

Adoption internationale et orthophonie : état des lieux de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes lorrains

Bérangère Galmiche

▶ **To cite this version:**

Bérangère Galmiche. Adoption internationale et orthophonie : état des lieux de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes lorrains. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887364

HAL Id: hal-01887364
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887364

Submitted on 4 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C. SIMON

ADOPTION INTERNATIONALE ET ORTHOPHONIE :

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ADOPTES A L'ETRANGER PAR LES ORTHOPHONISTES LORRAINS.

MEMOIRE

Présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

Bérangère GALMICHE

Juin 2009

Membres du jury :

Président :	Monsieur F. FEILLET, Professeur
Rapporteur :	Madame C. COURRIER, Orthophoniste
Assesseur :	Monsieur F. BODY LAWSON, Pédopsychiatre

UNIVERSITE HENRI POINCARE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C. SIMON

ADOPTION INTERNATIONALE ET ORTHOPHONIE :

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ADOPTES A L'ETRANGER PAR LES ORTHOPHONISTES LORRAINS.

MEMOIRE

Présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

Bérangère GALMICHE

Juin 2009

Membres du jury :

Président :	Monsieur F. FEILLET, Professeur
Rapporteur :	Madame C. COURRIER, Orthophoniste
Assesseur :	Monsieur F. BODY LAWSON, Pédopsychiatre

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier les membres de mon jury :

Monsieur le Professeur François FEILLET pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury, et pour son enthousiasme pour ce projet.

Madame Catherine COURRIER, pour son intérêt et ses connaissances au sujet de l'adoption, qui m'ont donné envie de m'y intéresser à mon tour. Son implication dans ce mémoire, ainsi que ses conseils distillés tout au long de cette année, et sa patience, m'ont été d'une aide précieuse.

Monsieur le Docteur Festus BODY LAWSON pour avoir accepté sans hésiter de faire partie de ce jury, mais aussi pour ses encouragements et ses conseils.

Je souhaite également remercier les personnes qui ont joué un rôle indispensable dans l'élaboration du mémoire :

Les responsables des syndicats départementaux FNO, qui ont accepté sans hésitation d'envoyer ma demande de participation à l'étude à leurs adhérents. Ils ont également été présents pour répondre à mes questions, toujours avec rapidité et gentillesse.

Un grand merci aussi aux orthophonistes qui nous ont répondu, sans qui ce travail n'aurait jamais pu aboutir. Que nos contacts se soient faits par courriel ou par téléphone, c'est toujours avec un grand intérêt qu'ils ont accepté de répondre à mes questions. Ces « rencontres » cordiales m'ont confortée dans l'idée que ce métier est l'un des plus passionnants qui existent !

Je souhaite également remercier mes proches :

Je tiens tout d'abord à remercier ma mère, pour son soutien sans failles depuis toujours, et surtout pendant ces quatre années à l'école d'orthophonie. Elle a su me soutenir dans mes choix, me faire oublier mes doutes et m'aider à croire en moi.

Je pense aussi à tous les membres de ma famille, qui m'ont soutenue, même si mes choix leur ont certainement paru saugrenus parfois!

Un immense merci aux filles, pour leur bonne humeur, leurs oreilles attentives, en un mot, leur amitié. Les années « orthophonie » n'auraient certainement pas été aussi fortes sans elles.

Merci à Q.T., pour son soutien, et son écoute de chaque instant, surtout dans les moments un peu plus difficiles, pour ses relectures. Mais surtout un grand merci pour ce bonheur au quotidien. C'est ce qui a fait ma force cette année.

SOMMAIRE

Remerciements 2

Sommaire 4

Introduction 9

Première partie : Problématique 12

I. Les points de départ de notre réflexion 13

1. Un mémoire d'orthophonie 13
2. Enquête d'EFA et conférence d'EFA 88 14
3. Et l'orthophonie dans tout cela ? 16

II. Problématique, objectifs et hypothèses 17

1. La problématique 17
2. Objectifs et hypothèses 18

Deuxième partie : Appuis théoriques 20

I. L'adoption internationale 21

1. Qu'est-ce que l'adoption ? 21
1.1. Un abandon 21
1.1.1. Une perte 22
1.1.2. Un deuil 23
1.1.3. Des lieux de vie possibles 24
1.2. Une adoption 25

1.2.1. L'adoption du point de vue des parents 25
1.2.1.1. La procédure d'adoption pour les familles 25
1.2.1.2. Les pays d'accueil 26
1.2.2. L'adoption du point de vue de l'enfant 27
1.2.2.1. La résilience 27
1.2.2.2. Les conditions nécessaires à la résilience 27

2. L'adoption internationale en France. Etat des lieux 29
2.1. Les chiffres de l'adoption internationale en France 29
2.2. Les pays d'origine 32

II. Abandon-adoption : les conséquences sur le développement de l'enfant 35

1. Les conséquences possibles de l'abandon 35
1.1. Les troubles somatiques 35
1.1.1. Les troubles de la propreté 35
1.1.2. Les troubles du sommeil 36
1.1.3. Les troubles de l'alimentation 37
1.2. Les troubles du lien 38
1.3. Les troubles du comportement 40
2. Les conséquences possibles de la vie pré-adoption 41
2.1. Les problèmes de santé 41
2.1.1. La malnutrition 41
2.1.1.1. Les insuffisances pondérale et staturale 42
2.1.1.2. Le kwashiorkor 42
2.1.1.3. Des effets à long terme sur le développement de l'enfant ? 42
2.1.2. Les retards de croissance 43
2.1.3. Les infections dermatologiques 43

2.1.4. Les infections respiratoires 44

2.1.5. Les infections digestives 45

2.1.6. Les infections anténatales et périnatales 45

2.1.7. Le syndrome alcoolo-fœtal 46

2.2. Les carences affectives et le manque de stimulations 47

2.3. Le retard moteur 49

2.4. Le retard cognitif 51

3. La découverte d'un monde nouveau 52

3.1. Une nouvelle langue 53

3.2. Un climat et une nourriture différents 54

III. L'entrée à l'école de l'enfant adopté à l'étranger 55

1. Un nouveau monde de socialisation, des exigences nouvelles 55

2. Des troubles des apprentissages chez les enfants adoptés à l'étranger ? 56

3. Quelle classe pour quel enfant ? 58

IV. Difficultés scolaires et orthophonie 59

1. Des difficultés en français écrit : dyslexie et dysorthographie en cause ? 59

1.1. La dyslexie 59

1.2. La dysorthographie 61

1.3. Des perturbateurs de la scolarité de l'enfant 61

2. Des difficultés en mathématiques : des troubles logico-mathématiques en cause? 62

2.1. Que sont ces troubles logico-mathématiques ? 62

2.2. Les troubles logico-mathématiques et les difficultés scolaires 64

3. Les troubles de la compréhension orale et écrite : le langage oral, la dyslexie ou des troubles du raisonnement en cause ? 64

3.1. Qu'est-ce que comprendre ? 64

3.2. Qui sont les mauvais compreneurs ? 65

3.3. Les difficultés de compréhension et les troubles scolaires 67

Troisième partie : Démarche méthodologique 68

I. La population de l'expérimentation 70

1. Le choix de la population 70

2. Le contact de cette population 71

II. L'outil d'expérimentation 74

1. Le choix de l'outil d'expérimentation : le questionnaire 74

2. L'élaboration du questionnaire 75

3. Les questions 76

3.1. Les différents types de questions 76

3.1.1. Les questions fermées 76

3.1.2. Les questions à choix multiples 76

3.1.3. Les questions ouvertes 76

3.2. Les différents volets et leurs questions 77

3.2.1. Premier volet : l'orthophoniste 77

3.2.2. Deuxième volet : l'enfant 79

3.2.3. Troisième volet : l'enfant et le suivi en orthophonie 82

3.2.4. Quatrième volet : l'enfant et l'école 83

3.2.5. Questions complémentaires 86

III. L'expérimentation 86

IV. La préparation des données 87

1. Le codage des données 87
2. L'élaboration du dictionnaire de codage 88

V. Limites et difficultés de cette étude 94

Quatrième partie : Analyse des résultats 95

I. Analyse du « petit questionnaire » 97
Conclusion du petit questionnaire 99

II. Analyse du premier volet : L'orthophoniste 100
Conclusion du premier volet 106

III. Analyse du deuxième volet : L'enfant 107
Conclusion du deuxième volet 124

IV. Analyse du troisième volet : L'enfant et le suivi en orthophonie 125
Conclusion du troisième volet 144

V. Analyse du quatrième volet : L'enfant et l'école 146
Conclusion du quatrième volet 156

VI. Analyse des questions complémentaires 158
Conclusion des questions complémentaires 159

Synthèse 160

Conclusion 166

Repères bibliographiques 169

Annexes 173

Introduction

L'adoption internationale est un phénomène qui s'est fortement développé au cours de ces quinze dernières années. En France, 3500 enfants[1] sont adoptés dans un pays étranger chaque année. Ces enfants sont nombreux, il est donc important de prendre en compte leurs particularités pour comprendre leur histoire et leur intégration dans un nouveau milieu.

Une adoption dans un pays étranger n'est pas un acte anodin. L'enfant est déraciné de son pays, de ses origines. Il doit ensuite reconstruire son identité dans un autre pays. Il n'existe pas une adoption, mais autant d'adoptions que d'adoptés. En effet, les conditions dans lesquelles l'abandon a été effectué, les lieux de vie fréquentés durant la période pré-adoption, les soins qui ont été apportés durant cette période, l'âge au moment du départ pour le pays d'adoption, et les capacités d'adaptation à un nouvel environnement, sont autant d'événements qui modifient, à des degrés divers, le développement de l'enfant. L'intégration de l'enfant dans un nouveau pays est un véritable défi à relever.

La variété de ce sujet nous a poussée à nous y intéresser de plus près. Nous nous sommes alors rendu compte que peu d'études avaient été réalisée sur l'adoption internationale, alors qu'il s'agit du deuxième pays, après les Etats-Unis, en terme de nombre d'adoptions internationales. Dans son mémoire d'orthophonie, M. HUBERT[2] s'était intéressée au développement du français chez les enfants adoptés à l'étranger. Elle avait conclu que les enfants ne présentaient pas de difficultés majeures dans l'apprentissage de cette nouvelle langue. Si le langage oral ne présentait pas de problèmes particuliers, des témoignages de parents, entendus lors de notre participation à une conférence sur l'adoption internationale, nous ont signalé l'existence de difficultés sur le plan scolaire.

D'où peuvent venir ces difficultés scolaires ? Pourquoi les enfants adoptés à l'étranger présentent-ils des difficultés à un moment de leur scolarité ?

[1] Chiffres tirés des *Statistiques du secrétariat général de l'autorité centrale pour l'adoption internationale- année 2008,* pour le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes.
[2] M. HUBERT, *Adoption internationale et orthophonie : comment les enfants adoptés à l'étranger s'approprient-ils la langue française ?,* Mémoire d'orthophonie, Nancy, 2006.

Nous avons décidé de nous intéresser à ce point précis. Nous nous sommes alors demandé si ces difficultés ne pourraient pas être liées à des troubles orthophoniques. En effet, comme nous avons pu le constater au cours de nos quatre années d'étude et pendant nos stages, certains troubles orthophoniques peuvent venir perturber la scolarité des enfants en les plaçant en échec. La question s'est posée alors pour les enfants adoptés à l'étranger.

Sont-ils nombreux à consulter un orthophoniste? Pour quel(s) trouble(s) y vont-ils ? Ont-ils des troubles spécifiques ? Leur rééducation est-elle différente de celle d'un enfant biologique ? Les orthophonistes ont-ils des informations au sujet de l'adoption internationale et souhaitent-ils en avoir davantage ?

Voici les questions auxquelles nous allons tenter de répondre au cours de ce mémoire. Pour cela, nous avons élaboré un questionnaire destiné aux orthophonistes lorrains, afin de recueillir leurs expériences de prises en charge d'enfants adoptés à l'étranger.

Pour expliciter au mieux notre cheminement de pensée, la première partie de notre mémoire est consacrée à la problématique qui sert de base à ce travail.

Nous présentons ensuite les appuis théoriques qui ont servi de base à notre recherche : nous y développons les sujets de l'adoption internationale, des conséquences possibles qu'elle peut avoir sur le développement de l'enfant, de l'entrée à l'école de l'enfant adopté à l'étranger, et enfin, des troubles orthophoniques en lien avec les difficultés scolaires.

La troisième partie est consacrée à l'exposition de la démarche méthodologique utilisée, avec notamment la démarche choisie et la description de la population de l'étude.

Enfin, nous présentons l'analyse des résultats dans la dernière partie. Une synthèse de ces résultats pour tenter de répondre à nos hypothèses clôture notre exposé.

Première partie :

La problématique

S'intéresser au domaine de l'adoption internationale du point de vue de l'orthophonie n'est pas commun. C'est peut-être ce qui nous a poussée à nous intéresser pleinement à ce sujet. Dans cette première partie, nous allons exposer l'origine de notre intérêt pour ce sujet d'étude, puis le cheminement qui a conduit à la problématique.

I. Les points de départ

1. Un mémoire d'orthophonie

En 2006, Maud HUBERT a présenté un mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO) qui traite de l'appropriation de la langue française par les enfants adoptés à l'étranger[3]. Ce mémoire nous a été présenté par Mme COURRIER alors que nous étions en première année de CCO, et la possibilité de pouvoir continuer les recherches dans ce domaine a été évoquée. Le fait que ce soit un domaine de recherche innovant du point de vue de l'orthophonie nous a intéressée, mais surtout il s'agit d'un domaine au plus près de l'être humain et de ses difficultés.

Dans son mémoire, Maud HUBERT a proposé un questionnaire et un entretien à des parents adoptifs afin qu'ils donnent leur point de vue sur l'apprentissage de la langue française de leur enfant adopté à l'étranger. Elle a élargi son domaine d'investigation aux conditions de vie pré-adoption (temps passé dans un orphelinat, âge de l'adoption, etc), et aux activités ludiques de l'enfant (ce qui pouvait mettre en avant un possible manque de stimulations avant l'adoption), ainsi qu'aux éventuelles difficultés rencontrées par les enfants (du point de vue médical, orthophonique, psychologique, psychothérapeutique, et scolaire).

De cette étude, qui a concerné vingt-et-un enfants adoptés, il ressort qu'une majorité d'enfants adoptés à l'étranger ne présente pas de difficultés dans l'apprentissage de la langue française, et ce malgré leur abandon, des conditions de vie souvent précaires dans leur pays d'origine, et les manques auxquels ils ont dû faire face.

