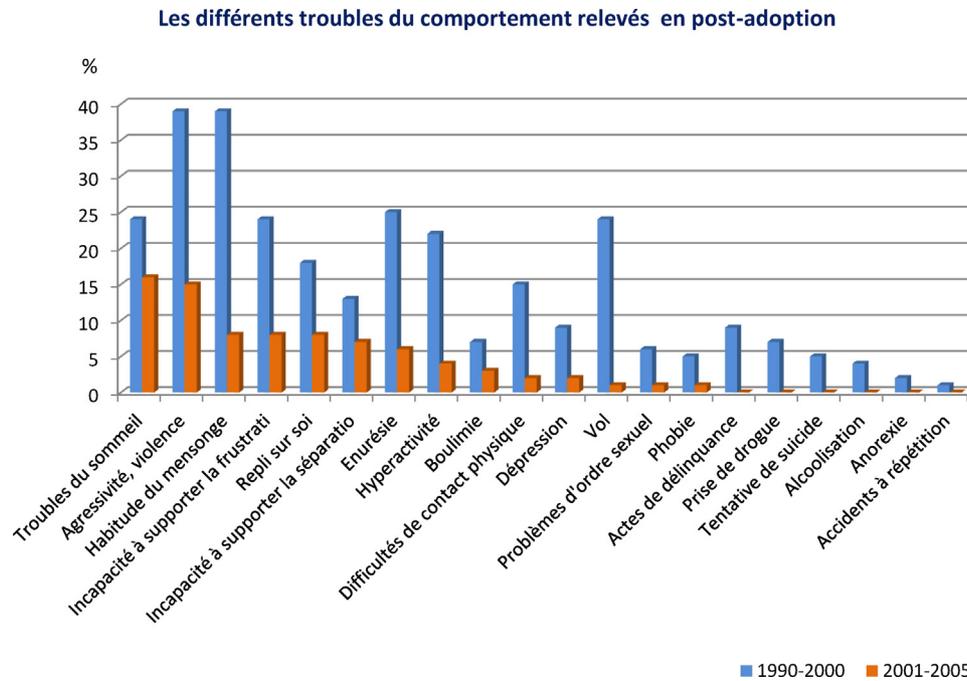


Fig. 13. Répartition des différents troubles du comportement relevés lors du devenir des enfants en post-adoption, selon leurs parents.

L'adaptation linguistique : dans la majorité des cas, pour cette étude statistique, l'enfant abandonne sa langue d'origine, quel que soit le pays concerné.

Toutefois, le Brésil et la Colombie sont les deux pays où la langue d'origine est maintenue pour environ un enfant sur cinq.

3.5. Les troubles du comportement chez l'enfant déclarés par les familles

Les troubles du comportement déclarés par les parents ont fait l'objet d'une représentation sous forme d'histogramme pour les deux études menées : 1990–2000 et 2001–2005 sur la Fig. 13 : répartition des différents troubles du comportement parmi les enfants affectés.

Ces difficultés psychologiques, telles que signalées par les parents, affectent 55 % des enfants sur la première période, et 42 % des enfants sur la deuxième période (chacun de ces enfants pouvant être en moyenne atteint de trois troubles différents).

Mêmes si les populations d'enfants étudiées ne sont pas comparables en termes de pays d'origine, d'âge à l'adoption et de durée de séjour en institution, les mêmes troubles du comportement affectent les enfants et ne varient que par leur fréquence de citation par les répondants.

Ainsi, les cas d'agressivité et de violence arrivent au deuxième rang pour les deux populations étudiées, 2,5 fois plus fréquents en 1990–2000 qu'en 2001–2005.

3.6. Les situations de rupture familiale

Les difficultés familiales sont plus nettes pour les enfants adoptés grands. Ils se trouvent alors exposés à des risques importants, pouvant les conduire jusqu'à la rupture avec leurs parents.

Si l'on s'en tient aux ruptures familiales déclarées lors de l'enquête, provisoires ou définitives, totales ou partielles, nous dénombrons 12 cas de séparation, sur 582 enfants. Ceci correspond à un taux de 2 %.

Neuf situations s'avèrent particulièrement graves, soit pour 1,5 % des enfants. Celles-ci appartiennent à la population des 159 adolescents de 13 ans et plus au moment de l'enquête, soit 6 % des adolescents.

