

Conférence du docteur Jean-François Chicoine
organisée par les associations départementales EFA 28/60/75/77/91/92/94
à Vincennes le 10 novembre 2015

À janvier 2016

Adolescence et adoption

Ce texte proposé n'est pas un compte rendu exhaustif de la conférence du 10 novembre 2015, mais a pour seule ambition d'en laisser une trace la plus utile que possible aux adhérents EFA qui n'ont pas pu s'y rendre ou à ceux qui souhaitent en retrouver les grandes lignes.

Pour plus de clarté, nous avons choisi de le présenter sous forme de questions qui reprennent les grandes idées développées par le docteur Chicoine. Manquent bien sûr son formidable accent Québécois et l'humour avec lequel il illustre ses exemples et explications.

En espérant que nous aurons réussi à rendre compte du message d'optimisme que cette conférence apporte pour nos enfants, quelles que soient les difficultés qui peuvent être rencontrées dans la période si sensible de l'adolescence...

*Par ailleurs, pour rendre les propos rapportés plus concrets, nous vous présentons, à la fin du texte, **des courts témoignages** que certains participants ont bien voulu nous envoyer – qu'ils soient remerciés ! Ceci permettra de pointer en quoi, dans la vie de tous les jours, cette conférence a pu les aider. Nous espérons que ces témoignages seront, pour vous aussi, « parlants » : chacun peut se retrouver un peu dans les mots de parents... qui nous ressemblent.*

Le docteur Chicoine

Jean-François CHICOINE est pédiatre au CHU Sainte-Justine et Professeur adjoint au département de Pédiatrie de l'université de Montréal. Il dirige la clinique de Consultation en adoption et en santé internationale, très certainement la plus grande expertise de la francophonie en adoption nationale et internationale.

En parallèle, il mène une carrière de communicateur scientifique dans les médias écrits et électroniques sur les sujets concernant l'enfance et l'adolescence.

Il est l'auteur de plusieurs publications scientifiques dans les domaines de l'attachement, de la famille, des services de garde à l'enfance, de l'abandon/adoption.

En 2002, il cofonde la société *Le Monde est ailleurs*, qui se porte à la défense de la santé et des droits des moins de 18 ans et de leurs familles au travers de publications, de formations professionnelles et de conférences interdisciplinaires :

www.lemondeestailleurs.com

L'enfant qui a été abandonné « s'attend à ce que ça aille mal »

Nous avons choisi de faire de ce constat plusieurs fois énoncé le point de départ de ce compte rendu car en effet, tout au long de sa conférence, le Dr Chicoine montre et explique de quelle façon et pour quelles raisons l'enfant adopté devenu adolescent peut éventuellement présenter une vulnérabilité affective et cognitive, mais aussi comment et par quels moyens il est possible d'aider cet enfant à se « réparer ».

Depuis quand parle-t-on d'adolescence ?

La notion d'adolescence est récente. Jamais un tel sujet n'aurait été abordé au Moyen Âge où l'on passait directement du stade de l'enfance à celui de l'adulte et plus récemment du monde de l'enfance à celui du travail ! Il faut attendre le XX^e siècle pour qu'émerge un intérêt pour cette notion qui fait alors l'objet de débats virulents. Le terme « *teenager* » n'est lui-même apparu qu'après la Deuxième Guerre mondiale pour désigner les jeunes âgés de 13 à 19 ans.

Depuis la fin du siècle dernier, un regard nouveau porté sur l'adolescence permet de mieux comprendre cette étape de la vie, tant sur le plan culturel que scientifique. Les recherches menées depuis une quinzaine d'années sur le cerveau humain et les connaissances acquises sur ses différentes zones nous éclairent sur son développement...

Comment le cerveau se développe-t-il jusqu'à l'adolescence ?

On ne devient adulte qu'entre 22 et 25 ans : avant le cerveau n'est pas tout à fait terminé et le cerveau d'un ado de 16 ans a encore 20 % de travail à faire avant d'atteindre le développement complet de son cortex cérébral !

Le bébé naît avec trop de neurones et, dans les premières années de vie, s'opère un travail de destruction et d'organisation de ses neurones.