[3] M. HUBERT, *Adoption internationale et orthophonie : Comment les enfants adoptés à l'étranger s'approprient-ils la langue française ?,* Mémoire d'orthophonie, Nancy, 2006.

Nous pouvons aussi remarquer qu'une minorité de ces enfants a été gênée dans sa scolarité, peut-être à cause d'un apprentissage du français un peu chaotique.

Au vu de ces conclusions, il nous a semblé intéressant de poursuivre cette étude, en se penchant sur le point de vue des orthophonistes qui prennent en charge les enfants adoptés à l'étranger avec des troubles du langage. Ces spécialistes de l'évaluation et de la rééducation des troubles du langage, oral ou écrit, vont pouvoir nous donner une idée de la fréquence de leurs prises en charge d'enfants adoptés dans un pays étranger, et peut-être nous permettre d'envisager des troubles qui seraient spécifiques à ces enfants.

Le mémoire de M. HUBERT a vraiment été le point de départ de notre réflexion, puis rencontres et lectures l'ont enrichie.

2. L'enquête d'EFA[4] et la conférence d'EFA 88.

En 2005, EFA a mené une enquête sur les enfants adoptés et leur scolarité. La raison de cette étude est que, jusqu'à présent, celles réalisées sur ce sujet mettaient en évidence que la réussite des enfants adoptés se situait dans la moyenne de la population française, alors que le ressenti des parents était tout autre. Dans cette enquête d'EFA, les parents font part de « difficultés particulières ». Ils expliquent parfois que l'enfant est parfaitement bien intégré, que l'apprentissage du français s'est déroulé sans problèmes, et tout à coup, à l'entrée à l'école, quelque chose se passe, il se trouve en grandes difficultés. L'école tient une place importante dans la vie de tout enfant, et donc dans celle de sa famille. Cela est valable aussi pour une enfant adopté. Dès lors, l'échec scolaire d'un enfant adopté peut être vécu par sa famille et son entourage comme l'échec de l'adoption. Les difficultés scolaires d'un enfant adopté peuvent avoir un impact non négligeable dans le fonctionnement d'une famille.

Pour essayer de comprendre ce phénomène ressenti par les familles adoptives, un questionnaire leur a été proposé. Les réponses pouvaient concerner les enfants adoptifs tout comme les enfants biologiques des familles adoptives, afin de pouvoir établir une

[4] Enfance et Famille Adoption.

comparaison. 595 familles ont répondu, ce qui représente 1086 témoignages au sujet de la scolarité d'enfants d'au moins 6 ans.

Nous avons pu prendre connaissance des résultats lors d'une conférence organisée par EFA 88[5] à Epinal, le 22 novembre 2008, mais aussi dans deux numéros de la revue Accueil[6] intitulés : Savoir(s)- Nos enfants et la scolarité, 1ère et 2ème partie.

Cette enquête met en évidence des différences entre enfants biologiques et enfants adoptés. Par exemple, si on prend comme critère l'accès au baccalauréat, 90% des enfants biologiques des familles adoptives y ont accès, contre 58% des enfants adoptés. Il est à noter que les familles qui adoptent sont très majoritairement des familles d'un milieu socioprofessionnel élevé, où l'on fait des études. Or le taux d'accès au baccalauréat des enfants adoptés se rapproche plutôt de celui des ouvriers qui est de 45%. Il n'est pas ici question de discrimination. Nous faisons le constat que malgré un accès certainement plus facile aux études pour les enfants de cadres supérieurs, il existe une disparité entre enfants biologiques et enfants adoptés d'une même famille. Alors pourquoi ce décalage chez les enfants adoptés ? La comparaison entre la scolarité des enfants biologiques et celle des enfants adoptés d'une même famille permet bien de mettre en évidence qu'à un moment de leur scolarité, il se passe « quelque chose » chez ces enfants adoptés.

Le moment d'apparition des difficultés scolaires se situe, pour 30% des enfants adoptés, à la maternelle ou au CP. Cela peut s'expliquer par le fait qu'à ce moment, l'enfant est plus sollicité. En maternelle, on va lui demander de se socialiser, d'apprendre à vivre avec ses pairs. Au CP, les exigences sont encore plus importantes : l'enfant doit se tenir tranquille, être en situation d'apprentissage, et ne pas être dans une relation de recherche affective comme il a pu l'être en maternelle.

Le taux de redoublement en primaire est manifestement plus fréquent chez les enfants adoptés : il est de 14% lorsque l'enfant a commencé son CP à 6 ans (scolarité « normale »). Il n'est que de 4% chez les enfants biologiques.

L'orientation après le collège et les diplômes obtenus ont également été étudiés dans cette étude. Quand l'enfant a été adopté après 2 ans, les résultats à l'obtention du

[5] Enfance et Famille Adoption Vosges.
[6] La revue Accueil est éditée par EFA. Voir bibliographie pour plus de précisions.

brevet chutent. Si on observe l'obtention du bac à 20 ans, les enfants adoptés à plus de 7ans sont 60% moins nombreux à l'avoir.

En conclusion de cette étude, l'âge au moment de l'adoption et le temps passé entre le moment de l'abandon et celui de l'adoption (donc le temps en institution), ont été déclarés comme étant des facteurs qui vont influencer la réussite scolaire de l'enfant par la suite.

Il faut bien sûr garder à l'esprit que les familles qui ont répondu à ce questionnaire étaient certainement celles qui avaient vu leur enfant adoptif en difficultés pendant sa scolarité, celles qui avaient besoin de parler de ces difficultés. Loin de vouloir généraliser les résultats de cette étude, nous pensons qu'il s'agit d'une réalité qu'il ne faut pas ignorer, et qu'il faut entendre la voix de ces familles.

Au regard de cette étude, nous pouvons émettre l'hypothèse que les différences apparentes entre la scolarité des enfants biologiques et celle des enfants adoptés tient au statut particulier de ces derniers. Nous avons pris connaissance de cette étude alors que nous nous étions déjà engagée dans notre travail de recherche. Cela nous a confortée dans l'intérêt du sujet.

3. Et l'orthophonie dans tout cela ?

Les différents arguments que nous avons exposés ci-dessus nous ont confirmé l'hypothèse que nous pouvions nous plonger dans ce vaste domaine qu'est l'adoption internationale. Vaste domaine car de nombreux éléments sont à prendre en compte (par exemple : l'âge des enfants au moment de l'adoption, les conditions de vie pré-adoption, le temps passé en orphelinat, les différents traumatismes subis, le manque de stimulations, etc.), ce qui complexifie fortement cette problématique.

Nous nous sommes intéressée à ces enfants adoptés à la scolarité troublée. En effet, nous pensons que le manque de stimulations et d'expériences chez le tout-petit peut entraîner des troubles de structuration de la logique, qui entrainent eux-mêmes des troubles du langage oral et écrit, de la compréhension, mais aussi des troubles de la

structuration spatio-temporelle et du schéma corporel. D'autre part, la littérature est abondante sur le manque de stimulation et d'échanges avec une figure maternelle : cela peut être la cause d'importants retards dans la structuration du langage.

Ces différents éléments nous amènent à penser que les orthophonistes ont certainement un rôle à jouer pour aider les enfants adoptés à remédier à leurs difficultés.

II. Problématique, objectifs et hypothèses.

1. La problématique

Les explications pour comprendre les difficultés dans la scolarité des enfants adoptés sont variées :

- L'enfant adopté présente un retard de développement affectif, psychique, cognitif, ce qui entraîne des difficultés d'apprentissage.

- L'enfant n'est pas disponible pour les apprentissages car il doit reconstruire son histoire, appréhender une nouvelle famille, un nouveau milieu qu'est l'école.

- L'enfant adopté présente un manque de confiance en soi important, ce qui l'empêche de se heurter à la difficulté qu'est la situation d'apprentissage.

- L'enfant adopté, par peur d'être de rejeté, met en place un système de fonctionnement par rapport aux autres qui est basé sur l'envie de plaire et de nouer des relations. Il ne peut pas pendant ce temps être disponible pour les apprentissages.

- Les manques et les souffrances vécus par l'enfant avant son adoption sont autant de barrières pour entrer dans les apprentissages.

Voici une liste non exhaustive de ce qui pourrait expliquer les difficultés de l'enfant adopté. Il est évident que tous ces éléments sont à prendre en compte lorsqu'on parle d'adoption.

Cela est valable pour l'adoption en général, mais aussi plus particulièrement pour l'adoption internationale. L'enfant est adopté dans un pays étranger. Il doit faire face, en plus de ces difficultés, à l'adaptation dans un nouveau pays. Le changement de langue, de nourriture, de climat créent certainement des difficultés supplémentaires.

Nous avons préféré restreindre notre champ d'étude à la population des enfants adoptés à l'étranger, pour la raison de la spécificité de ce type d'adoptions, mais aussi parce que l'adoption internationale représente 85% des adoptions en France. Or nous craignions de n'avoir que trop peu d'éléments de comparaison avec des enfants adoptés en France qui sont à peine 500 par an[7].

Toutes ces réflexions nous ont conduite à formuler cette problématique :

Est-ce que de nombreux enfants adoptés à l'étranger sont pris en charge par des orthophonistes, et pour quelles pathologies ?

Cette question va guider notre réflexion au fil du mémoire.

2. Objectifs et hypothèses

A partir de ce questionnement, nous avons élaboré plusieurs objectifs qui sont :

- en premier lieu, d'évaluer si beaucoup d'enfants adoptés à l'étranger sont pris en charge par des orthophonistes.

- de mettre en évidence l'existence ou non de pathologies ou de difficultés qui seraient spécifiques aux enfants adoptés à l'étranger.

- d'évaluer les répercussions que ces troubles orthophoniques peuvent avoir sur leur scolarité.

- d'établir des critères qui seraient récurrents dans l'apparition des difficultés.

[7] Chiffres issus de la revue *Heurts et bonheurs de l'adoption,* VILLENEUVE-GOKALP C., Rubrique- L'adoption en France…en chiffres et selon le pays d'origine, *Informations sociales 2008/2, p34-37.*

- de recueillir les demandes des orthophonistes qui souhaitent avoir plus d'informations sur l'adoption internationale.

Pour mener à bien nos objectifs de travail, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Les enfants adoptés à l'étranger consulteraient fréquemment les orthophonistes.

- Ils présenteraient des troubles orthophoniques spécifiques.

- Il existerait des « facteurs de risques » de développer des pathologies orthophoniques pour les enfants adoptés à l'étranger dus à la situation adoptive.

Voilà les hypothèses que nous nous efforcerons de valider au fil de ce mémoire.

Les lectures que nous avons pu faire à ce sujet ont enrichi notre réflexion. Nous allons présenter une synthèse de nos recherches.

Deuxième partie :

Appuis théoriques

I. L'adoption internationale

L'adoption internationale est un phénomène important dans le monde de l'adoption aujourd'hui. Elle est fortement encadrée par le législateur en France par les lois sur l'adoption plénière de 1966 par exemple, mais aussi au niveau international grâce à la Convention Internationale de La Haye, votée en 1993 et ratifiée par une quarantaine de pays en 2006. Il ressort de ce cadre légal que c'est l'intérêt supérieur de l'enfant qui prime. On ne déracine pas un enfant de son pays et de sa culture au bon vouloir de familles occidentales aisées. Le processus d'adoption se réalise selon les besoins de l'enfant. Il présente tout un cheminement complexe que nous allons expliquer dans cette première partie.

1. Qu'est-ce que l'adoption ?

Avant même de parler d'adoption, il ne faut pas négliger une réalité qui est souvent atténuée : l'abandon. Seuls 5% des enfants abandonnés dans le monde pourront être adoptés un jour, mais « abandon » et « adoption » demeurent néanmoins intimement liés. Nous allons donc traiter ces deux réalités successivement, mais non sans garder à l'esprit le lien étroit qui les unit.

1.1 Un abandon

Parfois négligé par les acteurs de l'adoption, l'abandon est pourtant le point de départ de toute adoption. Que ce « don de l'enfant à l'adoption » soit réalisé pour des raisons médicales, politiques, environnementales, socioculturelles, ou pour toute autre raison, il s'inscrit dans une nécessité de survie, aussi bien pour l'enfant que pour ses parents biologiques. Nous ne nous intéresserons pas ici aux multiples raisons qui peuvent pousser des parents à abandonner leur enfant, car il y a autant de raisons que d'abandons. En revanche, nous allons nous intéresser à l'abandon du point de vue de l'enfant. Il représente une perte pour l'enfant qui doit faire un travail de deuil. Nous verrons aussi quels sont les lieux de vie possibles pour un enfant qui a été abandonné.

1.1.1 Une perte

Un enfant abandonné vit la perte de ses parents. Il s'agit également de la perte de ses origines, de son identité.

Cette perte sera différemment vécue selon l'âge auquel elle intervient. Selon SPITZ, les pertes relationnelles sont potentiellement dramatiques à partir de 7-8 mois. En effet, c'est à cet âge que l'image d'une personne est clairement distinguée et comparée à d'autres images. L'enfant reconnait parfaitement sa mère (ou la personne qui représente l'image maternelle) et sa perte peut sans aucun doute créer un traumatisme. On peut cependant se poser la question d'un éventuel traumatisme si une séparation intervient avant 7 mois. Selon B. de BOYSSON-BARDIES, « le nouveau-né reconnait la voix et l'odeur de sa mère »[8]. Il est même capable de reconnaître préférentiellement la voix de sa mère à celle d'une autre femme. Dès lors, cette capacité chez le nourrisson de quelques jours peut nous amener à penser que la perte de la figure maternelle peut très tôt provoquer un traumatisme chez l'enfant.

La durée de la rupture est un autre facteur à prendre en compte. M. LEMAY[9] écrit : « *Si l'abandon persiste sans autres rencontres substitutives, nous voyons apparaître des comportements dépressifs puis une altération de l'état physique, des aptitudes cognitives et des possibilités relationnelles*». Selon lui, outre la perte de la figure parentale, c'est l'absence de mise en place rapide d'une nouvelle figure parentale qui pourrait être traumatisante pour l'enfant. Ainsi peut-on supposer que le placement dans un orphelinat, où les nourrices sont trop peu nombreuses pour passer du temps auprès de chaque enfant, aura des effets plus néfastes que le placement en famille d'accueil où le jeune enfant pourra rencontrer une image parentale de substitution stable.

La perte subie par un enfant abandonné est d'autant plus grande qu'il s'agit d'une image parentale. La perte des parents biologiques est réelle, un lien filiatif a été rompu. Un long travail de deuil devra être réalisé pour que l'enfant puisse accepter pleinement un nouveau lien de filiation.

[8] B. de BOYSSON-BARDIES, *Comment la parole vient aux enfants,* Paris, Odile Jacob, 2005.
[9] M. LEMAY, *J'ai mal à ma mère,* Paris, Editions Fleurus, 1993.

