

ATTACHEMENT ET ADOPTION

Françoise Hallet & Marie Noëlle de Theux¹

Tant pour le grand public que pour un certain nombre de professionnels, une adoption ressemble à un conte de fées. Avant l'adoption, les démarches, longues, difficiles, le « parcours du combattant » disent les candidats adoptants, comme les nombreux obstacles que le Prince Charmant doit surmonter pour arriver près de sa Belle endormie, puis la « rencontre magique » entre des parents pleins d'amour et un enfant qui les attend depuis toujours, le baiser du Prince à la Princesse, et ensuite dit le conte « ils vécurent heureux toujours et à jamais ». Mais chacun sait que la vie d'un couple n'est pas un chemin parsemé de roses, que l'éducation d'un enfant « tricoté sous la couette » ne se fait pas sans difficultés. Alors pourquoi l'adoption échapperait-elle à la règle ?

Les enfants qui arrivent en adoption sont d'abord des enfants qui ont été abandonnés, qui ont vécu en général au moins deux ruptures d'attachement (et parfois beaucoup plus), une première rupture avec leur mère de naissance, la « blessure primitive² », la plus douloureuse, et une deuxième rupture avec le milieu de garde ou l'institution qui a pris l'enfant en charge depuis sa séparation d'avec sa mère de naissance jusqu'à son arrivée dans sa famille d'adoption. Sans autre dommage, ces deux ruptures laissent déjà des traces indélébiles dans

1. Marie Noëlle de Theux est Psychologue à L'Envol, clinique de l'adoption (mndetheux@larbre-quipousse.be) et Françoise Hallet est Coordinatrice de L'Envol, clinique de l'adoption (hallet.fr@skynet.be).

2. L'enfant abandonné, comprendre la blessure primitive, Nancy Newton Verrier, Ed. De Boeck, coll. Parentalités, trad. F.Hallet (2004)

le cerveau en devenir de l'enfant. Il arrive malheureusement que s'y ajoutent d'autres difficultés qui tiennent tant à des problèmes de santé et de malnutrition qu'à des problèmes de sous-stimulation, de négligence, de maltraitance, de changements répétés de milieux de vie ... L'histoire de certains enfants adoptés, même jeunes, est parfois très chargée. Ces enfants arrivent dans leur famille adoptive avec un bagage parfois très lourd, qui les amène à se méfier des adultes, à être sans arrêt sur le qui-vive par crainte d'une nouvelle agression, à contrôler leur entourage par peur de revivre un abandon. Ils ne font confiance à personne, ils ne se sentent pas en sécurité et ont peur de l'affection que leurs nouveaux parents leur offrent.

Les parents qui le deviennent par adoption sont comme tout le monde, ils « entrent en adoption » avec non seulement leur passé de souffrance liée à leur stérilité, mais aussi comme tout le monde, avec des histoires plus ou moins heureuses, plus ou moins douloureuses, vécues dans leur enfance, dans leur vie de couple, avec des fragilités et des forces, avec une plus ou moins grande capacité d'empathie, avec aussi leurs rêves de famille idéale, d'enfant idéal, avec aussi des attentes parfois démesurées, ou plutôt à la mesure de leur attente, à la mesure des tribulations qu'ils ont vécues pour qu'arrive ce grand jour, le plus beau de tous, le début de leur bonheur, la récompense de tous leurs efforts...

Heureusement, dans la plupart des cas, après une période d'hésitation, où l'enfant va « tester » la fiabilité de ses parents, il va choisir de faire confiance, de se laisser aimer et d'aimer ses parents, et cela d'autant moins difficilement que ses parents auront compris les enjeux de la situation et pourront respecter son rythme, d'autant moins difficilement aussi que son passé d'abandon est plus court et qu'il n'a pas connu de négligence et/ou de maltraitance.

Dans certains cas cependant, l'enfant n'a plus suffisamment confiance dans le monde qui l'entoure, dans les adultes, ni en lui-même, et il résiste à ce que ses nouveaux parents lui proposent. Ceci entraîne alors chez ces derniers un sentiment d'incompréhension, d'incompétence et, rapidement, un sentiment d'impuissance qui peut les conduire à des attitudes inadaptées, voire parfois objectivement maltraitantes.

Mais jusqu'il y a peu, personne n'avait expliqué aux futurs parents les particularités de leur enfant, voire même on pensait préférable de les laisser dans l'ignorance de son vécu antérieur, dans une croyance un peu ridicule que « la vie commence le jour de la rencontre », alors qu'il y a bien longtemps que Freud nous a dit, et bien d'autres après lui, que le vécu de la petite enfance nous influence d'une façon essentielle. Personne non plus ne préparait les futurs parents à la prise en charge d'un enfant différent par son passé, et parfois très différent.

Les parents restaient seuls avec leur amour et leur bonne volonté, mais critiqués quand le comportement de leur enfant laissait à désirer.

La découverte, hélas tardive, que la théorie de l'attachement, si familière aux anglo-saxons, si peu connue dans nos pays francophones, pouvait aider, guider tant les parents adoptants que les professionnels qui les accompagnent, a ouvert de nouvelles pistes de réflexion et d'action pour le plus grand bien du monde de l'adoption.

Si on relit le passé d'un enfant adopté à la lumière de la théorie de l'attachement, on comprend rapidement que celui-ci a vécu plusieurs expériences de séparation et de perte de sa figure d'attachement, et que sa sécurité d'attachement, si elle a pu se construire dans les premiers mois ou années de sa vie, est mise à mal par ces ruptures plus ou moins nombreuses.

Même si la récupération des difficultés d'attachement et le développement d'un attachement sécurisé sont au cœur de l'adoption, il ne faut pas oublier d'autres particularités possibles. Les effets d'un vécu traumatique chronique peuvent entraîner un trouble traumatique du développement qui nécessite une prise en charge particulière. Les conséquences médico-psychologiques de carences alimentaires, d'une exposition in utero aux drogues ou à l'alcool, la présence de pathologies neurologiques (prématurité, TDAH, troubles d'intégration sensorielle...) et d'autres pathologies connues des parents avant l'adoption (malformations cardiaques, rénales..., fente labiopalatine, hépatite B...) compliquent encore l'accompagnement des enfants adoptés (Hostetter, M.K., Iverson, S., Thomas, W., McKenzie, D., Dole, K., & Johnson, D.E., 1991).