- Vers 4 ans, l'élagage est à peu près terminé et on peut voir comment un enfant fonctionne du point de vue de l'**intra-subjectivité** (son propre discours intérieur notamment dans ses activités de jeux), de l'**intersubjectivité** (la communication, notamment avec ses pairs) et de l'**imaginaire** (le développement de ses capacités créatives). L'**empathie** qui est la conscience des besoins des autres, va apparaître vers 39 mois.

Ainsi, un problème de langage ou d'imagination peut laisser présager des difficultés que l'on retrouvera ultérieurement dans les consultations pour enfants.

- Vers 6/7 ans, de nouveaux neurones présents depuis la neurogénèse se développent et permettent à l'enfant de passer de la **pensée concrète** (*par laquelle l'enfant classe et ordonne les objets de la réalité concrète*) à la **pensée logique** (*qui résulte de la construction de structures et d'opérations logiques nouvelles qui viennent compléter l'étape précédente. L'enfant comprend qu'une histoire a un commencement, un déroulement, une fin*). Ce passage correspond à la **période de latence** et à l'entrée dans les apprentissages.

- Jusqu'à 10/11 ans l'enfant développe de nombreuses compétences, de nombreux talents et c'est aussi la période de la construction de l'**estime de soi**. On peut commencer à voir vers où l'enfant va pouvoir se diriger.

- À partir de 12-13 ans il n'y a plus beaucoup de nouveaux neurones. En revanche le cerveau continue à fabriquer des connexions. La **pensée logique** devient une **pensée abstraite**.

- Entre 16 et 22/23 ans, la **myélinisation¹ des neurones** se poursuit. Elle permet à l'influx nerveux de circuler plus rapidement et le travail de connexion est très intense. L'adolescent devient de plus en plus efficient, de plus en performant. C'est durant cette période que les **fonctions exécutives²**

¹ La myélinisation des neurones démarre au cours de la vie utérine et se poursuit pendant plusieurs années, ce qui explique que certaines fonctions du système nerveux ne soient mûres que tardivement.

² Les fonctions exécutives sont un ensemble de processus cognitifs de haut niveau correspondant aux capacités qui permettent de s'adapter à des situations nouvelles, non routinières, pour lesquelles il n'y a pas de solution toute faite.

(inhibition, mise à jour, planification, flexibilité mentale) vont se développer de mieux en mieux. C'est pourquoi le cerveau de l'adolescent doit être protégé.

Que se passe-t-il dans le cerveau d'un enfant qui a été abandonné ?

Le cerveau de l'enfant abandonné peut avoir subi une certaine quantité de stress en lien avec les conditions de vie de la mère, y compris *in utero*, et donc être affecté dans son développement : un enfant exposé à l'anxiété maternelle avant la naissance sera susceptible d'éprouver plus tard une difficulté à réguler ses émotions.

Il faut rappeler que **les conditions des premiers moments de vie** mais aussi les deux premières années sont essentielles **quant aux possibilités d'attachement**. En Chine par exemple, on estime jusqu'à quarante le nombre d'adultes susceptibles de s'être occupés d'un enfant pendant sa vie à l'orphelinat... Or l'attachement apporte l'apaisement : chez le bébé l'attachement est une stratégie qui vise à séduire l'adulte en vue de faire baisser les différents taux de stress auxquels il peut être soumis. Vers 6 ou 7 mois, il aura déjà connu des quantités de stress perçus par **l'amygdale cérébrale** (structure impliquée dans la mémoire émotionnelle) et des effets neurologiques et sympathiques vont affecter la mémoire. La mémoire des expériences de rupture successives va ainsi se tisser au jour le jour dans une zone du cerveau appelée **l'hippocampe**. Le bébé abandonné va donc être différent dans sa manière de se construire.

L'attachement sert... à pouvoir se détacher

L'attachement va servir, le moment venu, à pouvoir se détacher...

Quand tout va bien, un pôle de sécurité va se constituer entre 9 et 18 mois chez le bébé qui dispose d'une **figure d'attachement stable et rassurante**. Le bébé va ainsi « tomber en apaisement », un apaisement qui s'opère par la proximité physique, les comportements de rapprochements, la satisfaction rapide, rythmée, régulière et attendue de ses besoins. À l'inverse, on observe des pleurs quand cette figure disparaît. C'est grâce à un attachement « sécuritaire » que l'enfant apprend peu à peu à réguler ses émotions.