1.1.2 Un deuil

Le deuil n'est pas forcément synonyme de la perte d'un être cher. Il inclut toutes les pertes, petites et grandes, que l'on subit au cours de notre vie. Avant d'être adopté, l'enfant est abandonné. Que l'abandon intervienne quelques heures après la naissance ou plusieurs mois après, le résultat est le même : l'enfant a été en lien avec ses parents biologiques pendant un laps de temps plus ou moins long (au minimum 40 semaines, dans le ventre de sa mère), et il en est séparé. Il éprouve alors la perte d'un lien filiatif, d'une origine, d'une identité. L'enfant qui est adopté a donc tout un travail de deuil à opérer, tôt ou tard, pour pouvoir aller de l'avant.

Plusieurs étapes interviennent dans le processus du deuil :

- La phase de déni : c'est une phase dans laquelle la personne nie ce qu'elle ressent, ou ce qui s'est passé. Il s'agit de vivre dans un monde imaginaire pendant un laps de temps nécessaire pour supporter la réalité, avant entamer la phase suivante.
- La révolte : un sentiment de colère, de rage, apparait. Dans cette phase, la personne endeuillée cherche un coupable, quel qu'il soit, à ce qui lui arrive.
- La tristesse – la dépression : il s'agit d'une période de profond chagrin pendant laquelle rien ne peut consoler la personne. Cette phase apparait quand la colère a diminué, et que l'individu se rend compte du caractère définitif de la perte.
- La reconstruction : c'est le retour à un certain équilibre. Elle intervient lorsque les états précédents ont été atténués.

Une personne a fait son deuil si elle est capable de parler sereinement de l'objet de sa perte, sans tristesse ou colère incontrôlées. Si elle ne passe pas par toutes ces étapes, elle revivra constamment celle à laquelle elle s'est arrêtée. Un enfant qui a été abandonné va devoir passer par toutes ces phases en ce qui concerne son abandon pour pouvoir se reconstruire.

La douleur de l'enfant, qu'elle soit consciente ou non, doit être prise au sérieux.

Les parents adoptifs ont un rôle important à jouer pour expliquer à l'enfant ce qu'il a vécu avant son adoption. Ils vont devoir reconstruire ensemble l'histoire de cet enfant afin de l'aider à faire le deuil de ce premier lien filiatif, mais aussi construire avec lui leur

propre histoire familiale. Cela est nécessaire pour que l'enfant puisse élaborer un nouveau lien de filiation, adoptif cette fois.

1.1.3 Des lieux de vie possibles

Avant son adoption, l'enfant peut être placé à différents endroits.

Tout d'abord, il peut être placé dans une institution, une pouponnière, ou un orphelinat. Quel que soit le nom qu'on leur donne, il s'agit de lieux où de (trop ?) jeunes et (trop ?) nombreux enfants sont accueillis, où le personnel est très souvent en nombre insuffisant pour s'occuper de tous ces enfants, où l'hygiène peut laisser à désirer, et où la nourriture manque parfois. Nous ne pouvons pas nous permettre de généraliser la situation de toutes les institutions. Cependant, si elles étaient des lieux où les enfants pouvaient s'épanouir pleinement, ces derniers ne seraient certainement pas confiés à l'adoption internationale. On ne déracine pas un enfant de son pays si cela n'est pas nécessaire pour son bien-être et sa survie. Les institutions ne sont généralement pas des endroits où un enfant peut exprimer pleinement son potentiel moteur et cognitif, même si des progrès au niveau de la prise en charge dans ces institutions ont été faits, notamment depuis la médiatisation il y a une dizaine d'années du cas des enfants dans les orphelinats roumains, où les carences subies dépassaient l'entendement.

L'enfant peut également être placé dans une famille d'accueil, qui prend soin de lui jusqu'à ce que la procédure d'adoption puisse aboutir. L'avantage majeur de cette situation est que l'enfant se retrouve dans un milieu qui est (normalement) stable, où il a un adulte référent qui prend soin de lui. Son développement ne peut qu'en être favorisé. L'inconvénient est que le moment de l'adoption sera alors une nouvelle perte pour l'enfant qui subira une autre séparation.

Il est possible également que l'enfant ne soit pas placé dans un orphelinat ou une famille d'accueil, mais qu'il reste au sein de sa famille biologique. Cela est plus fréquemment le cas quand les parents doivent abandonner leur enfant pour des raisons socio-économiques. Si l'enfant bénéficie de soins adaptés et réguliers, il s'agit là encore d'une solution favorable à son développement.

1.2 Une adoption

Il nous a semblé intéressant d'essayer de comprendre l'adoption du côté de l'enfant, mais aussi du côté des parents. En effet, la procédure d'adoption nous a semblé être un parcours du combattant aussi bien pour les parents, actifs, qui sont dans l'attente que pour les enfants, passifs, qui sont placés dans des institutions.

1.2.1 L'adoption du point de vue des parents

Adopter un enfant nécessite toute un cheminement pour les candidats à l'adoption. Il s'agit d'une procédure qui peut être longue et éprouver le désir d'adoption.

1.2.1.1 La procédure d'adoption pour les familles[10]

Pour pouvoir adopter un enfant, le couple ou la personne célibataire, doit passer par une procédure d'agrément. L'agrément est une autorisation légale d'adopter.

La demande comporte un dossier administratif, des visites médicales, et le service de l'Aide Sociale à l'Enfance mène des investigations sociales et psychologiques. L'instruction de la demande ne peut pas prendre plus de 9 mois (art. 36 Code de l'action sociale et des familles). Les situations personnelle, familiale, et médicale, le milieu social, les motifs de demande d'adoption, l'aptitude à assumer l'adoption internationale, ainsi que l'aptitude à prendre en charge un enfant sont évalués. Selon l'article 5 de la Convention de La Haye, le pays d'accueil doit constater que « les futurs parents adoptifs sont qualifiés et aptes à adopter ». L'agrément ne donne pas droit à un enfant, mais il dit que les personnes qui en font la demande ont la possibilité d'offrir un bon foyer à un enfant qui est à la recherche d'une famille. Pendant cette période les futurs parents réfléchissent à l'enfant qu'ils se sentent capables d'adopter : une fratrie ? un enfant grand ou un bébé ? de quel pays d'origine ? Même si ces indications ne figurent pas sur l'agrément, elles sont précisées sur une notice qui l'accompagne.

L'agrément est délivré par le président du Conseil Général, sur avis de la Commission d'agrément. Il est valable 5 ans, mais il doit être confirmé chaque année.

[10] Nous nous référons pour cette partie aux données du site Internet d'EFA : www.adoptionefa.org.

Chaque année environ 10000 demandes d'agrément sont déposées, seulement 8000 candidats l'obtiennent[11]. Actuellement, 28000 personnes seraient titulaires d'un agrément en cours de validité.

Une fois obtenu, l'agrément constitue un point de départ. Il reste aux futurs parents adoptifs à trouver un enfant, ce qui est souvent la phase la plus compliquée, et la plus longue. Ils peuvent chercher un enfant par une démarche personnelle, par le biais d'un Organisme Autorisé à l'Adoption (O.A.A), ou, depuis mai 2006, passer par l'Agence Française de l'Adoption (A.F.A.).

1.2.1.2 Les pays d'accueil

Dans le monde de l'adoption internationale, les principaux pays d'accueil sont les Etats-Unis avec plus de 20000 adoptions à l'étranger par an, la France qui en compte environ 4000 sur une même période, l'Espagne avec environ 3000[12]. La Suède et le Canada font également partie des pays où les adoptions dans des pays étrangers sont fréquentes.

Nous pouvons constater qu'il s'agit de pays riches. Pourquoi ces pays ne se tournent-ils pas plutôt vers l'adoption nationale ? En France, on estime globalement que 3500 à 4000[13] enfants sont adoptés dans un pays étrangers alors que seulement 500 sont adoptés en France. L'adoption internationale recouvre donc plus de 80% des adoptions. Cet écart entre le nombre d'adoptions en France et à l'étranger est certainement dû au fait qu'aujourd'hui, dans les pays riches, l'enfant est généralement désiré. La facilité d'accès aux moyens contraceptifs ainsi que la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse ont conduit à une maîtrise de la procréation. Cela a grandement fait chuter le nombre d'enfants pupilles de l'Etat : ils étaient 7693 en 1989, ils ne sont plus que 2712 en 2004[14]. Le faible nombre d'enfants adoptables en France comparé aux 27000 candidats à

[11] *Heurts et bonheurs de l'adoption,* VILLENEUVE-GOKALP C., op.cit.
[12] Ces chiffres ont été trouvés sur le site canadien www.meanomadis.org.
[13] Ibid
[14] Ces chiffres sur l'adoption internationale sont issus du rapport *Statistiques du secrétariat général de l'autorité centrale pour l'adoption internationale – année 2008* émanant du Ministère des Affaires étrangères et européennes.

l'adoption titulaires d'un agrément en cours de validité explique aisément l'augmentation des adoptions internationales.

1.2.2 L'adoption du point de vue de l'enfant

A. DECERF a donné comme titre à un de ses ouvrages sur l'adoption : *L'adoption, d'une fracture à une renaissance.* La fracture représente l'abandon, et la renaissance, l'adoption. Cependant, pour que l'adoption soit vécue comme une renaissance, l'enfant doit pouvoir se reconstruire après le traumatisme qu'il a vécu. Il doit être résilient.

1.2.2.1. La résilience

La résilience est à la fois la capacité de résister à un traumatisme et de se reconstruire après lui, c'est-à-dire d'avoir un fonctionnement physique, psychologique et social « normal ». Ce sont les ressources propres au sujet qui lui permettent de rebondir après des expériences traumatisantes.

La fréquence des séparations vécues dans la petite enfance sont autant de traumatismes qui ne permettent pas à l'enfant et à l'adulte qu'il deviendra d'établir un sentiment de sécurité et de confiance dans l'environnement. Les travaux de Bowlby[15] conduisent à penser que la sécurité psychique qui se constitue dans la petite enfance grâce à la présence d'un adulte que l'enfant sait présent à tout moment, même lorsqu'il part explorer le monde qui l'entoure, permettrait de faire face à des traumatismes ultérieurs. Quid alors des enfants adoptés qui ont été séparés précocement d'une figure maternelle sécurisante, pour être placés dans des institutions où les visages différents se succèdent ne permettant pas de sécuriser l'enfant ?

[15] BOWLBY J., *Attachement et perte,* Paris, PUF, 1978.

1.2.2.2. Les conditions nécessaires à la résilience

- La perception de l'événement traumatisant *:*

  Un enfant qui est abandonné doit avoir un instinct de survie assez fort pour ne pas se laisser mourir. Sa naissance, puis les conditions de vie qui ont suivi ont souvent été extrêmement difficiles (manque de soins, de nourriture entre autres), et pourtant, il est parvenu à survivre malgré un environnement hostile. Tous les enfants qui sont abandonnés ne survivent pas, ou parfois ces premiers moments de vie les ont tellement traumatisés qu'ils ne sont pas adoptables. La capacité de survie de certains d'entre eux serait due à un déterminisme génétique, à des capacités intellectuelles supérieures, à un sens de l'humour hors du commun. Selon Baldwin[16], les personnes résilientes auraient un quotient intellectuel supérieur.

- Une capacité d'imagination pour fuir l'insoutenable :

  La capacité à se créer un monde imaginaire pour fuir la réalité semble être une nécessité pour survivre sur le plan affectif chez les personnes qui subissent un traumatisme. Cela permet de se sauver de la folie.

- La rencontre de tuteurs de la résilience :

  Pour survivre un enfant abandonné doit rencontrer une ou des personnes qui sont les tuteurs de sa résilience. Le parent adoptif peut être une de ces personnes. Ces tuteurs doivent être à l'écoute de la parole de la personne traumatisée car la parole est libératrice, elle permet d'entamer le processus de deuil. La rencontre d'une personne qui croit dans le potentiel de l'enfant est essentielle.

B. CYRULNIK[17] a écrit : « *Le manque de parents avant l'âge de la parole désertifie l'alentour sensoriel de l'enfant et, quand il n'y a pas d'analogues parentaux ou de substituts, les dégâts sont durables. En revanche, si l'on dispose autour du petit carencé quelques tuteurs de résilience affectifs et sensés, il reprend rapidement son développement et peut même rattraper son retard ».*

[16] Cité par J-F CHICOINE in *L'enfant adopté dans le monde en 15 chapitres et demi.*
[17] B. CYRULNIK, *Le murmure des fantômes,* notamment p.30 et suiv.

Ainsi, un enfant abandonné pourra relever le défi de cet abandon, à la condition qu'il ait les ressources nécessaires en lui, et la chance de rencontrer des personnes suffisamment aimantes pour lui servir de tuteurs.

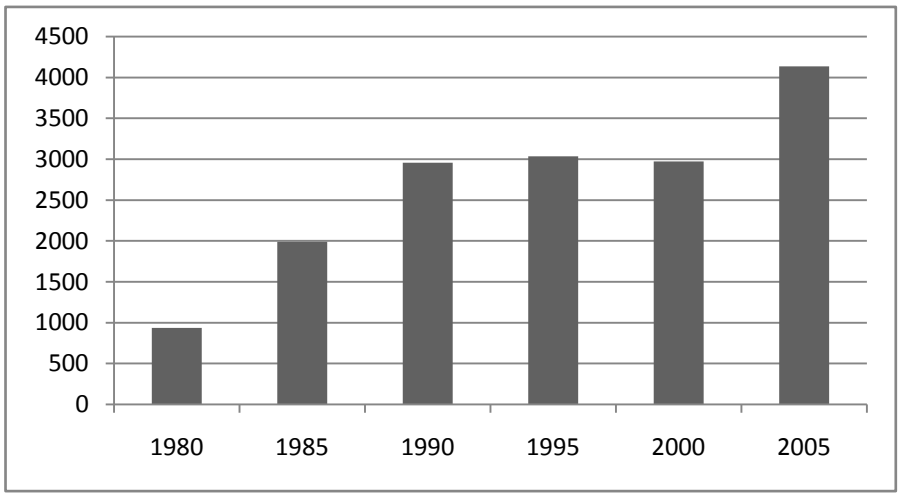
Un enfant qui est adoptable est un enfant résilient, puisqu'il a réussi à survivre là où d'autres n'ont pas pu. Il a en lui ces capacités de rebondir. Le milieu dans lequel il évoluera fera qu'il pourra ou non, rattraper son retard.