Les ruptures sont totales pour deux adolescents, et très partielles où limitées à un soutien matériel pour les 7 autres.

Tous ces jeunes adolescents ont des lieux de vie hors de la maison familiale.

Deux adolescents ont eu des séjours en hôpital psychiatrique, deux sont en séjour de remobilisation (Dispositif d'accueil et de remobilisation éducative, DARE), trois ont été pris en charge par l'ASE.

Voici leurs caractéristiques :

- ils ont été adoptés tardivement : 3 à 8 ans, 2 à 6 ans, un à 5 ans, un à 7 ans, un à 9,5 ans ;
- il s'agit de 5 garçons, et 4 filles ;
- six sont originaires d'Amérique du sud (Brésil : 4, Colombie : 2), et 3 sont originaires d'Europe de l'est (Roumanie : 2, Russie : 1) ;
- huit sont non scolarisés au moment de l'enquête ;
- appartiennent à des fratries, pour des rangs d'arrivée en deuxième ou troisième position au sein de familles adoptives.

3.6.1. Les points communs de ces 9 cas

Un passé traumatique, confirmé par les familles ayant eu accès à des informations : violences, maltraitances, abus sexuels. . . , une adoption tardive.

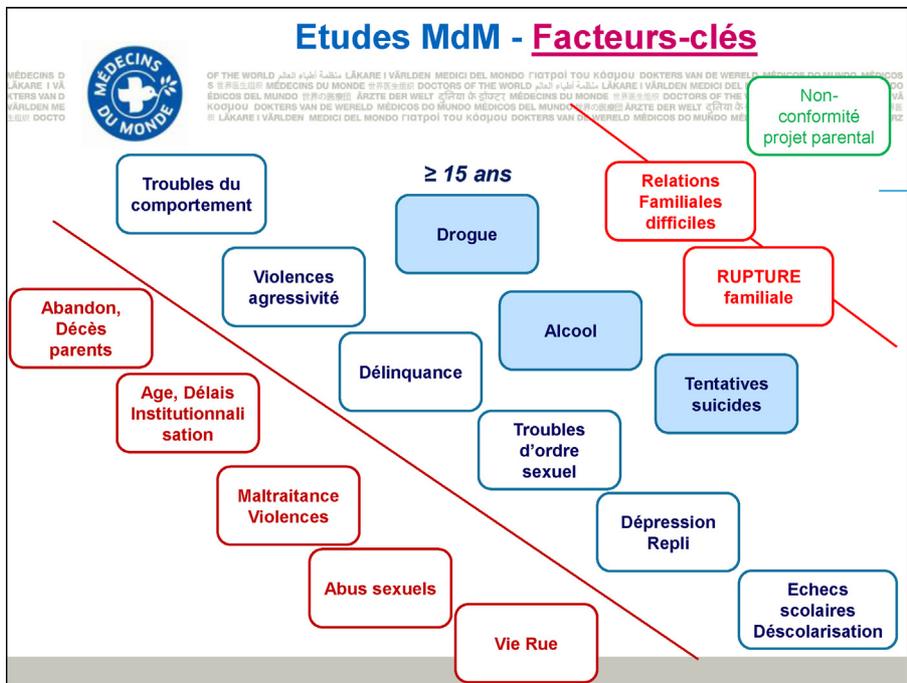


Fig. 14. Les facteurs clés d’une adoption à grands risques, du passé de l’enfant à son avenir.

Des symptômes de troubles du comportement graves signalés par les familles lors de leur réponse à notre enquête, une déscolarisation.

Sur la Fig. 14 (les facteurs clés d’une adoption à grands risques), nous avons rapproché les traumatismes subis par les enfants des troubles du comportement développés à leur adoption, ayant eu pour conséquence une rupture familiale. Le non-respect du projet initial de la famille reste un facteur de dégradation des relations développées.

Ces résultats sont dans la continuité de ceux de la première étude menée en 1990–2000 par Médecins du Monde, où 36 enfants avaient connu de difficultés provoquant des séparations d’avec leurs parents.