De nouveaux attachements vont ensuite se produire avec la famille élargie, la gardienne, etc. ; puis vers 6/7 ans avec l'instituteur ou l'institutrice, les camarades d'école... ; puis vers 12/13 ans avec les professeurs, groupe d'amis... ; et, plus tard, lorsque l'enfant devenu adulte va vouloir à son tour mettre au monde un enfant.

Toutes les étapes de l'attachement tournent autour d'un axe : proximité/exploration.

Si les attachements ont été bien sécurisés, les étapes vont être traversées à partir du développement moteur du bébé et lui donner la possibilité de se détacher pour explorer peu à peu le monde qui l'entoure.

Autrement dit, plus on est sécurisé jeune plus on va développer de qualités intra-subjectives.

Or, de nombreux enfants adoptés n'auront pas pu constituer un pôle de sécurité stable et apaisant car ils auront souvent eu plusieurs pôles pour réduire la peur primitive et faire baisser les différents niveaux de stress. Leur apaisement risque alors de ne pas être suffisant. On observe que la vie émotionnelle de ces enfants se régule moins bien du fait de leurs attachements « insécures » antérieurs... À l'âge où l'empathie commence en principe à se développer, l'absence d'intra-subjectivité chez les enfants qui ont trop souffert pourra être la cause de nombreuses crises et certains arriveront à l'adolescence moins « réparés » que les autres.

Quelles difficultés peuvent apparaître chez l'enfant adopté ?

Les situations de stress qui n'ont pas pu être suffisamment apaisées génèrent des sécrétions importantes de cortisol qui, on l'a vu, peuvent affecter le fonctionnement neurologique et sympathique.

Un enfant adopté très précocement peut aussi présenter des troubles de l'attachement car la mémoire précède le souvenir ; il existe donc une mémoire sans souvenir qui porte les traces des conditions de vie prénatales et des conditions de naissance.

- Jusqu'à 2/3 ans, ces enfants vont présenter davantage de dérégulations, de crises, de troubles du sommeil...

- Vers 6/7 ans, si l'hippocampe est un peu abîmé, et donc possiblement la mémoire notamment, apparaîtront plus de difficultés scolaires et des troubles des apprentissages (troubles de l'attention, dyslexie, etc.).

Les enfants prennent vraiment conscience de leur adoption entre 6 et 8 ans, au moment du passage à la pensée logique.

- Au moment de la poussée pubertaire, vers 10/12 ans, la testostérone va directement stimuler l'amygdale, structure impliquée dans la mémoire émotionnelle, et donc augmenter le niveau de stress de ces enfants et leur anxiété. La puberté est parfois précoce ; chez certaines petites filles les seins peuvent apparaître dès 7/8 ans...

- 12/13 ans est l'âge auquel les enfants repensent à leur adoption mais c'est aussi la période où tout resurgit, à vif ! Les adolescents qui n'ont pas pu accéder à la sécurité affective vont avoir plus de mal avec les capacités d'abstraction qui se mettent en place à cet âge. Les attachements vont toutefois pouvoir se remodeler si les parents maintiennent une relation de bienveillance et de confiance.

Que peut-on faire pour les adolescents « insécures » ?

La mise en famille d'un enfant qui a été abandonné est bien sûr essentielle. Mais au Québec, on considère que le dogme « donner une famille à un enfant » ne fonctionne pas : c'est la protection qu'il faut donner à ces enfants ; les protéger dans leur façon de réguler leurs émotions avec une permanence, une régularité affective.

Le but de l'adoption est de changer la représentation du monde d'un enfant et ce changement est aussi générateur de stress. C'est pour cela qu'il faut de la **médiation affective** et de la **médiation cognitive**.

Ces enfants s'attendent trop souvent à ce que le monde soit mauvais pour eux, ils ne disposent pas de la « permanence » affective nécessaire et à l'adolescence leur cerveau n'est pas à maturité ; il faut donc rétablir de la sécurité et continuer à imprimer des éléments de nourriture affective.

Dans les familles un peu coercitives ça peut être plus difficile mais il est important, pour réparer l'insécurité affective et non la raviver, de renouveler/réinventer un dialogue de confiance.