2. L'adoption internationale en France. Etat des lieux

2.1 Les chiffres de l'adoption internationale en France

L'adoption internationale en France a beaucoup évolué depuis les années 1980. Le nombre d'adoptions réalisées à l'étranger a quadruplé entre 1980 et 2005, passant de 935 adoptions à 4136[18]. Voici un graphique de l'évolution globale des adoptions à l'étranger depuis 1980.

Graph 1. Nombre d'enfants adoptés à l'étranger entre 1980 et 2005.

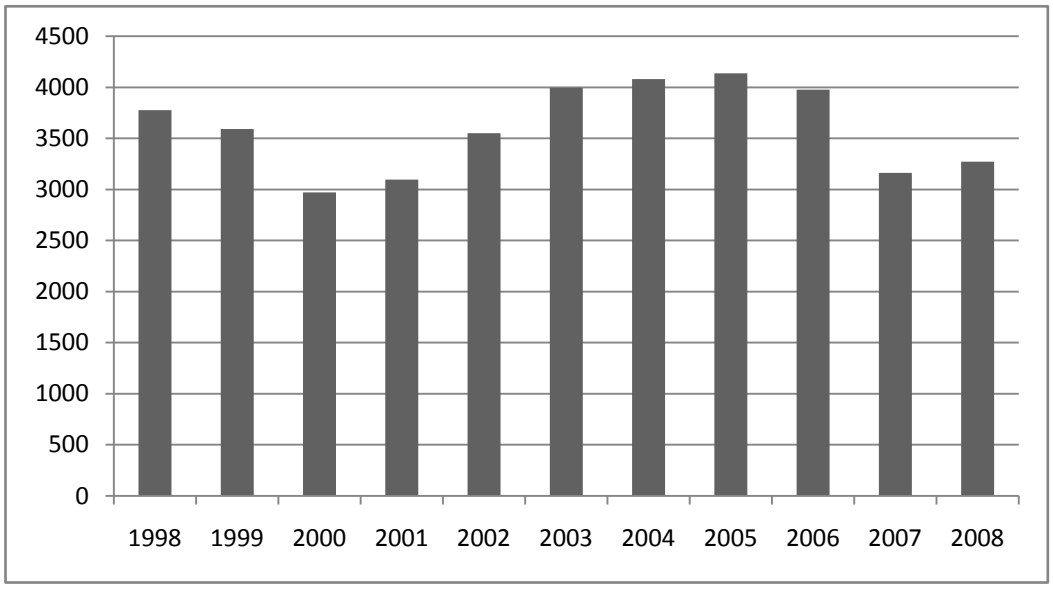


Nous remarquons une augmentation flagrante du nombre d'enfants adoptés dans un pays étranger entre 1980 et 2005 : les chiffres ont été multipliés par quatre. Les

[18] Les chiffres que nous utilisons dans cette partie sont issus des *Statistiques du secrétariat général de l'autorité centrale pour l'adoption internationale- année 2008,* pour le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes.

chiffres ont été relativement stables entre 1990 et 2000. Nous allons maintenant nous intéresser au nombre d'adoptions internationales dans les dix dernières années.

Graph.2. Nombre d'adoptions internationales entre 1998 et 2008.



Nous pouvons observer sur ce graphique que le nombre d'adoptions à l'étranger est relativement stable depuis ces dix dernières années, autour de 3500 adoptions. Nous remarquons toutefois une diminution du nombre d'adoptions entre 1999 et 2001, due à la fermeture temporaire des adoptions d'enfants vietnamiens par des ressortissants de pays étrangers. Le Vietnam était le premier pays d'origine des enfants adoptés à l'étranger avant 1999.

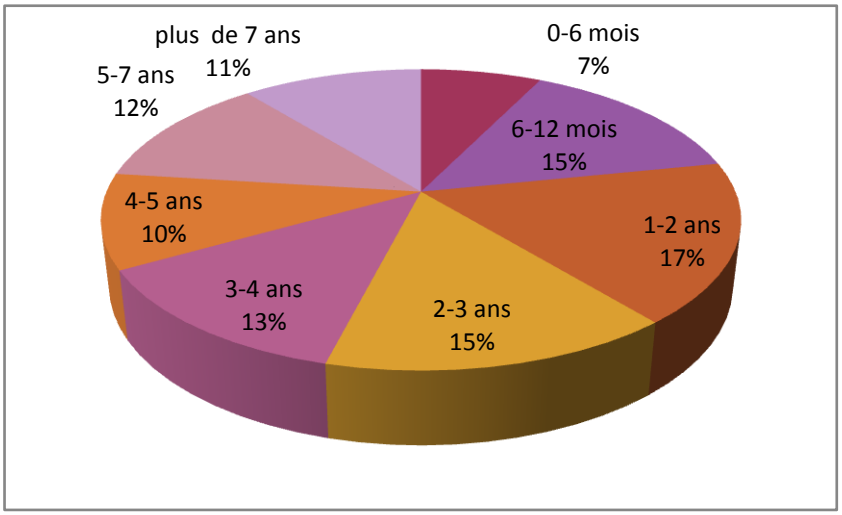
Une diminution du nombre d'adoptions depuis 2006 est mise en évidence dans ce graphique. Elle a probablement plusieurs raisons. Tout d'abord, les textes nationaux et internationaux qui encadrent l'adoption internationale se sont multipliés. La diversité des législations à articuler rend alors plus difficiles les procédures d'adoption. D'autre part, les pays d'origine des enfants ont mis en place des critères plus stricts dans les possibilités d'adoption. Par exemple, Madagascar ne prononce l'adoption qu'au profit de couples mariés ; la Russie impose que les enfants adoptés soient déclarés au Consulat de France sous peine de suspendre les adoptions. Chaque pays a ses propres critères.

Les chiffres de l'adoption internationale en 2008 indiquent tout de même une légère remontée du nombre d'adoptions par rapport à 2007. 3271 enfants ont été adoptés dans un pays étranger en 2008, contre 3162 en 2007.

Les parents adoptifs sont majoritairement passés par l'intermédiaire d'une OAA, ou ils ont préféré une démarche individuelle. L'AFA n'a toujours pas le succès escompté, puisque seuls 17, 8% des parents adoptifs ont fait appel à elle.

L'âge des enfants au moment de l'adoption est très variable.

Graph 3. Age des enfants au moment de l'adoption.



Nous pouvons remarquer que seulement 22% des enfants sont adoptés avant l'âge d'un an, et 23% le sont après cinq ans. La majorité des adoptions a donc lieu lorsque l'enfant a entre un et cinq ans. Si l'on considère uniquement les adoptions réalisées après quatre ans, soit un âge où l'enfant est censé avoir développé son langage et sa motricité, on se rend compte qu'elles représentent un tiers des adoptions. On peut alors se poser la question du développement de ces enfants qui n'ont pas forcément eu des conditions de vie très stimulantes dans les lieux de vie fréquentés avant leur adoption, et ce pendant plusieurs années.

2.2 Les pays d'origine

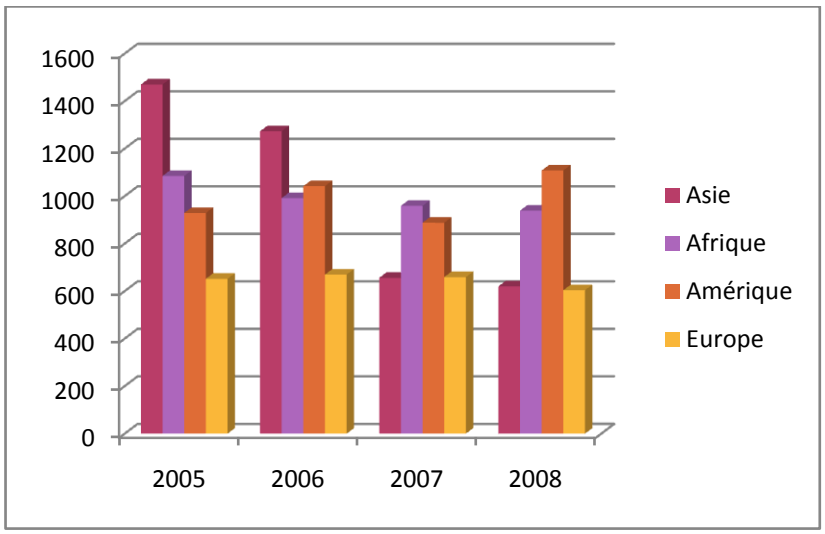
Les enfants adoptés à l'étranger ne viennent pas de n'importe quel pays. Seuls certains pays acceptent que les enfants nés sur leur territoire soient adoptés par des familles habitant à l'autre bout du monde. Ainsi, la majorité des enfants sont adoptés dans des pays pauvres, qu'on les appelle pays du tiers-monde, en voie de développement ou pays du Sud.

Les pays d'origine des enfants adoptés dans le monde évoluent sans cesse, au fil des politiques qui sont mises en place. Par exemple, le Vietnam a suspendu temporairement les adoptions entre 1999 et 2001, alors qu'il était le premier pays d'origine des enfants adoptés entre 1996 et 1998. Si les demandes des parents adoptifs n'influencent pas les politiques de ces pays, en revanche leurs choix font qu'ils se tournent vers tel ou tel pays. En effet, en fonction du désir d'adopter un petit garçon ou une petite fille, de moins d'un an ou de plus d'un an, les candidats à l'adoption doivent se tourner vers des pays différents. On sait par exemple que les enfants qui sont adoptables en Chine sont majoritairement des filles, à cause de la politique de l'enfant unique de ce pays qui conduit à un nombre massif d'abandon de petites filles, alors qu'en Amérique du Sud ce sont surtout des garçons qui sont proposés à l'adoption. L'âge de l'adoption est également un facteur important. En Chine ou au Mali, les enfants ont majoritairement moins d'un an au moment de l'adoption, alors qu'un enfant sur trois a plus de 7 ans lorsqu'il est adopté au Brésil.

Voici un graphique qui met en évidence l'évolution des pays d'origine depuis 2005[19].

[19] Graphique élaboré grâce aux chiffres *des Statistiques du secrétariat général de l'autorité centrale pour l'adoption internationale- année 2008,* pour le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes.

Graph. 4. Evolution des continents d'origine des enfants adoptés à l'étranger depuis 2005.

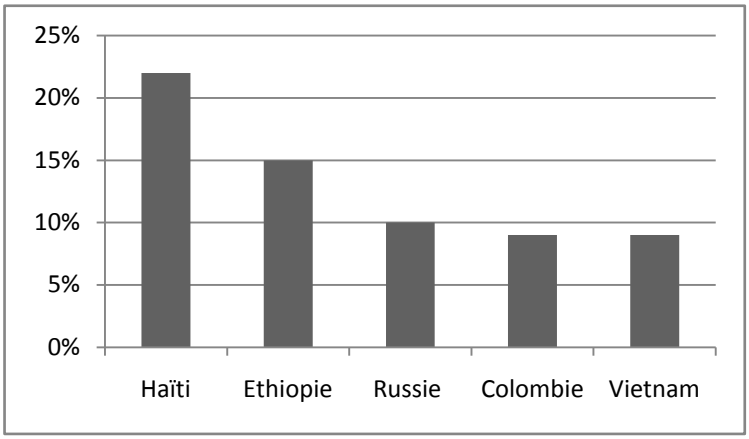


Ce graphique montre à quel point le continent majoritaire de provenance des enfants adoptés à l'étranger change rapidement. Alors qu'en 2005 et 2006 la majorité des enfants adoptés venaient d'Asie, ils étaient plus nombreux à être d'origine africaine en 2007, et en 2008, ils sont arrivés majoritairement d'Amérique. Le nombre d'adoptions en Europe quant à lui reste stable.

Depuis 1993, le nombre de pays d'origine des enfants adoptés est compris entre 60 et 70[20]. Au maximum, 77 pays ont accepté les adoptions internationales, en 2004. En 2008, les enfants adoptés étaient originaires de 67 pays différents. Sur les 67 pays d'origine des enfants, plus de la moitié des adoptions ont été réalisées dans cinq pays différents.

[20] Chiffres tirés du même rapport pour le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes que précédemment.

Graph. 5. Principaux pays d'origine des enfants adoptés à l'étranger en 2008.



Les adoptions à Haïti ont été les plus nombreuses en 2008. Elles représentent 22% des adoptions à l'étranger, soit quasiment un quart du nombre d'enfants qui sont arrivés en France. Les adoptions en Ethiopie ont également été nombreuses (15% des adoptions internationales). Le premier pays d'Asie est le Vietnam, pays qui a été, il y a quelques années, le premier pays d'origine des enfants adoptés dans le monde. Il ne représente que 9% des adoptions en 2008.

A travers cette présentation de l'adoption internationale, nous avons voulu évoquer la complexité de ce phénomène, et ses multiples visages. Il existe des constantes dans l'adoption (un abandon/une adoption), mais il s'agit d'une démarche personnelle, donc différente pour chaque parent et chaque enfant. L'adoption internationale s'inscrit dans l'histoire de la famille qui se construit, et chaque étape de cette histoire doit être prise en compte pour tenter de comprendre l'enfant dans sa globalité.

II. Abandon-adoption : les conséquences sur le développement de l'enfant

L'arrivée en France d'un enfant adopté dans un pays étranger est le moment où les parents adoptifs vont réaliser si le vécu de l'enfant a eu des conséquences sur son développement. Le traumatisme de l'abandon ainsi que les carences dans les soins peuvent modifier le développement de l'enfant.

1. Les conséquences possibles de l'abandon

L'abandon d'un enfant peut créer des traumatismes dans son psychisme. Nous allons en expliquer les traces que l'on peut retrouver dans son comportement.

1.1 Les troubles somatiques[21]

Les troubles somatiques sont ceux qui concernent le corps. Ils peuvent avoir une répercussion sur les premiers moments de la vie de l'enfant dans sa nouvelle famille, et donc avoir des répercussions dans l'histoire de l'enfant. Nous allons les évoquer succinctement.

1.1.1. Les troubles de la propreté

L'apprentissage de la propreté se fait de façons culturellement différentes d'un pays à l'autre. Alors que dans les pays occidentaux l'usage de la couche jetable est très répandu, et que l'enfant contrôle ses sphincters vers 24 à 48 mois, il n'en est pas de même dans les pays en développement. L'utilisation de couches en tissu demande un entretien important, donc les nourrices des orphelinats ont tout intérêt à forcer le processus de la propreté. Les enfants adoptés à l'étranger sont souvent propres très tôt.

[21] Nous reprenons ici la même terminologie que J-F CHICOINE dans son ouvrage *L'enfant adopté dans le monde en quinze chapitres et demi.*

L'arrivée dans le pays d'accueil peut être un événement très perturbant pour l'enfant. L'enfant qui était propre dans son pays d'origine peut tout à coup ne plus l'être, cela dans un contexte de régression global. On parle alors d'énurésie secondaire, quand l'enfant a été propre pendant plus de six mois.