Seize cas (3% des enfants) montraient des ruptures du lien affectif avec leur famille. Ils présentaient des caractéristiques communes à celles précitées en terme de traumatismes subis en pré-adoption, de lieux de vie et d’âge à l’arrivée, suivis de troubles graves du comportement, obligeant à une séparation de la famille adoptive, avec séjour en internat spécialisé (13), en hôpital psychiatrique (1) et en famille d’accueil (2).

Citons également l’étude publiée en 2013 par J. Halifax, à la demande de la DGCS [6], où sur 5000 adoptions nationales et internationales en 2005, 3% des familles sont en grande difficulté (problèmes relationnels, agressivité, non intégration, honte, éloignement, rupture...). Toutefois, la comparaison des résultats des différentes études menées reste difficile dans la mesure où les échantillons étudiés ne recouvrent pas les mêmes types de procédures d’adoption (nationales et internationales, individuelles ou accompagnées) et où les critères retenus, ne répondent pas toujours aux mêmes définitions.

4. Discussion

Les tendances actuelles de l’adoption internationale, déjà évoquées dans le Rapport Colombani (2008), décuplent l’intérêt de ces résultats : chute du nombre d’enfants proposés par les pays d’origine et modification de leur profil, enfants grands au passé traumatique, politiques de protection de l’enfance différentes, importance du principe de subsidiarité allongeant le temps écoulé entre l’abandon et d’adoption.

Médecins du Monde a présenté les résultats statistiques de l’étude 2001–2005 le 8 avril 2013 à un groupe d’experts pluridisciplinaire internes et externes afin d’ouvrir la discussion et permettre des échanges¹².

Au-delà de cette réunion préliminaire d’autres consultations ont été faites auprès d’intervenants bénévoles dans la cadre de la formation continue de MdM : Luce de Bellefeuille directrice jusqu’à fin 2013 du secrétariat à l’adoption internationale

¹² Pédiopsychiatres : Pr honoraire Colette Vidailhet Pédiopsychiatre CHU de Nancy et responsable de l’antenne adoption MdM de Nancy, Dr Claude Aiguesvives Pédiopsychiatre Chef de service CH de Béziers – Expert auprès des tribunaux, ancien vice-président de MdM, Dr Patrick Chardeau – Pédiopsychiatre – Association Ligare – l’Arbre Vert, Dr Elisabeth Fortineau – Psychiatre Psychanalyste et Perrine Baillon – Psychologue Psychanalyste – Association Ligare – l’Arbre vert. COCA hôpital Necker : Dr Frédérique Sorge pédiatre, Dr Françoise Hallet Coordinatrice de l’Envol Belgique, Médecin scolaire et enseignante. Représentant des Institutions : Dr Frédérique Delatour – ministère de la Santé et MAI, Dominique Clavreul DGCS – chargée de mission Juriste, Juliette Halifax – chargée d’étude au CREAM de Picardie. De la mission adoption MdM : Michèle Lebrault responsable formation et études statistiques présentait les résultats. Contribuaient à l’animation : Geneviève André – Trévenec Pédiatre responsable de la Mission et Dr Sylvie Rey, Médecin de PMI – membre du pôle médical et responsable pays.

au Québec, Aubeline Vinay Docteur en psychologie, maître de Conférence en psychologie clinique et psychopathologie, université de Dijon, un spécialiste des consultations transculturelles, le Pr. Thierry Baubet, pédopsychiatre Professeur à l'université Paris 13, directeur de la maison des adolescents à l'hôpital Avicenne, Président du Comité scientifique de l'école des parents.

Nous avons également souhaité un avis supra-national de coordinateur du bureau de La Convention de La Haye en matière d'adoption internationale : Sandra Dupuy.

De plus, Médecins du Monde s'est adressé individuellement à un certain nombre d'experts : Pr Marie Rose Moro (chef de service de psychopathologie et médecine des adolescents, maison de Solenn Paris), Luce de Bellefeuille (directrice générale du Secrétariat à l'adoption internationale au Québec), Aubeline Vinay (docteur en psychologie, maître de conférence en psychologie clinique et psychopathologie, université de Dijon), Dr Jean-Louis Le Run (médecin chef du pôle Paris Centre est, rédacteur en chef de la revue *Enfances & Psy*), Pr Thierry Baubet (professeur à l'université Paris 13, directeur de la maison des adolescents de l'hôpital Avicenne, président du comité scientifique de l'École des parents), Laura Martinez-Mora (HCCL, Collaboratrice Juridique Principale).