Le passé pré-adoptif d'attachement de l'enfant

Expériences de séparation et de perte

L'adoption comprend de facto des situations de séparation et de perte. Ces notions sont au cœur des travaux de Bowlby (1998) : une fois l'attachement créé, l'enfant vit une profonde détresse lorsqu'il est séparé de sa figure d'attachement ou s'il est plongé dans un milieu inconnu où des personnes étrangères prennent soin de lui. L'indisponibilité de sa figure d'attachement ou son absence ébranle son sentiment de sécurité et induit chez lui de l'anxiété et de la colère (Kobak & Madsen, 2008). Pour l'enfant, la perte de sa figure d'attachement primaire met à mal sa confiance dans la

disponibilité inconditionnelle de qui le rassure. Avant d'être adoptés, la plupart des enfants ont souvent vécu des placements successifs, réactivant à chaque fois cette première expérience, ce qui fragilise leur sécurité d'attachement (Schoffield & Beek, 2006).

Vie en institution

Dans son article fondateur, Bowlby (1952, cité par van den Dries, Juffer, van IJzendoorn, & Backermans-Kranenburg, 2009) conclut que les enfants souffrent des conséquences d'une prise en charge institutionnelle, même lorsque leurs besoins physiques sont assurés car ils manquent d'occasions de développer des relations d'attachement stables et continues : ils n'ont pas suffisamment de contacts individualisés avec leurs soignants (Dozier & Rutter, 2008 ; van den Dries *et al.*, 2009) ou les soignants n'ont pas l'autorisation de développer de relation d'attachement avec les enfants par crainte que ceux-ci aient du mal à en construire avec leurs parents adoptifs (Dozier & Rutter, 2008 ; Weitzman & Albers, 2005). Les changements fréquents de soignants et les soins effectués de manière impersonnelle n'apportent pas aux enfants de réponse adéquate à leur niveau de développement et à leurs besoins (Habersaat, Tessier, Larose, Nadeau, Tarabulsky, Moss, & Pierrehumbert, 2010).

Le mode de vie institutionnel qui impose le plus souvent à tous les enfants de faire la même chose à la même heure et de la même façon : se lever, se laver, manger, aller aux toilettes ... empêche les enfants d'acquérir un sentiment d'individualité, de temps qui passe. Ils n'ont aucune notion de ce que peut être une famille et la vie dans une famille. (Federici, 1998).

Jade a été adoptée à 5 ans d'une institution d'Europe de l'Est. Elle a aujourd'hui 9 ans. Ses parents sont inquiets parce qu'elle a toujours l'air fatigué. Elle ne semble pas beaucoup dormir la nuit même si elle reste sagement dans son lit. La thérapeute, connaissant le passé institutionnel de Jade, l'interroge sur la façon dont elle dormait dans son pays et lui fait dessiner sa chambre. Jade dessine de nombreux lits dans un dortoir et explique qu'il était interdit de se lever, même pour aller aux toilettes. Elle a souvent peur la nuit depuis qu'elle est dans sa nouvelle maison mais elle n'ose pas se lever pour aller trouver ses parents, de crainte d'être punie.

Le déficit relationnel vécu dans la petite enfance peut peser sur le développement socio-affectif (Weitzman & Albers, 2005). En effet, dans ces conditions de vie, les enfants ont appris à ne pas faire confiance et à contrô-

ler leur entourage afin de gérer leur anxiété (Schoffield & Beek, 2006). Les carences affectives et le stress liés à la vie en institution induisent des séquelles au niveau neurobiologique, notamment une production atypique de cortisol pouvant causer des dégâts au niveau cognitif et socio-émotionnel (Dozier, Lindhiem, Lewis, Bick, Bernard, & Peloso, 2009 ; van den Dries, *et al.*, 2009).

Maltraitance et négligence

Les enfants adoptés présentent de grands risques d'avoir connu de la négligence ou de la violence physique, sexuelle, psychologique ou institutionnelle, ce qui est un facteur de risque important de développement d'un attachement désorganisé (Marcovitch, Goldberg, Gold, Washington, Wasson, Krekewich, & Handley-Derry, 1997 ; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2005 ; Dozier & Rutter, 2008 ; Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2010 ; Guédeney & Leblanc, 2009). Être protégé par un adulte ne fait pas partie des expériences de ces enfants qui ont connu la violence de ceux qui devaient les protéger ; ils n'attendent donc rien des adultes, si ce n'est d'autres maltraitements.

L'enfant dans sa famille adoptive

L'expérience de l'adoption

Il n'est pas rare d'observer au début des comportements préoccupants : des troubles du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère, de l'agressivité, de l'impulsivité, ... (Guédeney & Dugravier, 2010 ; Archer, 2007). En effet, l'adoption consiste, au départ, en une nouvelle séparation (Dozier, Higley, Albus & Nutter, 2002). De plus, pour l'enfant, se retrouver dans un environnement inconnu avec des inconnus peut être une expérience très stressante qui va exacerber son système d'attachement. Il est également possible qu'il reproduise les stratégies qu'il a développées précédemment en situation de stress, qu'il transfère les attentes négatives qu'il aurait vécues antérieurement sur ses nouveaux parents ou encore qu'il préfère être responsable d'un échec de la relation plutôt que subir une nouvelle rupture (Stovall & Dozier, 2000 ; Schoffield & Beek, 2006). En fonction de ce que l'enfant vit et comprend de cette nouvelle expérience, « *l'adoption peut, à court terme, signifier pour lui tout autant une rencontre*

extraordinaire qu'une expérience de perte de tous ses repères » (Guédeney & Dubucq-Green, 2005). Pérouse de Montclos (2011) utilise la notion de « malentendu affectif » pour décrire le décalage entre le vécu de l'enfant et celui des parents adoptifs qui ont des représentations quant à la façon d'entrer en relation avec leur enfant et des attentes affectives parfois incompatibles.

Natalia est arrivée dans sa nouvelle famille à 3 ans, comme un petit animal effrayé avec de beaux grands yeux angoissés et perdus. On sait qu'elle a été abandonnée à 4 mois à l'hôpital où elle était soignée pour une pneumonie. Au moment de l'adoption, Natalia a un petit poids pour son âge et est en mauvaise santé. Elle est anxieuse, désorganisée, accaparante, fait des crises de colère qui peuvent durer des heures, ne semble pas comprendre les règles sociales, ne contrôle ni ses émotions ni ses gestes, ne comprend pas les liens de cause à effet.