Si l'arrivée de l'enfant en France coïncide avec le moment d'apprentissage de la propreté, il se peut qu'il soit retardé.

Quoi qu'il en soit, l'énurésie est un trouble très fréquent, mais pas spécifique aux enfants adoptés à l'étranger.

1.1.2 Les troubles du sommeil.

Le sommeil est le garant de notre santé physique et psychique, mais il est également dépendant d'eux. En effet, un état de stress important va influencer notre sommeil ; des difficultés d'endormissement peuvent apparaître. Dormir permet d'intégrer les informations reçues pendant la journée, et de s'apaiser. C'est le cerveau qui régule le sommeil. Cette phase de veille est nécessaire pour le fonctionnement et le développement du cerveau.

Le sommeil d'un enfant qui a été adopté à l'étranger peut être troublé pour diverses raisons.

Tout d'abord, le changement de lieu de vie est un facteur non négligeable. L'enfant qui vivait dans un environnement bruyant, chaud et humide, se retrouve seul dans une pièce où la température est fraîche, sur un lit confortable. Ce changement d'habitudes peut venir troubler le sommeil de l'enfant.

Les nombreuses stimulations vécues pendant la journée sont également une source de perturbation pour l'enfant. Celui-ci, à son arrivée dans le pays d'accueil, reçoit un nombre important de stimulations diverses : la langue, l'environnement, le climat, les interactions qu'on lui propose,… Toutes les stimulations cognitives, sensorielles et émotionnelles sont différentes. Il faut du temps au cerveau de l'enfant pour tout intégrer, et cela peut venir dérégler son sommeil. Insomnies et somnambulisme peuvent en être des conséquences.

Les souvenirs du passé sont également des perturbateurs du sommeil. Qu'ils soient conscients ou inconscients, ils sont ancrés dans le cerveau de l'enfant. Les mois qui suivent l'adoption sont des moments où l'enfant a tout un travail psychique à faire durant son sommeil. C'est ce qui peut expliquer les phases de terreurs nocturnes et de cauchemars de ces enfants. Sous l'effet du stress, le vécu de la journée s'entremêle avec les souvenirs du passé.

Le sommeil de l'enfant adopté a tous les risques d'être perturbé. Cela témoigne du travail psychique opéré par l'enfant.

1.1.3 Les troubles de l'alimentation

L'alimentation de l'enfant adopté questionne généralement les parents adoptifs. Faut-il conserver le même régime alimentaire que dans le pays d'origine pour opérer une transition en douceur ? Par où commencer une alimentation équilibrée ?

L'alimentation est porteuse de beaucoup d'affects. C'est la mère qui nourrit le bébé pendant la grossesse et à la naissance. La satisfaction de ce besoin primaire passe par l'oralité. Il s'agit d'un des premiers liens entre les parents et leur enfant. Un enfant qui a été abandonné à toutes les chances d'avoir souffert de malnutrition, mais il est possible aussi que son rapport à l'alimentation ait été faussé suite à l'abandon.

Après son adoption, deux cas de figures sont possibles : soit l'enfant refuse de s'alimenter, car il entre dans une phase de deuil d'une personne importante de sa vie pré-adoption ; cette phase passe normalement rapidement. Soit l'enfant mange jusqu'à s'en rendre malade, ou cache de la nourriture. Ce rapport particulier à la nourriture est dû au manque de nourriture avant l'adoption. L'enfant n'a pas encore établi un lien de confiance suffisamment fort avec sa famille d'accueil, il a toujours peur de manquer un jour.

Les troubles alimentaires de l'enfant adopté sont plutôt des manifestations de son adaptation à sa nouvelle vie que des dysfonctionnements.

1.2. Les troubles du lien

L'adoption signifie que deux histoires successives doivent s'articuler : une avec les parents biologiques et l'autre avec les parents adoptifs. Or l'impact de la séparation et les conditions d'existence difficiles avant la séparation peuvent laisser des traces. Une souffrance psychique peut s'installer. L'enfant se pose la question de la raison de son abandon, et cela vient entraver la constitution du lien qu'il noue avec sa famille adoptive. BERGER[22] appelle cela la « pathologie du lien ».

L'enfant qui a vécu une séparation traumatisante veut revenir au temps d'avant cette séparation. Ce besoin s'accompagne alors de deux mécanismes de défense : *le déni* (rejet des arguments objectifs qu'on propose) et *le clivage* (coexistence de deux modes de pensée antinomiques). Pour éviter un trop fort sentiment de colère et d'abandon, l'enfant met en place ces systèmes de pensée. Le parent qui l'a abandonné est à la fois idéalisé et haï.

Un enfant qui souffre d'une pathologie du lien présente des troubles psychotiques, une pathologie dépressive, une pathologie narcissique de dépendance, associés au clivage.

Dans une étude de 1994, J-P WABER[23] relate le ressenti d'enfants qui avaient été adoptés à l'étranger grands. Ils ont pu raconter comment ils avaient vécu leur adoption. Ils expliquent un profond sentiment d'angoisse, une désorientation, qui les ont obligés à s'accrocher instantanément à une personne, en l'occurrence le parent adoptif. L'enfant est alors passif puisque c'est l'environnement qui décide pour lui. Un enfant adopté peut développer une passivité, une soumission, pour se faire oublier.

Un autre trouble dans les relations, que l'on peut qualifier de maladie, est le trouble de l'attachement. Il est difficile de faire un diagnostic différentiel des troubles de développement, des troubles attentionnels ou du syndrome d'alcoolisation fœtale car tous ces troubles partagent des manifestations communes avec les troubles de l'attachement.

[22] M. BERGER, *L'enfant et la souffrance de la séparation,* Paris, Dunod, 1997.
[23] Cité par M. BERGER, in op. cit.

Le processus d'attachement est ce qui permet à l'enfant de créer un lien solide avec sa mère. Cela va permettre à l'enfant d'intérioriser l'image parentale de ses parents, et ainsi se sentir sécurisé, donc prêt à aller découvrir le monde et créer de nouveaux liens d'attachement. Cela ne se réalise que si l'entourage de l'enfant se montre attentif et présent. Ce lien se constitue durant les deux premières années de vie, période pendant laquelle les expériences physiques et affectives sont indispensables au bon fonctionnement de l'enfant. On parle de troubles de l'attachement lorsque l'enfant a vécu plusieurs ruptures avec des adultes significatifs pour lui. Seul un petit nombre d'enfants adoptés à l'étranger souffre de troubles de l'attachement. Il s'agit bien plus que d'un temps d'adaptation. Les enfants qui souffrent de troubles de l'attachement n'ont pas un ressenti des relations humaines sain. Ils ont été négligés, ils ont souffert ou ont eu faim, et les réponses qui leur ont été données ont été contradictoires ou dépourvues d'affects. L'enfant en a conclu qu'il ne pouvait pas faire confiance aux relations humaines.

Les enfants qui présentent des troubles de l'attachement ont besoin de contrôler les relations en général. Ils s'engagent dans des relations superficielles. Ils peuvent jouer le rôle de l'enfant parfait, devenir très lisses par peur d'être rejetés. Les notions de bien et de mal ne sont souvent pas intériorisées correctement, ce qui peut conduire à de la violence.

Suite au traumatisme de l'abandon, la formation de liens d'attachement est modifiée, car l'enfant s'est senti rejeté à un moment de sa vie. La rupture de la relation qui était mise en place transforme les relations ultérieures de l'enfant adopté. Même si un faible nombre d'enfants adoptés à l'étranger souffre de troubles de l'attachement à proprement parler, en revanche ces enfants présentent fréquemment des troubles dans la relation.

1.3. Les troubles du comportement

Les enfants adoptés à l'étranger peuvent présenter des troubles du comportement plus fréquemment que la population globale.

On retrouve chez quasiment 20% des enfants adoptés à l'étranger des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité[24]. Il s'agit de troubles neurologiques et physiologiques qui causent des difficultés de concentration, accompagnées ou non d'agitation physique. De nombreux facteurs peuvent expliquer ces troubles, comme des infections congénitales, la prise de cocaïne, la malnutrition prolongée par exemple. Un enfant qui présente ce genre de troubles aura du mal à se concentrer sur une tâche, papillonnera d'une activité à l'autre sans pouvoir se fixer. On peut donc imaginer les difficultés d'apprentissage qui pourront en découler, notamment au moment de son arrivée dans son pays d'adoption, où il doit tout apprendre de sa nouvelle vie.

L'autre type de trouble que l'on retrouve assez fréquemment chez les enfants adoptés à l'étranger est le trouble d'opposition et de la conduite. Un trouble d'opposition peut mener à une opposition systématique à toute demande des parents, c'est-à-dire à un défi permanent à l'autorité parentale. Un trouble de la conduite est plus grave qu'un trouble d'opposition, puisqu'il peut amener l'enfant à avoir des comportements dangereux pour lui et les autres. L'enfant présente alors les mêmes manifestations que pour un trouble d'opposition, mais il est également violent, verbalement ou physiquement. Ces troubles sont généralement plus importants au moment de l'adolescence, moment de fragilité et de recherche d'affirmation de soi.

Ces troubles du comportement sont liés à l'abandon de l'enfant. Ils peuvent avoir des répercussions sur l'intégration de l'enfant dans sa famille adoptive.

[24] J-F CHICOINE, op. cit.

2. Les conséquences possibles de la vie pré-adoption

Les premiers mois ou les premières années de vie des enfants dont il est question dans ce mémoire ont souvent été difficiles. Les enfants qui sont adoptés dans des pays étrangers viennent de pays pauvres, où parfois tous les soins élémentaires n'ont pas pu leur être donnés. De plus, les orphelinats sont souvent surchargés, et les nourrices n'ont qu'un temps limité à accorder à chaque enfant. Il n'est donc pas surprenant que ces enfants souffrent de divers troubles qui pourront être pris en charge lors de leur arrivée dans le pays d'adoption.

Les troubles que nous allons évoquer ici peuvent affecter à court ou à long terme le développement de l'enfant.

2.1. Les problèmes de santé

Les enfants adoptés à l'étranger arrivent souvent en France avec des problèmes de santé divers, tels que des problèmes de malnutrition, des problèmes dermatologiques ou respiratoires.

2.1.1. La malnutrition

Lorsque les besoins en protéines et en énergie ne sont pas couverts par l'alimentation, on parle de malnutrition. La malnutrition touche environ un enfant sur deux ou trois en Afrique et en Asie, et un enfant sur dix dans les pays d'Europe de l'Est. Cette malnutrition protéino-énergétique[25] est plus fréquente chez les enfants qui sont placés dans un orphelinat, où les vivres sont limités, où le lait est dilué. Chez les enfants qui ont été placés en familles d'accueil, aucun état de déficit alimentaire probant n'est signalé.

Les effets de la malnutrition sont divers. Ils peuvent être visibles : les enfants sont extrêmement maigres, ou très petits. Ses effets peuvent également être plus insidieux,

[25] J.-F. CHICOINE, *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi),* Montréal, Editions de l'Hôpital Sainte-Justine.

puisqu'on peut se poser la question du développement intellectuel de ces enfants qui ont reçu un apport nutritionnel inférieur à celui dont ils auraient eu besoin.

2.1.1.1 Les insuffisances pondérale et staturale

Le manque d'apport calorifique entraîne une insuffisance de poids, qui peut être visible à l'œil nu. Dans les pays Anglo-Saxons, on emploie le mot *wasting* pour parler de cette maigreur excessive. Cette maigreur est objectivée lorsque le poids de l'enfant est en-deçà de celui auquel on s'attend pour sa taille.

La malnutrition chronique affecte aussi la taille de l'enfant. Ses effets pourront perdurer dans l'enfance, l'adolescence voire même la vie d'adulte de la personne qui en a souffert. La taille d'un enfant qui a subi une insuffisance d'apport calorique est inférieure à celle à laquelle on pourrait s'attendre compte-tenu de son potentiel génétique. Les parents adoptifs évoquent souvent des enfants avec des membres courts comparés à la taille normale du tronc et de la tête. On parle de « nanisme nutritionnel ».

2.1.1.2 Le kwashiorkor

Ce nom africain qui signifie « enfant ayant été abandonné » est un type de malnutrition que l'on retrouve majoritairement à Haïti, en Afrique Subsaharienne et à Madagascar. L'enfant est maigre mais il a un ventre proéminent, qui est en fait rempli d'eau. Le kwashiorkor se retrouve plutôt chez des enfants pour qui la nourriture était quantitativement suffisante, mais de mauvaise qualité. Les enfants qui souffrent de kwashiorkor présentent un développement moteur et un éveil retardés. Ils sont très lents pour manger, mais la patience et un apport nutritionnel adéquat leur permet de retrouver leurs forces.

2.1.1.3. Des effets sur le développement de l'enfant ?

Les effets à long terme de la malnutrition sur le développement de l'enfant peuvent être inquiétants. En effet, c'est durant les trois premières années de vie que l'enfant va

développer sa capacité à penser, à parler, à raisonner[26]. Le cerveau, privé d'apport énergétique, ne se développe pas comme il aurait pu ou aurait dû dans d'autres conditions.

Une étude réalisée à La Barbade met en évidence que les enfants qui ont été mal nourris dès leur plus jeune âge présentent plus de retards intellectuels, de problèmes d'apprentissage scolaire et d'estime de soi que des enfants nourris correctement du point de vue quantitatif et qualitatif.

Les effets de la malnutrition ne sont donc pas anodins, et il faut en tenir compte lorsqu'on s'intéresse au développement futur de l'enfant. Cependant, la formidable capacité de plasticité du cerveau mais aussi la faculté de rebondir de certains enfants peuvent faire oublier les effets de la malnutrition, ou peut-être les compenser.

2.1.2 Les retards de croissance

Près d'un enfant sur deux présente un retard de croissance lors de son arrivée dans son pays d'adoption[27]. Cette petite taille peut majoritairement s'expliquer par la malnutrition protéino-énergétique, mais elle peut aussi être due à un manque d'attention accordé à l'enfant. Celui-ci a alors tellement souffert d'être ainsi délaissé qu'il a arrêté de grandir et de grossir. C'est ce que J-F CHICOINE appelle le « nanisme psychoaffectif ».

Une nourriture qualitativement suffisante, du temps, un milieu aimant et attentionné permettent à l'enfant adopté de retrouver rapidement une taille et un poids dans les normes.