Dans la phase d'adaptation initiale et la phase de construction des liens, l'impact du passé sur les troubles du comportement montre une permanence de symptômes récurrents auxquels la famille devra être préparée, mais aussi accompagnée par des professionnels spécialisés [7].

Bien que les deux études montrent une récurrence de difficultés situées à des taux différents, cette réalité doit rentrer dans les programmes de préparation à la parentalité adoptive, avec une ouverture sur des supports professionnels également nécessaires dans les suivis post-adoption.

Dans cette étude, on le constate, les relations familiales sont d'autant plus harmonieuses que l'enfant est arrivé jeune dans la famille, qu'il n'a pas eu le temps de subir d'événements traumatiques avant son adoption, et qu'il est en conformité avec le projet de la famille. Alors, les impacts croisés entre ce que véhiculent les parents de leur propre histoire, de leur expérience, de leurs attentes et l'histoire de l'enfant, son vécu, ses souvenirs, ses attaches concourent à une construction familiale positive, où des liens de qualité aideront à la traversée des épreuves de ce parcours [8].

L'avantage de Médecins du Monde est d'avoir étudié deux périodes consécutives. L'étude menée sur les années 1990–2000 se rapproche plus du contexte actuel que celle menée sur la période 2001–2005, marquée par l'impact des arrivées d'enfants de Chine, permettant des adoptions où l'enfant adopté était proche de l'enfant rêvé, jeune, et en bonne santé.

Néanmoins, quelles que soient les périodes étudiées, des facteurs récurrents et peut-être prédictifs relevés à partir des déclaratifs des parents montrent leur impact potentiel sur l'avenir de l'enfant, et sont à prendre en compte, particulièrement aux périodes cruciales du développement de l'enfant.

Nous retrouvons :

- l'âge de l'enfant à son abandon ;
- la durée entre l'abandon et l'adoption, qui est un facteur majeur, car elle recouvre à la fois des périodes d'institutionnalisation plus ou moins prolongées, ou des allers et retours entre institutions, famille élargie, pouvant s'accompagner de violences de diverses natures, physiques ou psychologiques, y compris abus sexuels, et autres vécus traumatiques sources de souffrances dans le devenir de l'enfant.

Ces facteurs prédictifs sont retrouvés dans différentes publications.

L'histoire de l'enfant est marquée par des périodes cruciales pour son développement ultérieur, et son adaptation peut s'accompagner de troubles du comportement, et d'épisodes dépressifs [9].

Une enquête récente du SSI, publiée en mai 2014, réalisée en Lituanie auprès d'enfants grands adoptés à l'étranger, révèle que ces enfants craignent de faire confiance à de nouveaux adultes et veulent conserver une distance vis-à-vis de ceux-ci [10].

Bimmel et al. [11], Rutter et al. [12] et Beckett et al. [13] ont collaboré à l'Étude English and Romanian Adoptées (ERA) menée au Royaume entre 2001 et 2006. Leurs publications historiques sur les enfants roumains adoptés ont bien montré que des situations inadaptées de délaissement et de vie en institution peuvent engendrer, à moyen ou à long terme, des désordres majeurs sur le développement psychomoteur, qui persisteront pour beaucoup d'entre eux.

Selon les études suédoises [14,15] rapportées par A. Vinay et J. Chomilier [16], les risques de troubles de santé mentale des enfants adoptés peuvent conduire à des tentatives de suicide et sont à rapprocher de ceux des enfants immigrants, subissant également des déplacements de lieux de vie multiples ou de longue durée.

Les cas de ruptures familiales corrélés aux traumatismes du passé surviennent à l'adolescence, période « à risques », au cours de laquelle des troubles psychopathologiques apparaissent, souvent sous la forme de conduites où le jeune s'expose dangereusement [17].

Le principe de subsidiarité fondamental pour le respect de la culture de ces enfants (Convention de la Haye) pose la question de ses propres limites, compte tenu de son rôle dans l'allongement de la durée entre abandon et adoption, comme on peut le constater sur les enfants adoptés tardivement [18].

