



Diane Quevillon / Psychologue

Clinicienne en bureau privé,
conférencière et formatrice à Montréal.

dquevillon@videotron.ca



Sonia Lechasseur / Psychologue

Centre jeunesse de Québec et en bureau privé,
conférencière et formatrice.

sonial5000@yahoo.ca

L'attachement dans le contexte de l'adoption au Québec

Il n'y a pas si longtemps prévalait encore l'idée qu'un environnement adéquat et beaucoup d'amour étaient suffisants pour qu'un enfant s'adapte à sa nouvelle famille. On parlait d'une deuxième naissance. Depuis une décennie, l'attachement est considéré comme la pierre angulaire de l'adoption. Ce point de vue est donc relativement nouveau au Québec.

Autour des années 1990, la reconnaissance des organismes agréés par le Secrétariat à l'adoption internationale et la mise en place de la « Banque mixte » ont permis la multiplication des adoptions. Les parents adoptants consultent plus souvent que la moyenne, et cette demande de services a mis en évidence la souffrance et les difficultés d'adaptation des enfants adoptés.

La conviction qui donnait à l'amour le pouvoir de tout réparer étant ébranlée, les cliniciens (psychanalystes, psychologues, travailleurs sociaux, orthopédagogues et autres intervenants au privé comme en institution) ont pensé autrement l'adoption. C'est à partir de leur pratique et de leur réflexion que s'est développé l'intervention clinique en attachement. Au Québec, cette entreprise hybride s'articule principalement autour de deux pôles : la protection à l'enfance (famille d'accueil et banque mixte) et l'adoption internationale.

Après un survol de la problématique, nous jetterons un regard sur la thérapie de l'attachement et sur la formation des intervenants.

_ATTACHEMENT ET PRÉCARITÉ DES SOINS

L'attachement se développe pendant les toutes premières années de la vie. Dans le contexte de l'adoption, cela correspond au moment pendant lequel l'enfant n'aura que des soins minimaux. Négligence, abandon, carences, souffrances multiples et séjours en orphelinat ou en famille d'accueil sont autant de facteurs influençant le développement de l'attachement.

En situation d'abandon ou de négligence, les réponses inadéquates aux besoins de base confinent les enfants à la survie. La précarité et les délais des soins dont ils font l'objet les confrontent à répétition à des souffrances physiques et psychiques.

Conséquemment, l'environnement et les donneurs de soins vont être perçus comme étant peu fiables, voire menaçants. Ainsi, à l'âge où normalement s'installent la sécurité interne et la confiance, certains enfants vont devenir anxieux et méfiants. Ils intégreront que pour survivre ou apaiser leur tension ils doivent contrôler leur environnement.

La période d'adaptation est, de fait, une mise à l'épreuve des capacités de l'arrivant à faire confiance et à apprendre à fonctionner dans un nouvel environnement. On peut considérer que plus les conditions précaires auront duré longtemps, plus l'enfant aura développé un système défensif rigide.

Le développement de l'attachement est aussi tributaire des lois qui régissent l'adoption. Ainsi, dans un effort de protection de l'identité des personnes, la Convention de La Haye invite les pays à favoriser l'adoption nationale et à recourir à l'adoption internationale en dernière éventualité. Cette initiative positive a pour effet secondaire de garder les enfants plus longtemps en orphelinat et, du coup, augmente les risques d'attachement insécurisé et désorganisé.

Ici, la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse (en vigueur depuis 2008) permet d'accélérer l'adoption par les familles d'accueil « Banque mixte » en resserrant les délais avant la déclaration d'admissibilité à l'adoption. Cette mesure vise à éviter les changements de milieu pour favoriser l'établissement d'une sécurité interne.

_DES PARENTS INFORMÉS

La majorité des enfants adoptés s'adaptent à leur nouvelle famille et s'attachent à leurs parents, mais bon nombre d'entre eux restent fragiles. Les méthodes classiques de soins ne donnent pas toujours de bons résultats. C'est pour cette raison que les parents se tournent vers les spécialistes. Quelques CLSC et divers intervenants ou organismes privés offrent des conférences de préadoption et postadoption. Les centres jeunesse offrent des rencontres préparatoires pour les futures familles « Banque mixte ». L'Association Parents d'Enfants présentant des Troubles de l'Attachement, Ligue d'Entraide et de Soutien (PETALES) et l'Association de parents pour l'adoption québécoise (APAQ) donnent soutien et information aux parents.

_PERSPECTIVES CLINIQUES

Au début des années 90, les D^{rs} Jeliu, Gauthier et Fortin ont fondé la Clinique de l'attachement de l'Hôpital Sainte-Justine. Ils y ont surtout reçu des enfants placés en famille d'accueil et leurs familles.

À partir de 1996, la travailleuse sociale Johanne Lemieux s'est intéressée à l'adoption internationale. Cette clientèle était mal connue et peu considérée sous l'angle de sa spécificité. M^{me} Lemieux a élaboré le concept d'« adopteparentalité ». Elle a donné de nombreuses conférences et formations sur le sujet.