2.1.3 Les infections dermatologiques

Le peau à peau est le premier contact qui se crée entre une mère et son enfant. Ce premier contact corporel participe à l'attachement des parents pour leur enfant. Cela est vrai lorsqu'un lien biologique unit ces deux êtres, mais cela est également vrai quand un lien adoptif se forme. Cependant, les enfants qui sont adoptés à l'étranger ont

[26] UNICEF, *La situation des enfants dans le monde : regards sur la nutrition,* Genève, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1998.
[27] J-F CHICOINE, op.cit.

fréquemment des problèmes de peau, et plus particulièrement les enfants qui ont vécu dans un orphelinat, où les conditions d'hygiène sont parfois secondaires. La chaleur et l'humidité du climat sont également des facteurs de développement de ces infections. Le premier contact corporel peut alors être faussé.

Parmi les problèmes dermatologiques, on recense l'impétigo (infection superficielle de la peau, généralement bénigne), la gale (infestation de la peau par un parasite), la teigne (infection du cuir chevelu due à des champignons microscopiques). Ces maladies dermatologiques existent partout dans le monde et peuvent toucher tous les milieux socio-économiques contrairement à ce que l'on pourrait penser. Elles ne sont pas spécifiques à l'adoption internationale. Cependant, les enfants adoptés à l'étranger sont très nombreux à présenter ce genre de maladies.

En général, prises en charge dès leur arrivée dans le pays d'adoption, ces maladies se soignent rapidement. Elles n'ont pas d'effets sur le développement de l'enfant, mais elles retardent les premiers contacts entre le parent et l'enfant.

2.1.4 Les infections respiratoires

Elles sont également plus nombreuses chez des enfants qui ont vécu à l'orphelinat. En effet, le manque d'hygiène et de personnel de soins, la chaleur et l'humidité sont une nouvelle fois des facteurs de risque de développement de ces maladies. De plus, la promiscuité facilite la transmission des maladies d'un enfant à l'autre, notamment chez des enfants en bas-âge. Les otites, rhino-sinusites, bronchiolites et autres doivent être traités, mais ils ne nécessitent pas d'hospitalisation. Seule la tuberculose, maladie infectieuse, et véritable problème de santé publique, nécessite une prise en charge longue et contraignante.

2.1.5. Les infections digestives

La gastro-entérite est connue partout dans le monde, mais elle est encore plus fréquente dans les pays chauds, où l'hygiène peut laisser à désirer, comme par exemple les pays dont sont originaires les enfants adoptés.

Outre la gastro-entérite, les parasitoses intestinales touchent de 15 à 55%[28] des enfants adoptés à l'étranger, selon leur âge et leur pays d'origine. Ces diverses parasitoses sont très bien soignées par des traitements adéquats. Toutefois, elles peuvent provoquer des troubles de l'attention et du développement de l'enfant si elles ne sont pas traitées.

2.1.6. Les infections anténatales et périnatales

Il s'agit de maladies virales qui sont transmises de la mère à l'enfant avant la naissance ou au moment de l'accouchement. Les enfants peuvent également être contaminés dans les institutions, lorsqu'ils reçoivent des injections avec des aiguilles souillées par exemple.

Parmi ces maladies, on compte les hépatites B et C, et le SIDA, maladies qui font peur.

L'hépatite B toucherait 1 à 5%[29] des enfants adoptés à l'étranger. Il s'agit d'une infection du foie qui peut entraîner des complications à l'âge adulte (cirrhose, cancer du foie). Les parents adoptifs ne savent pas toujours que leur enfant est atteint de cette maladie lorsqu'il arrive en France. Le diagnostic est alors d'autant plus difficile. Le dépistage à l'arrivée de l'enfant en France est essentiel, car les conséquences de cette maladie peuvent être lourdes si elle n'est pas traitée.

On ne connait pas le nombre d'enfants adoptés à l'étranger infectés par l'hépatite C, mais il semble qu'ils soient très peu nombreux à être infectés par cette maladie. On sait que la majorité des infections sont acquises via des injections avec des seringues

[28] J-F CHICOINE, op. cit.
[29] ibid

souillées, principalement dans les orphelinats d'Europe de l'Est. Il n'existe ni traitement spécifique ni vaccin contre l'hépatite C. Elle peut avoir les mêmes conséquences à long terme que l'hépatite B.

Le VIH, virus du SIDA, est bien évidemment le plus redouté par les parents adoptifs. On connait les ravages causés par cette maladie sur l'ensemble de la planète, et plus encore dans les pays pauvres. L'Afrique, l'Asie, l'Europe de l'Est, régions d'où sont originaires la majorité des enfants adoptés dans le monde, sont les principales régions touchées par ce virus mortel. La prostitution, les drogues, les migrations de population accentuent la propagation de la maladie. Chez les enfants qui sont contaminés par le VIH à la naissance, la mortalité arrive avant l'âge de 20 mois. Peu d'enfants adoptés à l'étranger sont dépistés porteurs du VIH à leur arrivée en France, cela du fait d'un dépistage pré-adoption important. Cependant, l'accélération et l'aggravation de cette pandémie pose question quant à l'adoption de ces enfants dans l'avenir.

2.1.7. Le syndrome alcoolo-fœtal

L'alcoolisme fait des ravages partout dans le monde, et cela n'est pas en lien direct avec l'adoption internationale. Des pays comme la Russie, ou les pays de l'ex-Union Soviétique sont particulièrement touchés par ce fléau. Le problème de l'alcoolisme entraîne bien souvent de la violence. L'absorption massive d'alcool pendant la grossesse a des répercussions sur le développement de l'enfant. A la naissance, celui-ci présente un petit poids, une petite taille, ainsi qu'un petit périmètre crânien (microcéphalie). Il présente également des traits physiques particuliers : les yeux sont imprégnés d'alcool, les oreilles sont basses, la lèvre supérieure est fine.

Cette fœtopathie de mère alcoolique engendre des séquelles autres que purement physiques. Un retard de développement, principalement moteur, apparaît quasi systématiquement. L'apparition de la marche est retardée, la coordination des mouvements est difficile, la motricité fine est problématique. Du point de vue cognitif, il faut noter que le syndrome d'alcoolisation fœtale est une des principales causes de déficience intellectuelle. Un enfant atteint de cette pathologie pourra ne présenter aucun trouble cognitif. Cependant, des troubles du langage, de compréhension, d'articulation,

d'apprentissage, d'attention sont très fréquemment relatés. L'école est souvent un endroit où l'enfant va prendre du retard, ce qui va le conduire à développer une faible image de lui-même.

L'enfant qui souffre d'un syndrome d'alcoolisation fœtale est un enfant atypique. Il est rapporté comme étant moins agréable qu'un autre enfant.

2.2. Les carences affectives et le manque de stimulations

Comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, certains lieux d'institutionnalisation ne sont pas des plus stimulants pour le développement de l'enfant. De nombreux auteurs se sont intéressés aux premières interactions mère/enfant, puis de là aux carences affectives. Nous nous appuierons principalement dans cette partie sur les travaux de Winnicott, Spitz et Bowlby.

Pour avoir un développement harmonieux, le nourrisson a besoin d'une relation stable avec une figure maternelle (la mère ou quelqu'un d'autre), d'une plénitude d'apport affectif, d'une souplesse d'adaptation à ses besoins. Le développement d'un enfant ne se réalise qu'en fonction des interactions avec son milieu environnant. WINNICOTT estime que « Le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant que s'il est couplé à des soins maternels »[30]. Les bons soins de la mère sont garants de la santé mentale de l'enfant. Ils sont absolument nécessaires pour susciter chez l'enfant le plaisir de vivre. La mère a un rôle essentiel dans les cinq premiers mois de vie du nourrisson: elle est le « miroir » de l'enfant. Elle anticipe tous les besoins primaires de l'enfant, et l'enfant se voit en elle. L'enfant dépend entièrement de sa mère. Si la mère est préoccupée, ou si elle ne peut pas prendre ce rôle auprès de l'enfant, alors l'enfant n'a pas d'image de lui-même, il se replie sur lui-même, et les échanges avec le monde extérieur se raréfient. Plus l'enfant grandit, plus cette dépendance à la mère diminue.

Un enfant qui a été abandonné a peu de chances d'avoir vécu ces premières interactions sécurisantes avec la mère. On n'a pas forcément anticipé ses besoins, et il n'a pas pu se créer sa propre image en reflet de celle de la personne qui a pu prendre soin de

[30] WINNICOTT D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Paris, Payot, 1969.

lui. Nous ne voulons pas ici généraliser la situation des enfants adoptés à l'étranger. Tous n'ont pas souffert de carences affectives graves. Cependant, il ne faut pas oublier que ces cas ont existé, notamment dans les orphelinats-mouroirs en Roumanie, et que certains enfants souffrent encore aujourd'hui de carences graves dans les orphelinats.

On désigne par « carence affective » l'insuffisance qualitative ou quantitative dans les relations mère/enfant. C'est ce qui se passe quand la mère n'est pas disponible psychologiquement pour apporter les soins nécessaires à son enfant, ou que le nourrisson est séparé de sa mère de manière itérative ou continue (enfants placés en institutions). Selon SPITZ[31], lorsque des désordres interviennent dans la relation dyadique mère/enfant quantitativement ou qualitativement, des « affections psychotoxiques » peuvent apparaître, comme par exemple le coma du nourrisson, ou un eczéma infantile. Si dans la première année l'enfant subit une privation affective partielle, il peut déclencher une dépression anaclitique. C'est une réponse émotionnelle de l'enfant face à la perte d'un lien, qui manifeste son état d'impuissance ou de désespoir. La dépression anaclitique décrite par Spitz concerne des enfants qui ont plus de six mois, et qui ont vécu plus de six mois avec une figure maternelle. Une relation s'est déjà établie avec elle, mais sans que l'identification à une image stable soit encore possible. Le placement est intervenu ensuite, ce qui a motivé chez l'enfant une phase de protestation, puis une résignation. Le bébé devient apathique, il refuse le contact et est indifférent à l'entourage. Son développement est arrêté, et les acquisitions motrices et intellectuelles régressent. Au final, une dépression grave du nourrisson conduit à un appauvrissement intellectuel et langagier et à un sentiment d'insécurité.

Une privation affective complète durant la première année de vie peut faire apparaître un tableau d'*hospitalisme*. Décrite par SPITZ, plus grave que la dépression anaclitique, l'hospitalisme est la régression mentale des malades hospitalisés pour de longues périodes. Ce terme recouvre "*l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie*." Il s'agit d'un état d'altération physique grave qui s'installe progressivement chez le très jeune enfant suite à une

[31] SPITZ R. A., *De la naissance à la parole,* Paris, PUF, 1979.

carence affective importante tandis qu'il est placé en institution. L'enfant peut aller jusqu'à se laisser mourir. L'évolution de l'enfant est la suivante :

- Le premier mois de séparation, l'enfant se met à pleurer sans raison, il est triste et recherche le contact.
- Au deuxième mois, le développement s'arrête, l'enfant perd du poids, et il est triste. Sa recherche de contact est moins active.
- Au troisième mois, il y a un refus du contact. L'enfant reste couché à plat ventre sur le lit. Il a des insomnies, refuse la nourriture, attrape facilement des maladies, et demeure anxieux et indifférent. Le retard psychomoteur se généralise.
- Après trois mois de séparation, le visage de l'enfant se fige : son regard est absent. Il n'y a plus de pleurs ni de sourires. On observe quelques gémissements plaintifs, des mouvements bizarres des doigts, des stéréotypies, et une mauvaise coordination oculaire.

Le pronostic de l'hospitalisme peut être grave, mais le processus peut être inversé si un changement de milieu intervient. Les enfants adoptés à l'étranger aujourd'hui présentent tout de même une meilleure santé psychique.

Ainsi, il est nécessaire que les besoins primaires de l'enfant soient satisfaits : nourriture, changes, mais aussi relation affective. BOWLBY considère que l'attachement fait également partie de ces besoins primaires. Si ce besoin n'est pas contenté, alors l'enfant risque de présenter des troubles plus ou moins envahissants dans son développement futur. L'absence de stimulations est donc très préjudiciable au développement affectif mais aussi langagier de l'enfant. Des retards peuvent également apparaître au niveau moteur et cognitif.

2.3. Le retard moteur.

Avant son adoption, l'enfant vit majoritairement en orphelinat. Ce sont des lieux où les nourrices doivent s'occuper de nombreux enfants à la fois. Il leur est difficile de prendre le temps avec chaque enfant, c'est ce qui explique que ces enfants passent de

longs moments allongés. La conséquence de cela est généralement un retard moteur chez l'enfant adopté à l'étranger.

La motricité est composée de la motricité globale (mouvements globaux du corps comme marcher, courir,…) et de la motricité fine (mouvements fins, comme les mouvements de préhension).

Le développement normal de la motricité globale passe par différents stades : maintien de la tête, maintien de la position assise, acquisition de la marche, etc. Ces stades se succèdent car l'enfant a la curiosité d'aller explorer le monde qui l'entoure. Il veut aller voir de plus en plus loin ce qui se passe, mais seulement s'il se sent en sécurité dans son environnement immédiat. Le vécu des enfants à l'orphelinat ne les encourage pas à aller explorer le monde qui les entoure. Ils sont bien souvent allongés durant plusieurs heures, le manque de personnel pour s'occuper des enfants obligeant les nourrices à laisser les enfants dans leur lit. Ils n'ont pas alors l'occasion d'essayer de se tenir debout ou de marcher. De plus, le faible tonus général dû à la malnutrition n'est pas un facteur favorisant au développement de la motricité globale chez l'enfant.

En moyenne, on peut s'attendre à ce qu'un enfant adopté à l'étranger sur deux présente un retard de la motricité globale à son arrivée en France. L'âge au moment de l'adoption joue un rôle important dans ce retard. Ainsi, plus un enfant est adopté tardivement, plus cela signifie qu'il a passé de longs moments à l'orphelinat, donc plus il risque de présenter un retard moteur important. D. JOHNSON[32] considère que trois mois d'institutionnalisation entraînent un retard d'un mois au niveau de la motricité globale.

Le développement de la motricité fine chez les enfants placés en institution est totalement différent. En effet, des enfants, même grands, qui sont constamment couchés, vont développer leur motricité fine. Ainsi n'est-il pas rare de voir des enfants adoptés à l'étranger avoir une préhension fine très développée, et un attrait pour les détails, alors qu'ils sont incapables de se tenir debout.

Ce retard moteur a des conséquences au niveau de la construction du schéma corporel. Le schéma corporel est l'intuition qu'a une personne de son corps, à l'état

[32] Cité par J-F CHICOINE, in *L'enfant adopté dans le monde en quize chapitres et demi*.

statique ou en mouvement. Cette connaissance du corps prend en compte le rapport des différentes parties du corps entre elles, mais surtout le rapport de ces parties du corps avec l'espace, les objets, et même le temps. Le schéma corporel n'est pas inné, il est le fruit d'une construction acquise, selon ANZIEU, grâce à des interactions prévisibles, fiables, faites d'échanges de sourires, de concordances de rythmes, de portages solides (le *holding* pour SPITZ) et de douceur du toucher. Un enfant placé dans une institution, qui n'aura vécu que peu d'échanges privilégiés et routiniers aura des difficultés dans la prise de conscience de son schéma corporel.