Nos études, ainsi que les articles cités, corroborent tout le risque d'émergence de difficultés qui doit être anticipé par les organismes accompagnant ces nouvelles adoptions : en effet, tous ces dommages ne sont pas inévitables. Ceci implique différentes actions, tant au niveau des pays d'origine que des pays d'accueil des enfants :

La préparation des parents aux spécificités de la parentalité adoptive devient incontournable et relève de la responsabilité des pays d'accueil, en particulier des organismes qui assurent l'accompagnement de ces adoptions de plus en plus complexes [19].

De plus, compte tenu du profil des enfants proposés actuellement à l'adoption, nous soulignons les risques majeurs encourus par les familles adoptantes non accompagnées, car elles ont besoin de pistes et de conseils pour savoir intervenir le plus tôt possible [20]. En effet, cette préparation doit les inciter à déceler de façon préventive les signes annonçant une nécessité d'aide spécialisée pour l'enfant : troubles du sommeil, troubles du comportement, scolarité. . .

La transparence des échanges entre pays d'origine et pays d'accueil sur le dossier de l'enfant s'avère primordiale. Beaucoup de parents n'ont qu'une connaissance partielle des événements du passé de leur enfant : liens développés, lieux de vie, traumatismes subis, éléments de santé. . .

Il est du devoir des professionnels des organismes autorisés en adoption, en qualité d'intermédiaire, d'avoir toute l'exigence nécessaire auprès des pays d'origine sur le contenu des dossiers transmis où doivent figurer les informations qui conditionneront la bonne intégration de l'enfant dans sa famille et dans son environnement : son parcours social, les motifs de retrait de l'autorité parentale, les traitements administrés en institution, le niveau de scolarisation avant cinq ans. . . Ces professionnels auront ainsi la capacité de repérer les risques d'un apparentement très en amont.

Ces résultats nous amènent également à collaborer très fortement avec les pays qui le souhaitent sur la préparation des enfants.

Dans le pays d'origine, pour les enfants, quel que soit leur âge et les pratiques culturelles, leur stimulation, la façon de leur donner leur biberon ou leur repas, de leur apporter les soins quotidiens, de leur parler, et tout autre comportement de « caregiving » ne sont pas des gestes obligatoirement spontanés.

Compte tenu des différentes pratiques mises en œuvre selon les pays, les progrès à faire en matière de préparation des enfants restent très importants, ceci dans le cadre d'une coopération avec les pays d'origine (exemple du partenariat mené entre le SSI et Médecins du Monde sur les adoptions au Vietnam, 2014).

De la part des pays d'accueil, si le pays d'origine le souhaite, une aide à la formation continue du personnel des institutions peut se développer.

Une autre alternative, à terme, pourrait être que cette formation soit confiée à des familles d'accueil en alternative aux institutions, ceci tant en adoption internationale qu'en adoption nationale.

Une coordination pays d'accueil–pays d'origine au fil du temps participe activement au processus de construction du lien parental avec l'enfant pour que celui-ci puisse s'amorcer dès l'apparentement administratif.

Nous citerons en exemple le travail des Philippines qui viennent de mettre en place pour les adoptions d'enfants de six ans et plus une possibilité de rencontre par Skype avant la rencontre physique pendant le temps administratif nécessaire aux formalités d'apparentement.

L'introduction des nouvelles technologies dans le tissage de liens est une manière supplémentaire de réduire les risques de difficultés au sein de la nouvelle famille, pouvant impacter les conditions d'attachement elles-mêmes.

Ces échanges peuvent également continuer après l'arrivée de l'enfant pour maintenir un lien avec son pays d'origine, s'il le souhaite : cette étude, par ses résultats, nous montre que peu d'enfants gardent des liens avec leur vie passée, mais selon l'âge des enfants à leur adoption, les pourcentages de liens gardés évoluent différemment : 20 % des enfants de plus de 8 ans ont gardé un lien, qui restera mémorisé et les accompagnera toute leur vie, notamment au cours de périodes de réminiscence comme l'adolescence. Ceci est d'autant plus important qu'un tiers des parents (33 %) pensent que leur enfant a laissé des êtres chers en quittant le lieu de vie de son pays d'origine.