L'allégorie du demi biscuit mangé-volé, exemple plein d'humour, vient éclairer la façon dont il est possible de réintroduire de la sécurité, réinstaurer de la confiance : face à l'adolescent qui nie malgré l'évidence avoir mangé le biscuit, il ne faut ni crier, ni punir. « *Crier après un enfant habitué à l'adversité, c'est nourrir le monstre !* », dit le Dr Chicoine. Chez l'enfant qui manque de « permanence », le mensonge, le vol, les processus de clivage et de projection sont favorisés. L'adolescent qui refuse d'avouer, qui persiste dans le mensonge est en situation de stress et a besoin de bienveillance. Mieux vaut lui dire : « *Je vois que ce que je te demande [est-ce que tu as mangé ce biscuit ?] est trop difficile...* ». Dans ce type de conduites, on va pouvoir retravailler ensuite la question de la permanence : mettre les biscuits dans un joli bocal transparent pour les voir, les admirer, dire : « *Regarde comme ils ont l'air bons* », les goûter ensemble, en reprendre un, leur donner de l'importance, car pour l'ado qui vole ou qui ment l'objet n'existe pas. Si on crie, il va se sentir humilié. Cet adolescent ne va pas accéder à la culpabilité mais à la honte ce qui va aggraver le manque d'estime de soi alors qu'il a besoin d'être « réparé ».

L'adolescence des enfants adoptés a-t-elle une spécificité ?

La différence centrale de nos enfants n'est pas leur couleur de peau, c'est de se construire sur une blessure qui peut être ravivée à l'adolescence. Il faut alors éviter qu'elle se transforme en fracture. Chez ces enfants, on observe plus de comportements extériorisés et un peu plus de comportements intériorisés, d'anxiété et de dépression. La différence à la norme biologique est faible mais la souffrance peut être importante.

Beaucoup d'enfants revivent une anxiété, voire une colère et en veulent à leurs parents adoptifs de ne pas avoir suffisamment réparé leur blessure... Le travail n'est donc pas fini à l'adolescence et ne fait parfois que commencer car l'adolescence se prolonge jusqu'à la fin du développement cérébral, soit environ 24 ans. Il faut aussi continuer à travailler la relation de confiance pour protéger le cerveau des adolescents des méfaits de l'alcool, du tabac, des différents toxiques et pour réduire les risques d'accidents, de bagarres, de tentatives de suicide qui sont majorés par les relations conflictuelles.

Même si vers 12/14 ans l'adolescent commence à prendre de la distance, les parents restent le pôle d'attachement le plus important. Ils doivent continuer à faire preuve d'une grande disponibilité physique et psychique car l'enfant qui va mal a besoin d'être soutenu/contenu; le cerveau « blessé » est le cerveau pré-langagier ; il faut continuer à être sensible à la détresse de l'adolescent. Ne parlez pas trop, dit le Dr Chicoine, mais « soyez là ! ». Il ne s'agit pas de chercher à ce que l'adolescent soit complètement heureux de ce qu'on a décidé ensemble ; ce qui compte, avant tout, est de trouver ce dont il a besoin. Disponibilité, sensibilité, coopération. Par ailleurs, il faut nommer ses émotions : « *Je vois que tu es en colère...* », donner au jeune des **choix/projets concrets plutôt que des ordres** : « *Sois le bienvenu pour dîner dès que ta chambre sera rangée* », non pas : « *Va ranger ta chambre !* ».

Certains sont en colère, d'autres sont anxieux et vont plutôt avoir besoin d'activation. Les anxieux, il leur faut parfois « *un coup de pied au cul* », trouver le moyen de les activer, les amener à faire du sport pour faire fonctionner les endorphines qui vont les apaiser. Sport ou massage... avant de dialoguer ! C'est d'abord à ce niveau-là qu'il faut les activer.

Parfois, quand il y a un trouble de l'attachement ou du comportement sévère, certains adolescents vont mieux se développer en dehors de leur famille, en internat ou en foyer. Le fait de ne pas être obligé d'être en relation permanente avec la famille va « **mettre l'amygdale au repos** » et permettre de revenir dans la famille avec une relation plus apaisée.

En résumé, la médiation affective, les parents s'en sont chargés mais elle reste essentielle jusqu'à 23/24 ans. Même chez des ados qui vont très mal à 15/16 ans, les choses peuvent s'arranger avec la maturation du cerveau **à condition que la confiance reste**.

Comment aider l'enfant/l'adolescent dans son développement cognitif ?