Le retard moteur des enfants placés en institution concerne donc principalement la motricité globale. Ce retard, dû aux manques de stimulation de l'entourage et aux carences nutritionnelles, se comble souvent très rapidement lors de l'arrivée de l'enfant dans son pays d'adoption.

2.4. Le retard cognitif

Selon PIAGET, le développement cognitif de l'enfant correspond à une succession de stades, et ce dès la naissance. Le premier d'entre eux est le stade sensori-moteur, de 0 à 24 mois. Il est déterminant pour l'acquisition des futures opérations.

A ce stade, l'intelligence est essentiellement pratique, et elle repose sur la perception. L'enfant découvre le monde qui l'entoure en utilisant ses sens : il touche, regarde, porte à la bouche pour goûter, sent. Dans les premiers mois de vie, les notions d'espace et de temps sont pour le bébé comme autant de tableaux sensoriels qui défilent, sans liens les uns avec les autres. Ce n'est que vers 4 mois que la coordination visuo-manuelle va se mettre en place, permettant à l'enfant de mettre en correspondance les différents espaces sensoriels. Ces premières expériences sensorielles vont faire acquérir à l'enfant diverses compétences. Il va apprendre à appliquer des schèmes connus à de nouvelles situations, à anticiper le résultat de ses actes, à dissocier les buts des moyens. Le point culminant de ce stade est atteint lorsque l'enfant a construit la permanence de l'objet. Il parvient à se détacher de la situation d'immédiateté. L'enfant est capable de se représenter les choses, c'est-à-dire de pouvoir évoquer des objets, des personnes ou des situations connues en leur absence, au moyen de symboles. Il s'agit d'un pré-requis à

l'émergence du langage, mais aussi à celle des premiers raisonnements. Pour cela, l'enfant doit se sentir en sécurité. Il doit avoir des repères stables.

Voilà très globalement les différentes étapes du stade sensori-moteur, étapes qu'un enfant franchit durant ses deux premières années.

Ce premier stade du développement cognitif peut être entravé chez des enfants adoptés à l'étranger. En effet, outre le traumatisme de l'abandon, le vécu dans un orphelinat peut inhiber les capacités de l'enfant. Les capacités cognitives d'un enfant se développent grâce aux interactions avec des adultes référents, et avec l'environnement. Or dans un orphelinat les moments d'interaction sont rares et irréguliers. On peut logiquement en conclure que plus l'enfant passe de temps en institution, plus les risques de troubles du développement cognitif sont élevés. Ce retard cognitif va également avoir des conséquences sur l'organisation spatiale et temporelle de l'enfant.

Toutefois, ce retard cognitif n'est pas irréversible. Selon F. DOLTO[33], le cerveau des enfants présente « une sensibilité très forte au choc de l'environnement. Mais cette fragilité n'est pas que négative. Elle présente aussi un avantage de plasticité sur le stade adulte : en cas de lésion, une capacité de récupération plus grande ». Les enfants qui ont subi des traumatismes dans leurs premières années de vie ont donc cette chance d'avoir une plasticité cérébrale suffisante pour leur permettre de surmonter ces obstacles, afin de développer au mieux leur potentiel cognitif. Les parents adoptifs peuvent aider l'enfant qu'ils accueillent à combler ce retard en lui proposant un univers sécurisant et de multiples occasions d'expérimenter.

3. La découverte d'un monde nouveau

Un enfant qui a été adopté dans un pays étranger doit faire face à un changement culturel important au moment de son adoption. En effet, comme nous l'avons décrit dans la partie concernée à l'adoption internationale[34], les pays d'origine des enfants sont

[33] F. DOLTO, *La cause des enfants,* Paris, Robert Laffont, 1985.
[34] Voir p. 34.

principalement des pays du Sud. Il s'agit de pays pauvres, où le climat est souvent très chaud. La langue est également différente.

3.1. Une nouvelle langue

Un enfant qui a passé plusieurs mois, voire plusieurs années dans un pays, a l'occasion d'entendre la langue parlée dans ce pays. Il s'habitue à la mélodie de la langue, à ses phonèmes, il prend conscience petit à petit de sa structure syntaxique. B. de BOYSSON-BARDIES[35] rapporte les résultats d'une étude selon laquelle des nourrissons de quelques jours préfèrent écouter une voix qui parle leur langue maternelle plutôt qu'une langue étrangère. Le bébé a été bercé par la voix de sa mère, donc par sa langue maternelle, pendant les neuf mois de la grossesse.

La rencontre avec ses parents adoptifs, puis le départ vers le pays d'adoption sont les premiers moments pendant lesquels l'enfant va être en contact avec sa nouvelle langue. On peut aisément imaginer le choc pour l'enfant, et l'anxiété qu'il peut ressentir. En plus de la séparation des personnes qui s'occupaient de lui à l'orphelinat ou dans sa famille d'accueil, il doit vivre un départ avec des personnes qu'il ne comprend pas.

M. HUBERT[36] a mené une étude auprès de 21 enfants adoptés à l'étranger, et en a conclu qu'« *une majorité d'enfants adoptés à l'étranger ne présentait pas de difficultés dans l'apprentissage de la langue française ».* Ces enfants s'adaptent rapidement à la nouvelle langue du pays d'accueil. Nous pouvons supposer que la nécessité de communiquer est à la base de la rapidité d'apprentissage de la nouvelle langue !

Ce changement culturel est donc généralement bien géré par un enfant adopté à l'étranger.

[35] B. de BOYSSON BARDIES, op.cit.
[36] M. HUBERT, *Adoption internationale et orthophonie: Comment les enfants adoptés à l'étranger s'approprient-ils la langue française?,* Nancy 2006.

3.2. Un climat et une nourriture différents

Le climat des pays d'origine des enfants adoptés à l'étranger est globalement très différent de celui de la France. Ce sont des pays où il fait très chaud, où l'atmosphère est humide. En France au contraire, le climat est tempéré, et l'air est plus sec. Le changement de climat vécu par un jeune enfant n'est pas anodin. Tout d'abord, il faut que son corps s'autorégule et supporte le changement de température. Les rhumes et otites sont de ce fait nombreux chez l'enfant adopté à l'étranger au moment de son arrivée en France. Ensuite, l'enfant va devoir s'habituer aux vêtements à porter selon le climat. Alors qu'il était certainement très peu vêtu dans son pays d'origine, il va devoir tout à coup porter plusieurs couches de vêtements, des chaussettes, un gros manteau en hiver, etc. Il faut remarquer également que les habitudes vestimentaires varient d'un pays à l'autre. Il n'y a pas de vêtement traditionnel en France, contrairement à l'Inde où les femmes portent des saris, ou certains pays d'Afrique où elles portent des boubous. Il s'agit d'un véritable changement culturel.

Le changement de nourriture est également une épreuve pour le corps. Que la nourriture ait manqué dans le pays d'origine, ou qu'elle ait été qualitativement insuffisante, il va falloir nourrir l'enfant en tenant compte de ses carences. Cela peut déjà être compliqué. D'autre part, les habitudes alimentaires varient énormément d'un pays à l'autre. Dans certains pays la nourriture est très épicée, et elle est souvent peu variée faute de moyens. Les aliments consommés sont différents. Il va falloir que l'enfant s'adapte à une nouvelle nourriture aux goûts inconnus. Lorsque l'enfant arrive bébé, il boit des biberons de lait de vache, donc il ne ressent pas le changement. Nous avons expliqué précédemment le côté affectif de l'alimentation. Accepter une nouvelle alimentation proposée par les parents adoptifs est un pas vers l'intégration.

L'adaptation d'un enfant adopté à l'étranger dans sa nouvelle famille peut être un défi pour lui. Accepter une nouvelle culture et changer complètement d'habitudes ne sont pas anodins. En plus de l'adaptation dans son nouveau milieu, l'enfant devoir vivre une intégration essentielle pour lui au moment de l'entrée à l'école.

III. L'entrée à l'école de l'enfant adopté à l'étranger

Adopter un enfant à l'étranger, nous l'avons montré, ne se fait pas sans certains obstacles, principalement du côté de l'enfant. L'adaptation de ce dernier à son nouvel environnement passe aussi par son intégration à l'école. Cette institution est un nouvel endroit de socialisation, où l'enfant rencontre ses pairs, mais aussi où il doit apprendre à respecter les règles et répondre aux exigences demandées.

1. Un nouveau monde de socialisation, des exigences nouvelles

L'entrée à l'école d'un enfant constitue une étape importante dans sa vie et dans celle de ses parents. A ce moment l'enfant quitte le monde de la petite enfance pour se tourner vers les autres et vers les apprentissages. En France, l'école est obligatoire à partir de 6 ans, pour l'entrée au cours préparatoire (CP), mais il est possible de scolariser l'enfant à 3 ans, en maternelle où il fait l'apprentissage de la vie en groupe, et de diverses expériences.

Au moment de l'entrée à l'école, l'enfant qui a été adopté dans un pays étranger va devoir se séparer de sa famille d'adoption. Certes, il s'agit de séparations de courte durée, pour la journée, mais un enfant qui a été abandonné, et donc qui a peur de l'être de nouveau, peut mal vivre ce moment. Les liens avec les petits camarades de sa classe peuvent ne pas se mettre en place facilement. On demande à l'enfant adopté, qui vient de s'attacher à sa famille adoptive, de se socialiser, et d'aller à la rencontre d'autres enfants et d'autres adultes. Cette adaptation à ses pairs peut être d'autant plus difficile si le système scolaire utilise la compétition pour l'émulation des élèves. Les autres deviennent alors des rivaux, et l'enfant peut rapidement se sentir dévalorisé.

Outre ce rôle de socialisation, l'école est un lieu d'apprentissages. Or un enfant qui a vécu en institution, et donc qui a eu des stimulations monotones et peu d'occasions d'expérimenter, a besoin de jouer, de faire ses propres expériences. Cela est possible

pour un enfant qui est scolarisé en maternelle, bien que les exigences augmentent au cours des années passées dans ces classes. Un enfant adopté qui arrive à plus de 6 ans dans son pays d'adoption a toutes les chances d'être scolarisé au CP. Dans cette classe, l'accent est mis sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Il aura donc peu d'occasions de faire les expériences qu'il n'a pas pu faire pendant ses premières années de vie. Les règles de l'entrée en primaire vont le confronter à des exigences qu'il n'est peut-être pas en mesure de satisfaire.

Cette entrée à l'école est « *le véritable test de la réparation totale ou partielle des blessures visibles ou invisibles des enfants adoptés »* selon CHICOINE[37] . En effet, selon lui, il s'agit du moment où les parents adoptifs vont se rendre compte si l'enfant a été fragilisé par son vécu pré-adoption (carences, malnutrition,…) et par son abandon. Même si l'enfant s'est parfaitement adapté dans sa nouvelle famille, s'il semble avoir repris un développement normal, il peut présenter des troubles de concentration ou des apprentissages.

2. Des troubles des apprentissages chez les enfants adoptés à l'étranger ?

Les capacités d'apprentissage sont maximales au cours du développement du jeune enfant, puisque c'est au moment où le système nerveux se développe que les apprentissages fondamentaux se font. Apprendre est une activité très complexe, et sa qualité dépend de la motivation, de l'attention, de l'implication émotionnelle et du degré de stress du sujet.

Un enfant abandonné puis placé en institution n'a pas forcément eu la chance de vivre des expériences propices aux apprentissages. De plus, même après son adoption, il peut souffrir des conséquences de son abandon et de son placement en présentant un retard cognitif, moteur, un trouble de l'attachement, ou toute autre pathologie qui vont le freiner dans ses apprentissages.

[37] CHICOINE, Op. cit.

C. DELANNOY[38], dans la partie *Besoin de savoir, désir de savoir, refus de savoir* de son ouvrage donne différentes pistes de réflexion sur les difficultés d'apprentissage des enfants adoptés à l'étranger. Elle s'est interrogée sur le fait que des enfants « normalement intelligents ne tirent pas le maximum de leur présence à l'école ». Elle formule l'hypothèse que l'enfant a peur de l'activité intellectuelle, et ce pour trois raisons possibles : la perturbation de la pensée due à un trouble de la représentation de soi, un manque d'estime de soi, ou encore une absence de contrôle pulsionnel qui fait rejeter l'école.

- Le fait que l'apprentissage soit une activité de la pensée, donc « de l'intériorité de soi »[39] peut confronter l'enfant adopté à un sentiment de manque ou de confusion qui le paralyse et lui fait peur. Apprendre signifie douter, se tromper, et cela peut être intolérable pour cet enfant, qui lui-même doute de ses origines, ignore les raisons de son abandon. Cet enfant a parfois d'autres préoccupations concernant ses origines qui l'empêchent de se centrer sur les apprentissages scolaires. Le lien au savoir est dans ce cas faussé.

- Parfois les difficultés d'apprentissage sont liées à un trouble de l'estime de soi. Un enfant qui a été abandonné se sent responsable de son abandon, il a une tendance à se dévaloriser. Les liens qui le relient aux autres peuvent en être modifiés. Or on apprend grâce aux autres : l'enseignant bien sûr, mais aussi les autres enfants de la classe qui permettent une stimulation. La présence et le regard de l'autre peuvent être un frein dans les apprentissages pour ces enfants, ou au contraire être encourageants. Ce trouble de l'estime de soi peut également conduire l'enfant à attirer l'attention sur lui, pour se sentir apprécié, parfois au détriment des apprentissages. D'autre part, si l'enfant ne réussit pas, sa confiance en lui risque de s'émousser un peu plus, et ses échecs risquent de le décourager d'autant plus.

- Des troubles du contrôle pulsionnel peuvent conduire l'enfant à rejeter l'école. L'école est une « famille de substitution »[40], et l'enfant décide de s'attaquer à elle plutôt

[38] C. DELANNOY, *Au risque de l'adoption,* Éditions La Découverte, 2004.

[39] C DELANNOY, op. cit.
[40] ibid

qu'à sa famille d'adoption. Il s'agit d'une façon de rejeter l'ordre établi, puisque l'école est obligatoire, et que l'enfant doit se plier aux règles qui y sont instaurées. C'est sa façon de refuser d'être « un » parmi d'autres.

Nous voyons à quel point les difficultés d'apprentissages des enfants adoptés à l'étranger sont complexes. L'école comme nouvelle famille est un endroit où se rejoue toute la problématique de l'abandon.