La reconnaissance de ce passé est une dimension à accepter par les parents, elle fait partie du concept d'adoption et de la vie familiale : l'adoption est empreinte de toutes les expériences vécues par l'enfant et qui l'ont précédée. Il s'agit alors de « penser l'adoption du côté de l'enfant » [21], en s'identifiant au vécu de leur enfant, au-delà des événements qui ont déterminé une démarche d'adoption.

On constate un abandon précoce de la langue d'origine, même si celle-ci n'est pas réellement oubliée et peut resurgir selon certaines circonstances de la vie de l'enfant adopté.

L'expérience a montré que l'apprentissage de la langue n'est pas un obstacle majeur : 78 % des enfants mettent moins de 4 mois après leur arrivée pour comprendre les phrases du quotidien en français. Ils acquièrent donc la compréhension de la langue très rapidement après leur arrivée, et l'expression est acquise au cours de la première année. En moyenne, dans notre étude, les enfants parlent français en 8 mois après leur arrivée. Plus des trois quarts parlent français en moins d'un an. Ceci est un critère primordial, sachant que la langue est une clé majeure de l'accès à l'intégration sociale puis scolaire et, au sens large, la clé d'accès au savoir. Les enfants adoptés grands peuvent néanmoins souffrir de troubles du langage, qui sont à rapprocher de ceux observés en situation transculturelle où le concept de métissage permet de comprendre la complexité des affiliations des enfants, mais aussi leur potentiel créatif [22].

Les adoptions tardives soulèvent le problème des niveaux de scolarisation des enfants, et leur intégration à l'école à leur arrivée. Les dossiers transmis par les pays d'origine ne comportent que rarement une évaluation du niveau scolaire et de l'élocution de l'enfant dans sa langue d'origine.

Rappelons-le, les difficultés scolaires arrivent avec des taux de 15 % et plus à partir de 8 ans à l'arrivée. Près de 30 % des enfants de notre étude se sont adaptés très lentement, ou ne se sont pas adaptés du tout à l'environnement scolaire qui leur a été proposé.

Seulement 11 % des enfants avaient été scolarisés dans leur pays d'origine, d'après les informations des parents. C'est au Brésil que le taux de scolarisation est le plus élevé : 43 % (près d'un enfant sur deux), alors qu'il est de 21,4 % en Colombie (un enfant sur cinq). Compte tenu de l'âge des enfants à leur adoption, il est pratiquement inexistant en Chine.

F. Hallet, médecin scolaire et enseignante, coordonnatrice de l'*Envol* en Belgique, auteur et traductrice de nombreux ouvrages, apporte de précieux conseils dans son document « Il ne veut pas ou il ne peut pas ? » publié au titre de l'*Envol* [23]. Elle se réfère

aux théories de l'attachement, pour décrire comment aider un enfant adopté (et parfois traumatisé) à l'école [24] :

- favoriser un sentiment de sécurité et l'attachement ;
- soutenir les difficultés exécutives et attentionnelles ;
- adapter le quotidien à l'école ;
- réprimander et féliciter.

Ses préconisations majeures sont que les parents prennent le temps de proposer de nouveaux attachements à leur enfant adopté :

- en restant à la maison avec lui les premiers mois ;
- en lui proposant un mode de vie routinier, prévisible ;
- en évitant les sorties et les voyages inutiles ;
- en répondant aux besoins de l'enfant, à commencer par ses besoins de base : alimentation, sécurité. . . ;
- en se faisant conseiller par des spécialistes dès qu'ils ont l'impression de ne pas comprendre les comportements de leur enfant ou de ne pas trouver comment y réagir.

Ces conseils nous suggèrent de commencer par mettre en place activement une évaluation de départ de l'enfant, intégrant si nécessaire une phase de rattrapage scolaire, éventuellement avec recours à des méthodes différenciées (Pédagogies Freinet, Oury, Ecoles Montessori), où l'enfant perçoit le lieu de classe comme un endroit de repères, de sécurité, de vie, où il va pouvoir prendre en charge sa vie d'écolier progressivement, et faire la transition avec sa vie passée, et sa scolarité selon qu'elle a eu lieu ou non.