Le processus de l'adoption est maintenant mieux compris et davantage pris en compte. Il y a quelques inconvénients à cette popularité : d'une part, il sert quelquefois de diagnostic « fourre-tout », et cela empêche de donner aux enfants et aux parents l'aide dont ils ont réellement besoin. D'autre part, il est banalisé par certains intervenants qui, ayant reçu une information minimale, ont du mal à ajuster leurs nouvelles connaissances à leur pratique. Il est aussi nié par d'autres qui, forts de leur longue expérience, restent fermés à cette nouvelle perspective. Ceux-ci ont notamment tendance à ne pas prendre en compte l'histoire de vie de l'enfant, à confondre les troubles de l'attachement (TA) et les troubles du comportement (TC) dans leurs évaluations et leurs interventions. Enfin, certains s'improvisent thérapeutes de l'attachement sans être dûment formés à l'intervention clinique.

Le TA désigne des comportements d'attachement perturbés qui peuvent passer par à un éventail de difficultés sur le plan psychologique : troubles anxieux, trouble de l'humeur, dépendances et troubles de la personnalité. Ces troubles ne sont pas exclusifs aux enfants adoptés ou faisant l'objet d'un placement. Plusieurs enfants ont grandi dans un milieu familial où ils ont subi des réponses parentales imprévisibles, des séparations soudaines, un cadre de vie incohérent et des événements traumatiques chroniques.

On peut observer des comportements d'attachement insécurisé chez les tout-petits : les bébés évitent le contact physique et visuel et ne répondent pas aux tentatives de contact, ils pourraient conserver des réflexes moteurs non inhibés (réflexion tonique du cou, agrippement des doigts), pourraient avoir un rythme physiologique instable (sommeil, pouls, alimentation et respiration) et des fonctions immunitaires diminuées.

L'entrée à la garderie ou à l'école ravive l'insécurité profonde de l'enfant et le confronte à ses propres limites. Outre une difficulté à bien percevoir les stimuli extérieurs et à gérer ses émotions, le jeune enfant souffrant de TA pourrait présenter des troubles de l'apprentissage et de la concentration. Il pourrait avoir des difficultés à intégrer les règles et les routines. Il pourrait aussi éviter le contact visuel, refuser de s'en remettre à l'autre, vouloir tout contrôler tout en étant dépendant. Il pourrait ne pas réagir à l'absence du parent et se rapprocher d'un adulte étranger, mais pourrait aussi ne pas supporter de rester seul.

Négligence, abandon, carences, souffrances multiples et séjours en orphelinat ou en famille d'accueil sont autant de facteurs influençant le développement de l'attachement.

L'enfant est toujours sous tension. En général, il réagit massivement à la frustration. Il élabore et surutilise des défenses rigides et intenses. La liste des symptômes est longue. Plusieurs auteurs en ont fait l'inventaire : Elisabeth Randolph, Keith Reber, Paul D. Steinhauer, entre autres.

Au moment de la puberté et de l'entrée à l'école secondaire, les difficultés sont accentuées par les bouleversements physiques et psychologiques propres à cette période de vie. La confrontation de leur dépendance à leur besoin de prendre une distance vis-à-vis des parents, leur identité complexe et incertaine plongent certains jeunes adolescents adoptés dans l'angoisse. C'est souvent à ce moment qu'ils vont consulter seuls.

Une minorité d'enfants n'arrivera pas à s'intégrer à la vie familiale. Le plus souvent, ceux-ci vont être confiés à la Protection de la jeunesse, en mesure volontaire.

La direction de la protection de la jeunesse (DPJ) chapeaute quelques foyers de groupes spécialisés en attachement pour les plus jeunes. Ces intéressantes et trop peu nombreuses initiatives témoignent d'un réel besoin, mais soulignent le manque de ressources spécialisées pour les 12-18 ans. Il y a aussi quelques classes spécialisées en TA. Là encore, leur nombre est insuffisant.

_PSYCHOTHÉRAPIE DE L'ATTACHEMENT

La Clinique de l'attachement s'adresse aux parents, aux familles et éventuellement aux enfants seuls quand ils sont plus vieux. Elle vise à offrir à l'enfant un cadre de vie sécurisant afin de lui permettre d'être disponible à de nouveaux apprentissages. Elle favorise le développement de la sensibilité parentale, amenant les parents à occuper une position de confiance et d'autorité bienveillante auprès de leurs enfants. L'intervention auprès de ceux qui souffrent de troubles de l'attachement et de leur famille est un travail de longue haleine qui demande patience, persévérance et créativité.

Il va sans dire que les parents, figures d'attachement principales, doivent jouer un rôle très actif dans l'installation d'un cadre de vie sécurisant. Soutenus par le thérapeute, ils vont apprendre à observer les signes verbaux et non verbaux, à interpréter adéquatement les comportements et les attitudes, à proposer une réponse appropriée et s'ajuster en fonction de la réponse de l'enfant. Le thérapeute doit transmettre les connaissances théoriques nécessaires et soutenir au quotidien les parents qui font face à un enfant souvent opposant, intolérant à la frustration et susceptible de devenir violent ou de se désorganiser. Son intervention vise à mettre en place un environnement physique et psychique stable, prévisible, cohérent et sécurisant.