Ses parents, qui ont déjà deux fils biologiques, ne comprennent pas les comportements de Natalia. Autant la maman se sentait compétente et heureuse avec ses deux garçons, autant elle se dit épuisée et impuissante devant les comportements, les émotions et les problèmes de sa fille. Son mari essaie de l'aider mais il est très affecté par les besoins spéciaux de Natalia.

L'attachement des enfants adoptés

La méta-analyse de van den Dries *et al.* (2009), portant sur cinq études et sur 198 enfants adoptés montre que les enfants adoptés après l'âge de 12 mois présentent significativement moins d'attachement sécure que des enfants non-adoptés. Marcovitch, *et al.* (1997) qui ont évalué les styles d'attachement de 56 enfants adoptés, qui ont entre trois et cinq ans, observent que les comportements sécures (30 %) sont moins fréquents que les comportements contrôlants/insécures (42 %). D'autres études mettent en évidence une répartition des styles sécure/insécure dans des proportions proches de la population tout venant (Juffer & Rosenboom, 1997 ; Ponciano, 2010). La littérature scientifique indique des résultats disparates, ce qui peut s'expliquer par la présence d'une multitude de facteurs tels que l'âge de l'enfant lors de la séparation, les changements d'environnement de vie et la sensibilité du nouveau parent (Euillet, Spenser, Troupel-Cremel, Fresno, & Zaouche-Gaudron, 2008).

Par ailleurs les recherches semblent assez unanimes pour dire que les attachements désorganisés sont surreprésentés dans la population des enfants

adoptés (Dozier, Lindhiem & Ackerman, 2005 ; van Londen, Juffer, & van IJzendoorn, 2007 ; van den Dries *et al.*, 2009 ; Ponciano, 2010). Dans leur parcours de vie, ils ont eu à faire face à des situations de négligence et de maltraitance familiale ou institutionnelle, ce qui induit de la désorganisation (Marcovitch, *et al.*, 1997 ; Juffer *et al.*, 2005 ; Dozier & Rutter, 2008 ; Cyr *et al.*, 2010). Ces situations sont particulièrement désorganisatrices pour l'enfant pour différentes raisons qui se renforcent : (1) il ressent frayeur et impuissance quand il est face au paradoxe de devoir chercher la protection de la personne menaçante et violente, (2) il vit dans un contexte imprévisible où la violence et la négligence du parent surviennent sans signe annonciateur pour lui, (3) le climat conflictuel familial lui donne une sensation permanente de danger (Cyr *et al.*, 2010 ; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010).

Argumentant que les enfants sont particulièrement vulnérables durant leur première année de vie face à l'adversité et aux situations effrayantes, Dozier et Rutter (2008) estiment que le fait d'être adopté avant 12 mois ne semble pas être un facteur protecteur en ce qui concerne la désorganisation de l'attachement. Cette conclusion est confirmée dans la méta-analyse de van den Dries *et al.* (2009). Juffer *et al.* (2005) rapportent plusieurs études où environ un tiers des enfants ont des attachements désorganisés alors qu'ils ont été adoptés précocement et conclut que les enfants adoptés présentent des risques de développer des attachements désorganisés, en particulier lorsqu'ils sont adoptés après l'âge d'un mois et qu'ils ont vécu avant l'adoption dans des structures sous-stimulantes et qui ne tiennent pas compte des besoins des enfants.

Les capacités d'autorégulation des enfants adoptés

La désorganisation apparaît comme une rupture dans le fonctionnement normal du système de régulation, ou comme une défaillance chronique du système à fonctionner de façon normale (Dozier, Peloso, Lindhiem, Gordon, Manni, Sepulveda, Ackerman, Bernier & Levine 2006 ; Solomon & Georges, 2011). Ainsi, les capacités d'autorégulation des enfants désorganisés sont moindres, c'est-à-dire qu'ils ont du mal à contrôler et maintenir dans des limites confortables les émotions, le fonctionnement physiologique et les réactions corporelles qui leur permettent d'être éveillés et attentifs, sans pour autant être excessivement excités ou anxieux (Archer,

2007). Les enfants carencés précocement présentent des signes de dérégulation à plusieurs niveaux :

- ils ont eu moins d'occasions de parler de leurs émotions que les enfants élevés en famille et ont donc plus de mal à les reconnaître et à les comprendre (Vorria, Papaligoura, Sarafidou, Kopakaki, Dunn, van IJzendoorn, & Kontopoulou, 2006) ;
- ils présentent souvent des dérégulations physiologiques comme une production atypique de cortisol (Dozier *et al.*, 2006 ; Dozier, Peloso, Lewis, Laurenceau, & Levine, 2008) ;
- des signes de dérégulation comportementale sont fréquents chez les enfants ayant vécu l'adversité précoce, particulièrement pour la nourriture et le sommeil. On peut observer des problèmes de comportements internalisés et externalisés de manière plus importante chez les enfants en famille d'accueil³ que dans une population de référence (Dozier & Rutter, 2008).

Les capacités de régulation se développent dans un premier temps de manière dyadique (Archer, 2007 ; Solomon & Georges, 2011) : les parents, par leur attitude et leur verbalisation, accompagnent l'enfant lorsqu'il traverse des émotions difficiles, ce qui lui apporte de l'organisation et de la structure dans ses représentations d'attachement. Petit à petit, par une démarche d'étayage, les parents laissent de plus en plus d'autonomie à l'enfant de manière à ce qu'il s'autorégule (Archer, 2007 ; Dozier, *et al.*, 2008). Le manque de soins sensibles dans la petite enfance maintient l'enfant en situation de détresse, ce qui fait obstacle à l'intégration de la boucle d'excitation et d'apaisement. Des soins particulièrement sensibles peuvent aider l'enfant à "récupérer" ce manque d'expériences du tout jeune âge (Dozier, *et al.*, 2006 ; Vorria *et al.*, 2006 ; Becker-Weidman & Hughes, 2008).

Évolution de l'attachement après l'adoption

Les enfants peuvent développer un nouvel attachement avec un parent de substitution même s'ils ont déjà développé un attachement dans leur vie pré-adoptive (Howes & Spieker, 2008). Ils utilisent cependant un répertoire de comportements d'attachement différent de ceux décrits pour le

3. Les études sur l'attachement chez les enfants placés (en famille d'accueil ou d'adoption) ont été réalisées pour l'essentiel aux États-Unis et en Grande-Bretagne où la majorité des enfants adoptés sont d'abord placés dans une famille d'accueil qui le plus souvent les adoptera par la suite.

développement d'un attachement entre un nourrisson et sa mère biologique (Howes & Spieker, 2008) : l'enfant qui s'est déjà forgé des représentations d'attachement, comme c'est le cas pour l'enfant adopté, ne développe pas directement de nouvelles représentations mais sélectionne dans les interactions ce qui vient confirmer ses représentations déjà construites (Miljkovitch, 2009). Les représentations qui correspondaient à sa réalité dans sa vie pré-adoptive ne s'avèrent plus adaptées dans la plupart des relations ultérieures (Dozier et al, 2005). C'est pourquoi la question de la récupération des dégâts de l'adversité précoce est tout à fait cruciale.