Les familles sont confrontées aux systèmes scolaires plus ou moins rigides de certains pays d'accueil. Il conviendrait, dans l'avenir, que soit réalisé un travail au niveau de l'Éducation nationale afin de sensibiliser les enseignants à la spécificité des enfants adoptés, notamment en cas d'adoption tardive, et de créer un cadre de rattrapage du niveau scolaire, sans l'imposer d'emblée selon l'âge de l'enfant. Pour exemple, F. Hallet travaille en Belgique à l'élaboration d'une circulaire ministérielle visant à définir les modalités d'accueil de l'enfant adopté à l'école.

L'étude menée par Médecins du Monde sur les années 2001 à 2005 concerne essentiellement des enfants en âge scolaire primaire ou début de collège. Par contre, l'étude menée sur les années 1990–2000 concernait 28 % d'adoptés entrés dans l'âge adulte. Même si les deux études se basent sur les déclaratifs des parents, l'ensemble de ces résultats, et leurs analyses sont ainsi à rapprocher du travail des différentes associations d'adoptés, qui sont des lieux de rencontre entre adoptés adultes et plus jeunes partageant le même destin, en vue d'échanges d'expériences et d'écoute. Citons entre autres les Associations racines coréennes (H. Charbonnier), la Voix des adoptés (C. Février), le Conseil national des Adoptés (C. Février, H. Charbonnier, I. Lamy).

5. Conclusion – projection

Ce panorama descriptif d'une période de 5 ans, bien qu'il repose sur un déclaratif anonyme parental, est riche

d'enseignements, et, rapproché de la première période étudiée, est révélateur de la mouvance permanente du contexte de l'adoption internationale. Ceci impose une adaptation permanente des institutions agréées et des organismes d'état dédiés à l'adoption, tant internationale que nationale : au niveau de leurs procédures, de la formation de leurs professionnels, de leurs outils de préparation et d'accompagnement, ceci en lien avec les autorités centrales des pays d'origine, et avec l'objectif permanent de la protection de l'enfant [25].

L'étude des données de l'enquête relatives au profil des parents, au passé de l'enfant et à la mise en place de ses relations avec sa famille, de son intégration sociale, met en évidence un certain nombre de facteurs prédictifs de difficultés potentielles à venir pour l'enfant et sa famille, qui doivent être au centre des préoccupations de tous : facteurs d'adoptabilité d'un enfant, risques de l'institutionnalisation, conditions optimales de développement de relations familiales sécurisées et pérennes. . .

Nous avons axé ce premier rapport sur le devenir des enfants adoptés tel qu'il peut nous apparaître sept à dix ans après leur arrivée, compte tenu de leur vécu avant leur arrivée en France.

La scolarité de l'enfant et son état de santé, tant à son arrivée qu'au moment de l'enquête, ont également été étudiés, et sont riches d'enseignements compte tenu de la très forte orientation actuelle vers des adoptions complexes, tardives, notamment marquées par des difficultés scolaires et des spécificités médicales caractéristiques de certains pays d'origine.

Une famille sur cinq a signalé des problèmes de santé à l'arrivée de l'enfant, connus ou non à son arrivée, intitulés « maladie chronique » ou « particularité médicale ». Les parents se sont exprimés librement sur la santé de leur enfant et les réponses recueillies ont fait l'objet de développements spécifiques. Ceux-ci, rapprochés des adoptions complexes caractérisant la période actuelle, seront rapportés dans des publications ultérieures où le thème de la transparence des dossiers des enfants prendra tout son importance, pour aider les familles à apporter les soins nécessaires à leur enfant en connaissance de cause, mais également pour éviter des rejets fortement préjudiciables à l'enfant, et à sa famille.

Le tarissement de l'adoption internationale et le nouveau profil des enfants proposés ne permettent de concevoir l'adoption internationale que sous sa forme accompagnée. S'y ajoute la nécessité, pour les pays aux institutions encore fragiles, d'être eux-mêmes accompagnés pour la signature et la ratification de la Convention de la Haye (29 mai 1993). Elle définit un cadre de coopération entre pays d'origine et pays d'accueil des enfants adoptés, pour assurer le respect des standards de la protection de l'enfance définis dans la Convention relative aux droits de l'enfant adoptée par l'Organisation des Nations unies (20 novembre 1989) et signée par la France le 26 janvier 1990.