_FORMATION

Les programmes universitaires reflètent l'intérêt récent des futurs professionnels pour l'attachement, et cela est prometteur. Les praticiens de la santé mentale et du travail social, de l'éducation et de la santé ont tout avantage à se former et à se servir de la théorie de l'attachement et des résultats de la recherche dans l'accompagnement thérapeutique des enfants TA et de leur famille.

La formation des praticiens en TA se doit d'être multidimensionnelle. Le psychologue doit avoir une connaissance pointue de l'attachement et de la psychopathologie. Les exigences de l'intervention clinique dans les cas de problèmes liés à l'attachement impliquent une grande souplesse et une large expérience : le thérapeute doit intervenir auprès des parents, de la fratrie et de l'enfant, tout en étant en lien avec les divers intervenants entourant la famille.

La spécificité des TA implique une réflexion sur les méthodes d'intervention classiques. Certains intervenants ne tiennent pas compte du traumatisme de base, l'évaluation comme l'intervention s'en trouvent alors biaisées. Par exemple, on va conclure, sans plus chercher, qu'il y a manque d'encadrement parental, qu'une mère est trop angoissée ou qu'il y a aliénation parentale, alors que l'enfant souffre d'un TA sévère.

Niels Peter Rygaard, psychologue et clinicien suédois, a élaboré la « thérapie du milieu » qui part du principe que la famille ne peut pas tout assumer. Parents et intervenants doivent s'investir dans un travail d'équipe afin de comprendre le sens de la souffrance de ces enfants. Ils tentent ensemble de les soulager et de les aider à s'adapter à leur milieu. Une prise en charge globale ne peut s'effectuer qu'encadrée de psychologues dûment formés à la théorie et aux méthodes d'intervention spécifiques des TA et de ce type de thérapie.

Rygaard préconise la création d'un cadre thérapeutique élargi et le travail en réseau (parents, enseignants, travailleurs sociaux, éducateurs, ergothérapeutes, orthopédagogues, etc.). Ce tissage d'alliances permet de mettre en place des liens protecteurs pour l'enfant et garantit la continuité et la constance dans le traitement. Le travail en réseau permet aussi de conserver la distance nécessaire pour chacun des intervenants. Le thérapeute confronté à la détresse de l'enfant peut ressentir un grand sentiment d'impuissance ou d'incompétence. Faire face à autant de souffrance risque de faire perdre l'objectivité thérapeutique et d'être victime du « syndrome du sauveur ».

Le clinicien aura à répondre à des situations d'urgence et se trouvera souvent au cœur d'une dynamique familiale intense et complexe. Il devra savoir comment ne pas déborder de son mandat et tenir compte de ses propres limites. Le travail avec les enfants TA et leur famille implique une bonne expérience clinique, une formation solide et, idéalement, le soutien par des pairs.

L'adoption se pose dans l'histoire de l'enfant comme une nouvelle possibilité de vivre en sécurité, de recevoir de bons soins et d'être aimé. Plusieurs enfants adoptés ont besoin qu'on les soutienne pour profiter pleinement de cette opportunité. Leurs parents prennent parfois douloureusement conscience de la détresse de leur enfant. Pour les aider à maintenir un cadre sécurisant, à établir une distance émotionnelle non menaçante et développer les capacités relationnelles de ce dernier, ils ont besoin de praticiens compétents et solides.

En tant que psychologues, nous nous trouvons à la croisée de la réflexion théorique, de l'expérimentation et du travail clinique. Nous sommes donc en bonne position pour participer au développement de ce nouveau champ de pratique.

_Références

- Chicoine, J.-F., Germain, P. et Lemieux, J. (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*, Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Lemay, M. (1979). *J'ai mal à ma mère*, Paris : Éditions Fleurus.
- Newton Verrier, N. (2004). *L'enfant adopté : comprendre la blessure primitive*, Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Rygaard Niels, P. (2005). *L'enfant abandonné*, Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Steinhauer, Paul D. (1996). *Le moindre mal. La question du placement de l'enfant*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.



**Les psychologues du CEP
offrent les services suivants :**

Directrice : Dre M.-H. St-Hilaire, psychologue

- **Consultation individuelle, de couple et de groupe**
Anxiété/Phobie/Panique • Dépression/Burnout/Deuil
Dépendance • Difficultés interpersonnelles
Réactions post-trauma • Douleur / Maladies chroniques
Troubles alimentaires (Anorexie/Boulémie/Obésité)
- **Formations Grand Public (gestion de l'anxiété / douleur)**
- **Perfectionnement professionnel**
- **Location de bureaux ou salle de conférence**

5066 Papineau, Montréal • 514 678-5747
www.cepsychologie.com