Les parents adoptifs auront à décoder les comportements d'attachement propres à leur enfant et à lui faire découvrir qu'il peut leur faire confiance et se laisser apaiser par eux (Schofield & Beek, 2006). Le changement se réalisera de manière très progressive grâce aux gestes et aux mots des parents adoptifs qui expliciteront la différence entre le contexte pré-adoptif et le contexte actuel. L'enfant pourra alors tester petit à petit de nouveaux comportements d'attachement (Miljkovitch, 2009). On observe qu'une grande majorité des enfants stabilise un premier mode de comportements d'attachement au cours des deux premiers mois dans leur famille adoptive (Stovall & Dozier, 2000). Malgré cela, Lemieux (2013) décrit, sous le vocable C.A.A.S.É., un processus en six étapes (le choc, l'appropriation, l'adaptation, l'attachement, le sevrage, l'équilibre) allant des premières heures jusqu'à la fin de la première année environ soulignant ainsi que l'arrivée dans la famille nécessite une période d'ajustement mutuel.

Les enfants, après leur adoption, récupèrent généralement de manière remarquable au niveau développemental et comportemental (Marcovitch, *et al.*, 1997 ; Van Ijzendoorn & Juffer, 2006). Cependant ces récupérations sont incomplètes en ce qui concerne l'attachement : si le nombre d'enfants désorganisés est plus important parmi les enfants adoptés que chez les non-adoptés, il y a chez les enfants adoptés beaucoup moins d'attachements désorganisés et plus d'attachements sécurisés que chez les enfants qui vivent en institution (Van Ijzendoorn & Juffer, 2006). Soutenir la récupération de l'attachement nécessite une grande sensibilité de la part des parents : ils doivent chercher à se mettre à la place de l'enfant et à le comprendre en tenant compte de ses codes culturels et de son vécu pré-adoptif. La difficulté du rôle des parents adoptifs sera fonction notamment de l'histoire d'attachement de l'enfant. La parentalité adoptive nécessite des connaissances et des compétences complémentaires : il ne s'agit pas d'être simplement parent de substitution mais également de pratiquer un « reparentage développemental » (Dozier, *et al.*, 2005 ; Family Futures, 2007).

Les parents adoptifs comme figure d'attachement

L'ampleur du défi pour les parents adoptants est fonction des difficultés d'attachement de l'enfant adopté. En effet, il s'agira pour les parents adoptifs d'apporter des soins sensibles et adéquats qui pourront soutenir la « récupération » de l'attachement de leur enfant adopté (Van Ijzendoorn & Juffer, 2006 ; Schoffield & Beek, 2006).

Se rendre disponible de cœur et d'esprit : la disponibilité émotionnelle

Pour offrir une base de sécurité, tout parent doit se montrer disponible, attentif aux signaux de son enfant, tâchant de se mettre à sa place et prêt à fournir aide et encouragement s'il perçoit que l'enfant en a besoin (Ainsworth *et al.*, 1978 ; Meins, *et al.*, 2001 ; Slade, 2005 ; Schoffield & Beek, 2006). Cependant, les parents vont inévitablement expérimenter des conflits entre ce besoin de rester disponible et leurs propres préoccupations. La recherche d'un équilibre entre leurs propres besoins et ceux de leur enfant requiert une grande flexibilité (Bowlby, 1996 ; Georges & Solomon, 2008).

Cette recherche d'équilibre est encore plus délicate pour des parents adoptifs car l'absence de conditions favorisant la transition à la parentalité gêne le plein épanouissement du caregiving. En effet, la mère adoptive ne dispose pas de la « préparation biologique naturelle » de la mère biologique (Dozier & Rutter, 2008). Plus l'enfant est grand, plus les stimuli déclenchant le système de soins, comme les vocalisations, les sourires ou les pleurs du nourrisson, risquent d'être affaiblis, surtout si l'enfant a appris à ne pas montrer son stress et sa vulnérabilité. Les facteurs contextuels (conditions de la première rencontre, conditions difficiles du voyage d'adoption, tracasseries administratives,...) ne fournissent pas la sécurité nécessaire pour une rencontre optimale (Guédénéy & Dubucq-Green, 2005). Un prérequis à un caregiving sensible consiste à favoriser la disponibilité émotionnelle des parents, en tâchant de réduire les motifs de stress et de préoccupations (Howe, 2006) et en éveillant les parents aux qualités de leur enfant et de la relation parent-enfant (Schoffield & Beek, 2006).

Oscar, arrivé d'Afrique à 6 mois, est assez rapidement placé en crèche puis à l'école maternelle dès qu'il en a l'âge. Ses parents sont cadres supérieurs dans une multinationale, ils ont beaucoup de responsabilités et sont fré-

quemment absents le soir ou en déplacement à l'étranger. Une jeune fille au pair est chargée de prendre soin d'Oscar au quotidien. Au début, Oscar semble bien s'accommoder de cette situation, mais les fréquentes absences de ses parents, les jeunes filles remplacées chaque année, l'empêchent de trouver une figure d'attachement consistante en face de lui. Il apprend à satisfaire seul ses besoins, et ses comportements sont de plus en plus contrôlants. Il peut faire des crises de colère interminables quand il n'a pas ce qu'il veut et ses parents ont appris à le contenter pour éviter les difficultés.

Nina est arrivée de Chine à 8 mois. Ses parents, qui ont découvert et compris lors de la préparation de l'adoption l'importance de la création d'un attachement aussi sûr que possible, se sont organisés pour rester à la maison avec leur fille pendant un an. Avec un boni de jours de congé épargnés pendant les années qui ont précédé l'adoption, et une révision de leur mode de vie pour en limiter les dépenses, ils arrivent à travailler tous les deux à mi-temps et se relaient auprès de Nina. Ils établissent une routine quotidienne qu'ils cherchent à respecter autant que possible, ils évitent les sorties dans des lieux bruyants, encombrés. Quand Nina pleure, ils sont près d'elle aussi rapidement que possible et cherchent à la soulager ou la consoler. Nina découvre qu'elle est importante aux yeux de ses parents, qu'elle peut compter sur eux pour la réconforter et l'apaiser. Au moment de retourner au travail, les parents l'introduisent progressivement dans le foyer chaleureux d'une gardienne encadrée. Nina y restera jusqu'à ses 3 ans et entrera à l'école maternelle avec l'assurance d'un lien sûr avec des adultes de confiance.