La plupart des enfants adoptés ont une intelligence normale. Pour beaucoup, le QI, qui peut varier entre 70 et 130, se situe entre 90 et 100. En revanche leur adaptabilité est en générale un peu moins bonne que chez les enfants biologiques en raison de leurs conditions de vie antérieures. Et si l'hippocampe a pu être un peu abîmé, la mémoire et les capacités cognitives pourront être affectées. C'est pourquoi, chez l'enfant qui présente des **difficultés d'apprentissage**, une évaluation neuropsychologique permettra d'évaluer les fonctions exécutives et de mettre en place des stratégies adaptées pour l'aider à sortir de ses difficultés. Et plus que le QI, c'est le **score d'adaptabilité** qu'il faut mesurer. Car un ado qui va bien est un ado qui développe un bon score d'adaptabilité plutôt qu'un QI élevé. L'attention, la mémoire de travail, la flexibilité mentale sont essentielles pour huiler les fonctions exécutives qui se développent surtout à l'adolescence.

Aussi les enfants qui ont souffert de délaissement vont avoir plus de problèmes attentionnels, de difficultés de planification, d'organisation. Il ne s'agit là ni de paresse, ni d'un manque de volonté. Si on les aide à mettre en place des stratégies adaptées à leur style cognitif, tout peut encore bouger entre 16 et 24 ans.

Les troubles des fonctions exécutives varient d'un adolescent à l'autre : certains présentent un **trouble d'activation** ; la capacité d'être en état d'alerte est souvent diminuée chez ces enfants-là. D'autres souffrent d'un **déficit d'inhibition** ; ils ont besoin de bouger en permanence et l'attention soutenue et l'attention divisée sont souvent moins bonnes. Enfin, le trouble TDAH (Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) a également un impact sur les fonctions exécutives et les apprentissages.

Ces enfants vont souvent avoir besoin d'adaptation au niveau scolaire : AVS, tuteur aux devoirs, orthophonie... Il faut reconnaître le style cognitif de l'enfant, identifier sa forme d'intelligence (l'intelligence logico-mathématique évaluée par l'école n'est pas la seule forme d'intelligence), faire preuve de disponibilité et de sensibilité afin d'obtenir sa coopération. Il est vrai que le système scolaire en France est différent du système québécois, avec des journées d'école très longues...

Il faut aussi pouvoir intervenir sur la régulation de l'utilisation des écrans et des vidéos, des *chats*, etc. L'augmentation des écrans diminue le temps d'activation d'attention soutenue ; mais vous allez aussi augmenter l'attention divisée : 30 à 45 mn de Minecraft peut être positif, mais la surconsommation dérégule les émotions ! Il faut également intervenir sur le temps de sommeil de l'adolescent : **9 à 10 heures sont nécessaires** (22 heures à 7 heures) car le manque de sommeil diminue l'adaptabilité. Enfin **la lumière bleue des écrans doit sortir de la chambre 45 mn avant de se coucher**.

Et si les médiations mises en place ne sont pas suffisantes ?

Certains enfants vont nécessiter une médication.

Les TDAH par exemple représentent 5 à 7 % des enfants partout dans le monde. Chez les enfants adoptés, ce trouble est fréquent : 10 % des enfants d'Asie, 15 % des enfants d'Haïti, jusqu'à 20 % des enfants d'Europe de l'Est. Lorsque c'est un peu sévère, la médication est utile, au moins pour une période. Aux Etats-Unis, environ 15 % des enfants sont traités par la ritaline ; au Québec, environ 7 % ; en France 1 à 2 %. Les effets secondaires sont bien documentés, sans gravité, et 8 enfants sur 10 vont très bien réagir au traitement et pouvoir continuer à évoluer.

Quand il y a un trouble du comportement un peu sévère il nous arrive, à l'Hôpital Sainte-Justine, de prescrire certaines molécules qui peuvent améliorer ces comportements et favoriser l'évolution de ces adolescents.

Il y a aussi certains adolescents qui vont mal parce qu'ils ont subi des traumatismes multiples (comme les enfants du Rwanda) et il peut être utile de les orienter vers des spécialistes du traumatisme, comme les thérapeutes pratiquant l'EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Il s'agit d'une thérapie permettant de dénouer des informations douloureuses bloquées – par exemple après un choc traumatique –, de mobiliser des ressources psychologiques et de restaurer une estime de soi déficiente.

**En guise de conclusion,
quelques témoignages**