Références

- [1] [Convention relative aux droits de l'enfant adoptée par l'Organisation des Nations unies : 20 novembre 1989, signée par la France le 26 janvier 1990; 1989.](#)

- [2] Convention de la Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale; 1993.
- [3] André-Trévenec G, Cadoret A. Regards Croisés – Le devenir des enfants adoptés à l'international, enquête 1990–2000 : rapport final Médecins du Monde; 2009.
- [4] Guedeney N, Guedeney A. L'attachement–concepts et application. 2^e éd. Elsevier Masson; 2006.
- [5] De Broca A. Pédiatrie au quotidien, le développement de l'enfant, aspects neuro-psycho-sensoriels. 3^e éd. Masson; 2006.
- [6] Halifax J. Étude relative au devenir des enfants adoptés en France et à l'international. Rapport final. CREA Picardie; 2013.
- [7] Pérouse de Montclos MO. Adoption Internationale et vulnérabilité psychologique de l'enfant. *Arch Pediatr* 2011;18:482–5.
- [8] Le Run JL, Cluet I, Leblanc A. L'enfant dans l'adoption. Eres; 2006.
- [9] Vinay A. Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption. Dunod; 2011. p. 178–9.
- [10] SSI/CI.R. Stat Child rights protection and adoption service under the ministry of social security and labor. In: Analysis of feedback on children over 10 years of age, adopted par foreigners : Bulletin mensuel SSI n° 181; 2014.
- [11] Bimmel N, Juffer F, Van Ijzendoorn M, Bakermans-Kranenburg M. Problem behavior of internationally adopted adolescents, a review and meta-analysis. *Harvard Rev Psychiatry* 2003;11:64–77.
- [12] Rutter M, Kreppner J, O'Connor T. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *Br J Psychiatry* 2001;179:97–103.
- [13] Beckett C, Maughan B, Rutter M, Castle J, Colvert E, Groothues C, et al. Scholastic attainment following severe early institutional deprivation : a study of children adopted from Romania. *J Abnormal Child Psychol* 2007;35:1063–73.
- [14] Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, maladie Psychiatrique et inadaptation sociale chez les personnes adoptées d'origine étrangère en Suède – étude de cohorte. *Lancet* 2002;360:443–8.
- [15] Hjern A, Vinnerljung B, Lindblad F. Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study. *J Epidemiol Commun Health* 2004;58:412–7.
- [16] Vinay A, Chomilier J. Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption : Revue des travaux européens sur le comportement des enfants adoptés. Dunod; 2011. p. 37–47.
- [17] Harf A, Taïeb O, Moro MR. Adolescence et adoptions internationales : une nouvelle problématique ? Troubles du comportement : la psychiatrie de l'enfant. PUF 2006;2(49):543–72.
- [18] Ozoux-Teffaine O. Enjeux de l'adoption tardive : La Vie de l'enfant. Eres; 2004.
- [19] André-Trévenec G. Adoption : quel accompagnement ? Adoption internationale, l'accompagnement de la parentalité adoptive des postulants au-delà de l'agrément. *Enfance Psy* 2013;59:73–87.
- [20] Sellenet C. Souffrances dans l'adoption : pistes pour accompagner les adoptés et les adoptants. de Boeck; 2009.
- [21] Denis P. Penser l'adoption du côté de l'enfant. *Enfance Psy* 2005;4(29):106–18.
- [22] Serre-Pradère G, Rezzoug D, Di Meo S, Bock N, Moro MR, Baubet T. Orthophonie chez le jeune enfant. In: Les troubles du langage oral en situation transculturelle : contraste. Eres; 2014. p. 39.
- [23] Hallet F. Document de réflexion sur les difficultés scolaires : « Il ne veut pas ou il ne peut pas » : L'Envol. Clinique de l'Adoption Belgique; 2010.
- [24] Hallet F (Traduction et adaptation française de Andrea Perry) Aider l'élève en souffrance. Stratégies pratiques pour aider les enfants qui ont des difficultés d'attachement. 1^{re} ed. de Broeck; 2012.
- [25] Bellefeuille (de) L. Quel avenir pour l'adoption internationale ? Médecins du Monde Revue Humanitaire 2012:17.