Réagir avec sensibilité même si l'enfant ne manifeste pas ou pas clairement sa détresse

Parce qu'ils ont développé des représentations d'attachement empreintes de méfiance, les enfants adoptés ont tendance à se comporter d'une manière qui repousse leurs parents. Stovall-McClough et Dozier (2000, 2004) ont mené une étude intéressante auprès de 38 mères de famille d'accueil/d'adoption qui ont noté, au jour le jour, dans un *journal d'attachement*, les comportements d'attachement de leur enfant, âgé de 5 à 28 mois, durant les deux premiers mois de vie dans leur famille. La consigne était de rapporter les comportements de l'enfant dans des moments de douleur, de peur ou de séparation. L'attachement était classé grâce au codage du journal d'attachement et à une *situation étrange* réalisée quatre mois après l'arrivée dans la famille. L'état d'esprit de la mère était évalué

au moyen de l'*Attachment Adult Interview* (AAI). Les enfants avec un plus grand nombre de facteurs de risque (nombres de lieux de vie, présence de maltraitance physique, exposition aux drogues) avaient au fil du temps des comportements d'attachement moins cohérents que ceux qui avaient moins de facteurs de risques, même avec une mère autonome. Et de plus, leur score de sécurité régressait au fil des jours. Ces conclusions mettent en lumière l'importance du mécanisme d'ajustement entre la mère et l'enfant durant les premières semaines dans la famille. Dans les dyades où l'enfant est insécure, la mère, même si elle a un état d'esprit autonome, a tendance à répondre de manière complémentaire aux comportements de l'enfant. De manière étonnante, c'est l'enfant et non les parents qui « mène » l'interaction : quand l'enfant se comporte de façon évitante, les parents réagissent comme s'il n'avait pas besoin d'eux. Quand l'enfant se comporte de façon résistante, les parents répondent d'une façon compliquée, irritable.

Quand Yasmina est arrivée dans sa famille d'adoption, à 3 mois, elle n'avait aucune réaction. Elle ne se réveillait pas pour manger, elle ne réagissait pas et ne montrait aucune émotion. Elle était tout simplement ailleurs. Sa maman est restée près d'elle, surveillant chaque bruit, chaque mouvement de son visage. Elle lui parlait beaucoup et la touchait très souvent. Il a fallu du temps mais au fur et à mesure, Yasmina a commencé à montrer des sentiments différents et à devenir plus réactive.

L'expérience et le bon sens des parents ne semblent pas suffire pour soutenir l'attachement d'un enfant qui a été carencé. Le parent risque d'interpréter le comportement de son enfant en lui attribuant une étiquette d'enfant difficile plutôt que de reconnaître ses besoins d'attachement sous-jacents (Tyrrell & Dozier, 1999). Les parents adoptifs ont besoin d'apprendre à reconnaître les comportements adaptatifs et défensifs que les enfants ont développés avant d'arriver dans leur famille adoptive. Ils pourront ainsi interpréter correctement les signaux de leur enfant et lui répondre avec sensibilité même quand l'enfant les repousse ou fait comme s'il n'avait pas besoin d'eux (Dozier, Higley, Albus, & Nutter, 2002).

Soutenir les capacités d'autorégulation de l'enfant

À l'arrivée de l'enfant, les parents peuvent être désappointés par l'impulsivité, l'exubérance, la difficulté de supporter une frustration, l'anxiété, les crises de colère, l'attitude contrôlante ou encore l'agressivité de leur enfant (Archer, 2007). Fournir des soins affectueux et sensibles dans ces condi-

tions peut être très difficile pour les parents. Les mères adoptives d'enfants désorganisés présentent plus de stress parental et plus fréquemment des dépressions et des états limites (Solomon & Georges, 2011). Et pourtant, l'enfant peut progressivement améliorer ses capacités d'autorégulation si ses parents arrivent à lui fournir des soins particulièrement sensibles, chaleureux, prévisibles et structurés (Howe, 2006 ; Schoffield & Beek, 2006 ; Dozier, *et al.*, 2006 ; Archer, 2007 ; Becker-Weidman & Hughes, 2008). Les parents d'un enfant carencé dans le jeune âge, doivent être informés du développement de l'autorégulation et devront être aidés à trouver des pistes : apprendre à leur enfant à reconnaître, comprendre et exprimer ses émotions, lui apprendre que le monde est prévisible, contrôlable et pas spécialement menaçant, qu'il peut être touché et câliné en toute sécurité (Becker-Weidman & Hughes, 2008 ; Dozier *et al.*, 2006). L'éducation d'un enfant mal régulé nécessite beaucoup de maternage et suffisamment de structure pour qu'il réussisse à développer un sentiment d'efficacité et de contrôle adéquat sur sa vie (Dozier, *et al.*, 2006 ; Gray, 2007).

Agir de manière sensible, même si ce n'est pas spontané pour les parents

De façon générale, l'état d'esprit des parents est le prédicteur le plus fort du style d'attachement de l'enfant (van Ijzendoorn, 1995). Qu'en est-il pour les familles adoptives ? Dans quelle mesure l'état d'esprit autonome des parents adoptifs peut-il être un facteur de protection ?

Une étude de Dozier, Stovall, Albus & Bates (2001) a montré que l'association entre l'état d'esprit de 50 mères d'accueil et l'attachement de leur enfant (entre 12 et 24 mois, dans sa famille d'accueil depuis 3 à 21 mois) présente quelques particularités par rapport aux dyades biologiques. Les enfants avec une mère autonome développent davantage un attachement sûr que ceux qui ont une mère non autonome, tout comme pour les dyades biologiques. Par contre, les enfants ont un risque accru de désorganisation lorsque leur mère a un état d'esprit non autonome. La majorité des enfants qui ont une mère avec un état d'esprit non autonome développent un attachement désorganisé, alors qu'ils ne sont que 21 % avec une mère autonome. Les parents avec un état d'esprit détaché ou préoccupé ont des enfants, non pas avec un attachement évitant ou résistant mais, pour une grande partie, avec un attachement désorganisé, ce qui n'est pas le cas de la transmission dans les dyades biologiques.

Tant le vécu de l'enfant que l'état d'esprit des parents doivent être pris en compte pour comprendre cette différence. D'une part, les expériences précoces de ruptures sont si désorganisantes que l'enfant a impérativement besoin d'une mère autonome pour progresser vers un attachement organisé. D'autre part, l'état d'esprit des mères d'accueil semble associé à leurs comportements de parentage avec leur enfant en accueil (Ballen, Bernier, Moss, Tarabulsky & Saint-Laurent, 2010). Les mères d'accueil avec un état d'esprit non autonome sont plus susceptibles de manifester avec leur enfant adoptif un comportement relationnel atypique, favorisant davantage le développement d'un attachement désorganisé, que les mères autonomes. Les conclusions de cette étude suggèrent que le risque de désorganisation de l'attachement, bien que sans doute dû en partie à l'expérience de l'adversité précoce, procède aussi d'une tendance parmi les mères d'accueil à l'état d'esprit non autonome de présenter des formes atypiques de comportement parental qui favorisent la désorganisation de l'enfant. Ces résultats sont particulièrement inquiétants dans la mesure où la proportion de parents de famille d'accueil (64%) avec un état d'esprit non autonome est plus importante que dans une population de référence (40%) (Ballen *et al.*, 2010).

Pauline est une mère de famille expérimentée mais, depuis l'arrivée de Samuel, elle est très perplexe et embarrassée. À 9 mois, Samuel se présente comme un bébé extrêmement malheureux : il pleure constamment mais rejette toute affection et toute tentative d'approche, en luttant et en se cambrant quand on cherche à le câliner. Pauline finit par être exaspérée. Une consultation avec une psychologue pour enfants placés et adoptés lui permet de comprendre le comportement de Samuel dans le contexte de négligences précoces qu'il a vécues. Pauline commence à comprendre que Samuel s'attend à ce que sa maman se comporte comme tous ceux qui se sont occupés de lui auparavant, et qu'elle est en train de répondre à ses attentes. Elle comprend que Samuel ne réagit pas à elle personnellement et que son sentiment de frustration comme mère est normal dans ce contexte.

Pauline est rassurée et reprend confiance en elle pour prendre soin de Samuel et construire une relation avec lui. Un plan est conçu pour atteindre un certain niveau d'intimité qui mette Samuel à l'aise, et pour l'augmenter au fur et à mesure. Par exemple les biberons seront donnés sur le canapé, Pauline assise à côté de Samuel, puis Pauline s'efforcera de mettre un bras autour du petit garçon ; et finalement elle le prendra sur ses genoux. En mettant ce projet en œuvre, Pauline se sent plus compétente comme parent.

Avec le temps elle commence à se montrer plus chaleureuse et peut le manifester à Samuel ; elle peut aussi l'accepter avec toutes ses difficultés. Dans les semaines qui suivent, Samuel s'apaise considérablement et devient un bébé plus détendu, réactif et confiant.

Faut-il pour autant chercher à modifier l'état d'esprit des parents adoptifs afin qu'ils soient autonomes ? Le travail autour de l'état d'esprit est un processus long et les parents ne sont pas porteurs de cette demande au départ, limitant ainsi les chances de réussite. Le travail à réaliser avec les parents adoptifs consiste surtout en une prise de conscience de l'impact de leurs comportements effrayants et désorganisant inspirés par leur histoire d'attachement (Marvin *et al.*, 2002 ; Dozier *et al.*, 2005).

Devenir un parent « thérapeutique », assurer un « reparentage développemental »

Pour permettre une récupération optimale des difficultés d'attachement de l'enfant adopté, les parents adoptants devront lui apporter des soins particulièrement sensibles. Ongari et Tomasi (2010) soulignent la nécessité de « capacités relationnelles réparatrices » de la part des parents. Dans le même ordre d'idée, Dozier *et al.* (2009) soutiennent que ce n'est pas suffisant pour un parent adoptant d'agir comme un parent biologique en termes de connaissances et de compétences : le parent adoptant devra être un « parent thérapeutique » en plus d'un parent de substitution, ce qui nécessite de l'informer des particularités de la parentalité adoptive définies ci-dessus (Howe, 2006 ; Van Ijzendoorn, & Juffer, 2006 ; Dozier & Rutter, 2008).

L'objectif essentiel du « reparentage développemental » est d'aider l'enfant à combler les fossés émotionnels qui se sont créés. Ce n'est pas une tâche facile. Il s'agit de se comporter avec lui en tenant compte de son âge développemental plutôt que de son âge chronologique ; cependant cela signifie beaucoup plus que cela. Un enfant de huit ans par exemple peut avoir connu trois années de maltraitance et de négligence dans sa famille de naissance, suivies de plusieurs placements dans le système de protection de l'enfance avant d'être placé dans une famille adoptive. Il vit donc peut-être depuis plusieurs années dans une famille adoptive sûre et aimante tout en ressentant de la peur, déclenchée par des événements qui réveillent ses souvenirs de maltraitance passée. « Revenir en arrière pour aller de l'avant » signifie déconstruire ces expériences, donner à l'enfant la possibilité de se

sentir en sécurité « comme un bébé » ou un petit enfant tout en reconnaissant à quel point c'est difficile pour lui et en respectant son âge chronologique. Il s'agit d'un processus très complexe et très long tant pour les parents que pour l'enfant. Il faut pour cela que les parents soient capables d'être empathiques devant les difficultés de leur enfant, tout en lui offrant en même temps des opportunités de changement. Il faut donc lui offrir un mélange de structure et de nourrissage qui formera la pierre d'angle du reparentage (Family Futures, 2007).

Le reparentage développemental nécessite aussi de prendre en considération tous les aspects du fonctionnement de l'enfant : ses problèmes de traumatisme développemental, son style d'attachement, ses difficultés de fonctionnement exécutif, l'impact de ses expériences précoces sur son système nerveux, ses besoins alimentaires et peut-être sensoriels et tout problème psychiatrique ou pédiatrique qui a été identifié chez lui.

L'accompagnement actuel des adoptions en Communauté Française

Depuis le début des années 2000, sous l'impulsion de PETALES⁴, une association de parents d'enfants adoptés en difficulté, la prise de conscience progressive par les professionnels et les candidats parents que l'adoption n'est pas un conte de fées a ouvert de nouvelles perspectives. D'une part, les futurs parents sont aujourd'hui informés et sensibilisés aux enjeux de l'adoption par l'Autorité Centrale Communautaire pour l'Adoption⁵ lors de 5 séances collectives d'information et de sensibilisation organisées préalablement à des rencontres individuelles avec psychologue et assistant(e) social(e). Ces rencontres mènent finalement à un jugement d'aptitude rendu par le Juge de la Jeunesse, sésame obligatoire depuis le 1er septembre 2005 pour pouvoir adopter, tant en Belgique qu'à l'étranger. D'autre part, plusieurs projets de soutien post-adoptif ont vu le jour. Les parents sont informés de certaines difficultés potentielles, des petits signes à ne pas banaliser, et des lieux où ils peuvent recevoir aide et soutien. Ils sont encouragés à être proactifs plutôt que d'espérer que la situation s'arrangera toute seule.

Un de ces lieux de soutien est l'Envol⁶, clinique de l'adoption, créée en 2006, qui reçoit tant les parents que les jeunes ou les adultes adoptés, mais qui offre aussi ses services aux professionnels confrontés à des diffi-

4. www.petales.org

5. www.adoptions.be

6. www.lenvol-adoption.be

cultés spécifiques à l'adoption. Notre équipe comprend plusieurs psychologues thérapeutes, des spécialistes en psychotraumatologie et pratiquant l'EMDR, une logopède, une psychomotricienne relationnelle, un juriste, un médecin et une assistante sociale. Nous proposons en particulier un accompagnement individuel et/ou collectif aux parents d'enfants de moins de 12 ans pour développer et renforcer un attachement sécurisé chez leurs enfants, des consultations individuelles ou familiales, un accompagnement des parents d'adolescents et de jeunes adultes, un travail en réseau autour des enfants et des adolescents en difficulté ainsi que des ateliers de préparation et d'accompagnement des familles. Nous sommes disponibles pour des conférences, ateliers, formations de professionnels ... autour des questions liées à l'adoption.

Résumé

Avant d'être adopté, l'enfant a fait l'expérience de la perte d'une ou de plusieurs figures d'attachement ; il a pu être maltraité et/ou négligé ; il a vécu dans une institution impersonnelle. Il a donc souvent développé des comportements d'attachement insécure et désorganisé. Ses capacités d'autorégulation sont faibles.

Après son adoption, son mode d'attachement peut évoluer vers un mode plus sécurisé dans la mesure où ses parents ont un état d'esprit autonome quant à l'attachement. Dans le cas contraire, ses comportements d'attachement resteront ou deviendront désorganisés.

Pour favoriser le développement de comportements d'attachement sécurisé, les parents adoptifs devraient faire preuve d'une grande disponibilité et réagir avec sensibilité même si l'enfant ne manifeste pas ou pas clairement sa détresse. Ils auront à soutenir ses capacités d'autorégulation comme avec un enfant beaucoup plus jeune et à agir de manière sensible même si cela ne leur est pas spontané.

Les parents adoptifs ont à assurer un « reparentage développemental », à donner à leur enfant la possibilité de vivre des expériences de bébé et de petit enfant même s'il n'en a plus l'âge.

RÉFÉRENCES

- Archer, C. *Enfant qui a mal, enfant qui fait mal ? Conseils pour les parents adoptifs et les parents d'accueil*, (Fr. Hallet, Trad.), Bruxelles : De Boeck. 2007. (œuvre originale publiée en 2000).
- Ballen, N., Bernier, A., Moss, E., Tarabulsky, G. & Saint-Laurent, D. Insecure attachment states of mind and atypical caregiving behavior among foster mothers, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31(2) 118-125, 2010.
- Becker-Weidman, A. & Hughes, D. (2008). Dyadic developmental psychotherapy: an evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment, *Child and Family Social Work*, 13(3), 329-337.
- Bowlby, J. *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*, Paris: Albin Michel. 2011. (œuvre originale parue en 1988).
- Cyr, Ch., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M., & Van Ijzendoorn, M. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses, *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108, 2010.
- Dozier, M. & Rutter M. Challenges to the Development of Attachment Relationships Faced by Young Children in Foster and Adoptive Care. In J. Cassidy and Pr. Shaver (Eds) *Handbook of Attachment: theory Research, and clinical Application* (2nd ed.) (pp. 698-717), New York: Guilford Press. 2008.
- Dozier, M., Higley, E., Albus, K., & Nutter, A. Intervening with foster infants' caregivers: Targeting three critical needs, *Infant Mental Health Journal*, 23 (5), 541-554. 2002.
- Dozier, M., Lindheim O., & Ackerman, J. Attachment and biobehavioral catch-up, an intervention targeting empirically identified needs of foster infants, in J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya, & M. Greenberg (Eds). *Enhancing early attachments, Theory, research, intervention and policy*, (pp 178-194), New York : Guilford Press. 2005.
- Dozier, M., Lindhiem, O., Lewis, E., Bick, J., Bernard K. & Peloso E. Effects of a Foster Parent Training Program on Young Children's Attachment Behaviors: Preliminary Evidence from a Randomized Clinical Trial, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26 (4), 321-332, 2009.
- Dozier, M., Peloso, E., Lewis, E., Laurenceau, J.P. & Levine, S. Effects

of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Development and Psychopathology*, 20 (3), 845-859, 2008.

- Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, K., Manni, M., Sepulveda S., & Ackerman, J. Developing evidence-based interventions for foster children: an example of a randomized clinical trial with infants and toddlers, *Journal of Social Issues*, 62(4), 767-785, 2006.
- Euillet, S., Spenser, R., Troupel-Cremel, A., Fresno, A. & Zaouche-Gaudron, C. Les représentations d'attachement des enfants accueillis et des enfants adoptés, *Enfance*, 60 (1), 63-70, 2008.
- Family Futures, *Parents' Handbook*, London: Family Futures, 2007.
- Federici, Ronald S. *Help for the Hopeless Child: A Guide for Families*, Ed. Ronald Federici and Associates, 2003.
- Georges, C. & Solomon, J. The caregiving system: a behavioral systems approach to parenting, In J. Cassidy and Pr. Shaver (Eds) *Handbook of Attachment: theory Research, and clinical Application* (2nd ed.) (pp. 833-856), New York : Guilford Press. 2008.
- Gray D. *Attachement et adoption, outils pratiques pour les parents*. (F. Hallet, Trad.). Bruxelles : De Boeck. 2007. (œuvre originale publiée en 2002).
- Guédeney N., & Dubucq-Green C. Adoption, les apports de la théorie de l'attachement, *Enfance et Psychologie*, n°29 2005/4.
- Guédeney N., & Dugravier R. La question de l'attachement dans l'adoption, in Guédeney N. & Guédeney, A. (Eds.) *L'attachement : approche clinique* (p.61-72). Paris : Elsevier Masson. 2010.
- Guédeney, N. & Leblanc S. L'attachement désorganisé chez l'enfant, in Guédeney N. & Guédeney, A. (Eds.) *L'attachement : approche théorique, du bébé à la personne âgée* (pp.199-210). Paris : Elsevier Masson. 2010.
- Habersaat, S., Tessier, R., Larose, S., Nadeau, L., Tarabulsy, G., Moss, E. & Pierrehumbert, B. Adoption, adolescence et difficultés de comportement : quels facteurs de risque ?, *Annales Médico-psychologiques*, 168, 343-349, 2010.
- Hostetter, M.K., Iverson, S., Thomas, W., McKenzie, D., Dole, K., & Johnson, D.E. *Medical evaluation of internationally adopted children*. N Engl J Med 325 : 479-85, 1991.
- Howe, D. Developmental attachment psychotherapy with fostered and adopted children, *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 128-134, 2006.

- Howes, C. & Spieker, S. Attachment relationships in the context of multiple caregivers, In J. Cassidy and P. Shaver (Eds) *Handbook of Attachment: theory research, and clinical application* (2nd ed.) (pp. 317-332), New York : Guilford Press. 2008.
- Juffer F., Bakermans-Kranenburg M, & van IJzendoorn M. The importance of parenting in the development of disorganized attachment : evidence from a preventive intervention study in adoptive families, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 263-274, 2005.
- Juffer, F., & Rosenboom, L. Infant-Mother attachment of internationally adopted children in the Netherlands, *International Journal of Behavioral Development*, 20 (1), 93-107. 1997.
- Kobak, R., & Madsen, S. Disruptions in attachment bonds, implications for theory, research and clinical intervention, In J. Cassidy and Pr. Shaver (Eds) *Handbook of Attachment: theory Research, and clinical Application* (2nd ed.) (p. 23-47), New York: Guilford Press.2008.
- Lemieux, J. *La normalité adoptive*, Montréal : Québec-Amérique, 2013.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K., & Handley-Derry, M. Determinants of behavioural problems in Romanian children adopted in Ontario, *International Journal of Behavioral Development*, 20(1), 17-31. 1997.
- Meins, E., Fernyhough, Ch., Fradley, E., & Tuckey, M. Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648, 2001.
- Miljkovitch, R. L'attachement au niveau des représentations, In N. Guédénéy & A. Guédénéy (Eds) *L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée*, (p. 39-48), Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson. 2010.
- Pérouse de Montclos, M.O. Adoption internationale et vulnérabilité psychologique de l'enfant, *Archives de Pédiatrie*, 18, 482-485, 2011.
- Ponciano, L. Attachment in foster care: the role of maternal sensitivity, adoption, and foster mother experience, *Child & Adolescent Social Work Journal*, 27 (2), 97-114, 2010.
- Schofield G. & Beek M. *Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives* (Seli Arslan, Trad.) Paris, Elsevier, 2011 (oeuvre originale publiée en 2006).

- Slade, A. Parental reflective functioning: An introduction, *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281, 2005.
- Solomon, J. & Georges, C. (2011). The disorganised attachment-caregiving system: dysregulation of adaptive processes at multiple levels. In J. Solomon & C. Georges (Eds). *Disorganized attachment and caregiving* (p.3-24). New-York: The Guilford Press, 2011.
- Stovall, K. & Dozier, M. The development of attachment in new relationships: single subject analyses for 10 foster infants, *Development and Psychopathology*, 12(2), 133-156, 2000.
- Stovall-Mc Clough, K. & Dozier, M. Forming attachments in foster care: infant attachment behaviors during the first 2 month of placement, *Development and Psychopathology*, 16(2), 253-271, 2004.
- Tyrell, Ch. & Dozier, M. Foster parents' understanding of children problematic attachment strategies: The need for therapeutic responsiveness, *Adoption Quarterly*, 2(4), 49-64, 1999.
- Van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M. & Backermans-Kranenburg, M. (2009).. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children, *Children and Youth Review*, 31, 410-421, 2009.
- van IJzendoorn, M. & Juffer, F. The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention: meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (12) pp. 1228-1245, 2006.
- Van London, M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. Attachment, Cognitive, and Motor Development in Adopted Children: Short-term Outcomes after International Adoption, *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1249-1258, 2007.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Sarafidou, J., Kopakaki, M., Dunn, J., van IJzendoorn, M., & Kontopoulou, A. The development of adopted children after institutional care: a follow-up study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (12), 1246-1253, 2006.
- Weitzman, C., & Albers, L. Long-term developmental, behavioral, and attachment outcomes after international adoption, *Pediatric Clinics of North America*, 52(5), 1395-1419, 2005.

Les articles sont disponibles, en anglais ou en français, auprès des auteurs.

Lectures conseillées

Pour les parents :

- *Enfant qui a mal, enfant qui fait mal ? nourrissons et petits enfants*, Caroline Archer (trad. F. Hallet), Ed. De Boeck, coll. Parentalités, 2007.
- *Attachement et adoption, outils pratiques pour les parents d'accueil et d'adoption*, Deborah Gray (trad. F. Hallet), Ed. De Boeck, coll. Parentalités, 2007.
- *La normalité adoptive : les clés pour accompagner l'enfant adopté*, Johanne Lemieux, Ed. Québec-Amérique, 2013.
- *Guide de l'attachement en familles d'accueil et d'adoption*, Gillian Schofield et Mary Beek (trad. Sely Arslan), Ed. Elsevier Masson, 2011.

Pour les professionnels :

- *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement*, Vivian Prior et Danya Glaser (trad. F. Hallet), Ed. De Boeck, coll. Questions de personne, 2010.
- *L'attachement : approche théorique*, Nicole et Antoine Guédény, Ed. Masson, coll. Les âges de la vie, 2010.
- *L'attachement : approche clinique*, Nicole et Antoine Guédény, Ed. Masson, coll. Les âges de la vie, 2010.
- *Traumatisme, attachement et permanence familiale*, Caroline Archer et Alan Burnell (trad. F. Hallet), Ed. De Boeck, coll. Comprendre, 2008.