3. Quelle classe pour quel enfant ?

Lorsqu'un enfant adopté à l'étranger arrive en France à un âge auquel il peut être scolarisé se pose la question de la classe dans laquelle l'intégrer.

Cela est particulièrement vrai quand il s'agit d'enfants qui sont en âge d'intégrer une classe de primaire. En effet, à partir du CP, les élèves entrent dans le monde de l'écrit : la lecture et l'écriture. Dès la grande section de maternelle, les pré-requis à l'apprentissage du langage écrit sont travaillés en classe. Un enfant qui n'a jamais été confronté à l'écrit aura alors un important retard s'il intègre directement une classe de CE1 par exemple. C'est pour cette raison que les enfants adoptés à l'étranger entrent parfois dans une classe d'un niveau inférieur à celui qu'on attend pour des enfants de leur âge. Cela leur permet de prendre le temps de faire les apprentissages de base, bien souvent avant de réintégrer une classe avec des enfants de leur âge.

L'avantage de cette solution est que cela permet à l'enfant de faire les mêmes apprentissages que les autres, d'être dans un cadre qui lui permet de s'épanouir, et d'avoir plus de chances d'éviter l'échec. Le point négatif est que l'enfant peut se sentir dévalorisé par le fait d'être en classe avec des enfants plus jeunes que lui.

La décision de l'intégration dans telle ou telle classe est prise par les enseignants, le directeur de l'école, l'inspecteur d'académie et les parents.

IV. Difficultés scolaires et orthophonie

Nous avons évoqué l'étude d'EFA au sujet de la scolarité des enfants adoptés dans la partie problématique[41]. Cette étude met en évidence que la scolarité des enfants adoptés à l'étranger n'est pas la même que celle des enfants biologiques des familles adoptives. Et si ces difficultés scolaires étaient dues à des troubles orthophoniques ? Nous allons évoquer dans cette partie des pathologies orthophoniques qui peuvent avoir un lien avec des difficultés scolaires.

1. Des difficultés en français écrit : dyslexie et dysorthographie en cause ?

En France, la dyslexie et la dysorthographie sont des termes recouvrant communément des troubles du langage écrit, qui touchent la lecture et l'écriture (l'orthographe). Ces deux troubles sont extrêmement liés, c'est pourquoi dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) on trouve le terme de « troubles spécifiques du langage écrit ».

1.1. La dyslexie

C'est à la fin du XIXème siècle que le terme de « trouble dyslexique » a été évoqué pour la première fois par un médecin écossais, le Docteur Hinshelwood. Il décrivait dans son ouvrage des cas d'enfants présentant un déficit isolé d'apprentissage de la lecture, en dehors de toute déficience intellectuelle.

Depuis cette première utilisation du terme « dyslexie », de nombreuses recherches ont été effectuées, faisant évoluer sans cesse la conception de la dyslexie. En France, en 1950, Mme Suzanne Borel-Maisonny, pionnière de l'orthophonie, fut amenée à tenter d'établir des critères de la dyslexie. Selon elle, les troubles de la lecture doivent

[41] Voir p. 14.

être mis en relation avec des dysfonctionnements : retard de parole ou de langage, difficultés de perception et/ou de discrimination auditive ou visuelle, problèmes de mémoire.

Entre 1950 et 1970, trois courants principaux se sont affrontés pour expliquer et rééduquer la dyslexie : le courant organiciste des médecins et neuropédiatres, le courant instrumental des orthophonistes et des psychologues, le courant pédagogique des enseignants.

Dans les années 1970-1990, les progrès importants en neuropsychologie, ainsi que le développement de modèles cognitifs de la lecture (Coltheart, 1978 ; Morton et Patterson, 1980) ont amené à considérer qu'il existe plusieurs types de dyslexie. Elena BODER a distingué différentes dyslexies développementales chez l'enfant : la dyslexie dyphonétique ou dyslexie phonologique (la voie d'assemblage est déficiente), la dyslexie dyséïdétique ou dyslexie de surface (la voie d'adressage est déficiente), la dyslexie mixte.

Il n'existe pas encore à ce jour de consensus dans la définition des troubles dyslexiques. Dans les trois systèmes de classification les plus utilisés dans le monde, il n'y a pas d'évocation du terme « dyslexie ». En 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) parle, dans la section des troubles du langage oral et/ou écrit, de « troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires ». En 1996, le Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM IV) de l'American Psychiatric Association parle de « troubles des apprentissages ». En 1997, en France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a intégré la dyslexie dans la notion plus large de « troubles du langage écrit de l'enfant ». Le groupe de travail constitué en est arrivé à la conclusion qu'il n'y a pas de consensus sur la définition de la dyslexie du fait des diverses théories concernant l'apprentissage de la lecture. La définition proposée dans le Dictionnaire d'Orthophonie[42] est la suivante :

« Ce terme désigne les troubles spécifiques persistants de l'apprentissage de la lecture se manifestant chez des enfants de niveau d'efficience intellectuelle normal, sans problèmes sensoriels primaires, visuels ou auditifs (DSM IV), sans troubles psychiques graves, ayant toujours été normalement scolarisés, et issus de milieux socioculturels

[42] F. BRIN, C. COURRIER, E. LEDERLE, V. MASY, *Dictionnaire d'orthophonie,* Ortho Edition, 2004, page 80.

normalement stimulants ». L'enfant présente par ailleurs des performances à l'écrit nettement inférieures aux capacités manifestées dans d'autres domaines.

Le problème de la définition de la dyslexie est qu'il s'agit d'une définition par exclusion : on sait ce qu'elle n'est pas, mais pas vraiment ce qu'elle est. La définition en France serait donc un trouble spécifique de l'acquisition du langage écrit, c'est-à-dire un déficit durable et significatif du langage écrit qui ne peut s'expliquer par une cause évidente.

1.2. La dysorthographie

L'acquisition de l'orthographe est plus complexe que celle de la lecture. L'orthographe nécessite la maîtrise de la correspondance phonème-graphème, un lexique interne suffisant ; mais pour retranscrire un énoncé, il faut également segmenter la phrase en mots, appliquer des règles grammaticales, trouver l'orthographe des mots homophones non homographes. Ces différentes procédures sont coûteuses en énergie.

Selon le Dictionnaire d'Orthophonie[43], le terme dysorthographie « *recouvre les troubles d'acquisition et de maîtrise de l'orthographe* ».

Tout comme pour la dyslexie, il existe différents types de dysorthographie. U. FRITH (1985) s'est intéressée aux relations entre la lecture et l'orthographe. Il ressort de son étude que ces deux processus sont intriqués lors de l'apprentissage de l'enfant, chacun étant tour à tour stimulateur de l'autre.

1.3. Des perturbateurs de la scolarité de l'enfant

La dyslexie comme la dysorthographie peuvent profondément perturber la scolarité d'un enfant. En effet, un enfant qui met beaucoup de temps pour déchiffrer un texte et qui fait des erreurs de lecture est certainement en échec dans d'autres matières que le français. Il a des difficultés à résoudre des problèmes en dehors de troubles logico-mathématiques par exemple. Les répercussions dans la scolarité de l'enfant sont plus ou

[43] F. BRIN, C. COURRIER, E. LEDERLE, V. MASY, op.cit.

moins importantes en fonction de la gravité du trouble et du type de trouble (plus ou moins handicapant). Des aides peuvent être mises en place pour pallier certaines difficultés, comme un tiers temps supplémentaires pour les examens.

2. Des difficultés en mathématiques : des troubles logico-mathématiques en cause ?

Jusqu'en 1992, la NGAP prévoyait que les orthophonistes pouvaient rééduquer les dyscalculies, mais sous la pression de ceux-ci, le libellé a été transformé en « dyscalculie et troubles du raisonnement logico-mathématique ». Cela correspond mieux à la réalité des troubles éprouvés par des enfants et des adolescents, troubles qui ne se limitent pas à de simples difficultés en calcul.

Dès 1941, J. PIAGET s'est intéressé à la construction des compétences en mathématiques dans un ouvrage intitulé *La genèse du nombre chez l'enfant.* Ce sont les théories piagétiennes qui ont longtemps été la base de l'évaluation et de la prise en charge des enfants présentant des troubles du raisonnement logico-mathématique. Une orthophoniste, F. JAULIN-MANNONI, a été pionnière dans cette discipline. Depuis une vingtaine d'années, les études se sont multipliées sur le sujet, avec des auteurs comme MELJAC, MOREL ou DUQUESNE.

2.1. Que sont ces troubles logico-mathématiques ?

Dans le Dictionnaire d'orthophonie[44], ce trouble est défini comme étant un concept qui rend compte *« à la fois un dysfonctionnement dans les domaines de la logique, de la construction du nombre et des opérations sur ces nombres, de difficultés de structuration du raisonnement et de l'utilisation des outils logiques et mathématiques ».*

Il s'agit de troubles globaux sur les structures logiques. Ce sont des troubles qui affectent l'enfant, l'adolescent ou l'adulte dans l'ensemble de leur personne. Ces

[44] BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., op. cit.

personnes ont des difficultés à s'organiser, à établir des correspondances, des coordinations, à opérer des transformations, à élaborer des invariants, à anticiper, à considérer plusieurs points de vue, à établir des relations de différences et de ressemblances. On observe également des difficultés spatio-temporelles.

La construction du raisonnement logico-mathématique est une opération complexe, qui s'élabore très tôt : *« Les compétences en mathématiques s'élaborent de façon précoce au carrefour des champs cognitif et affectif. […] Ces bases développementales concernent tout autant la maturation neurologique et somatique, que le développement des fonctions langagières et psychomotrices, que le développement affectif »*[45].

Cette vision de l'acquisition des compétences logico-mathématiques met l'accent sur l'intrication de divers domaines. Les développements cognitifs et affectifs sont étroitement mêlés dans l'acquisition de ces capacités. L'environnement de l'enfant y joue donc un rôle essentiel. Cela signifie que l'étiologie d'une pathologie du développement logico-mathématique peut être liée à plusieurs facteurs. Selon la définition du Dictionnaire d'orthophonie[46], ces troubles peuvent être liés *« à une pédagogie non adaptée (malmenage scolaire), à l'outil mathématique lui-même, à des causes affectives ou psychologiques ou à des faiblesses ou retards dans la construction des structures de pensée comme les classifications, les relations, les conservations ».*

La description de l'origine de ces troubles nous fait penser que les enfants adoptés à l'étranger ont tous les risques de développer un trouble du raisonnement, au vu de leur histoire pré-adoption. En effet, comme nous l'avons exposé, la construction de ces compétences est dépendante des développements cognitifs et affectifs, or les enfants adoptés à l'étranger présentent souvent des troubles de développement dans ces domaines. Leurs premières années de vie ne leur ont pas forcément permis d'expérimenter pour élaborer des invariants, et la pauvreté des échanges les a parfois empêchés d'avoir un développement affectif normal.

[45] ROUSSEAU T. (sous la direction de), *Les approches thérapeutiques,* Isbergues, Ortho édition, 2004. p.115 et suivantes, article de Mmes MOREL et STROH.
[46] Op. Cit.

2.2. Les troubles logico-mathématiques et les difficultés scolaires

Un enfant qui présente des troubles du raisonnement a des risques importants d'être en échec à l'école. Soit il s'agit d'un trouble ciblé en mathématiques, soit il s'agit de troubles qui affectent la scolarité de l'enfant dans sa globalité, avec tout de même une prédominance en mathématiques. L'enfant peut présenter des difficultés en français, car la structuration de la langue passe par une construction des structures de pensée. Il faut pouvoir faire des classifications des mots, opérer des relations entre eux, les organiser. Toutes ces opérations font défaut aux enfants qui souffrent de troubles logico-mathématiques, d'où les possibles difficultés sur le plan scolaire.

3. Les troubles de la compréhension orale et écrite : le langage oral, la dyslexie ou des troubles du raisonnement en cause ?

3.1. Qu'est-ce que comprendre ?[47]

La compréhension est le résultat de tout un processus qui permet d'accéder au sens. Son apparition n'est pas soudaine : l'enfant va passer par différents niveaux de compréhension.

Tout d'abord, l'enfant commence par *comprendre des mots*, en contexte, vers 8-10 mois. A force de les entendre dans une même situation, l'enfant va associer un signifié à un signifiant. On voit là toute l'importance des rituels pour le développement de la compréhension. Petit à petit, l'enfant va comprendre de plus en plus de mots, et vers 20 mois, on assiste à une véritable explosion lexicale. L'enfant va intégrer la signification de 5 mots environ par jour. Tout cela n'est possible que grâce à des échanges nombreux et variés. Cette compréhension de mots nécessite la constitution d'un stock lexical important.

[47] Dans cette partie, nous nous référons aux cours traitant de la compréhension dispensés en deuxième année à l'école d'orthophonie de Nancy par Mme C. MAEDER.

Parallèlement au développement de la compréhension de mots, l'enfant développe la *compréhension d'énoncés*. Il élabore pour cela des stratégies : vers 2 ans, il va s'appuyer sur les indices lexicaux de l'énoncé (= stratégie lexicale), puis en grandissant il va faire appel à ses connaissances pragmatiques en complément (= stratégie lexico-sémantique). Par la suite, des stratégies plus complexes comme les stratégies positionnelle (l'enfant s'appuie sur l'ordre des mots de l'énoncé) et morphosyntaxique (l'enfant prend en compte les éléments morphosyntaxiques de l'énoncé) apparaissent. La stratégie de compréhension d'un énoncé la plus élaborée est la stratégie complexe qui se développe vers 5 ans et demi- 7 ans, et qui continue à se perfectionner les années suivantes. Grâce à cette stratégie, l'enfant est capable de se décentrer de la situation d'énonciation et de prendre en compte des éléments logico-temporels. Avec le temps, l'enfant parvient à comprendre des énoncés avec des propositions relatives, des passives, des comparatives, etc.

La *compréhension d'un récit*, qui est en fait un ensemble d'énoncés organisés entre eux, est un processus de compréhension complexe. De nombreux éléments interviennent dans la capacité de compréhension d'un récit. La cohérence du texte, le vocabulaire utilisé, la longueur des phrases, le contexte, le thème influencent la compréhension.

La *compréhension d'un discours* est tout aussi complexe que celle d'un récit, sauf qu'une contrainte temporelle s'y ajoute. Le discours est situé dans un lieu donné à un moment donné.

3.2. Qui sont les mauvais compreneurs ?

Un enfant peut avoir des troubles de la compréhension pour diverses raisons.

- Il peut avoir des **problèmes de mémoire** : il aura du mal à relier les informations qui vont entre elles et à faire des inférences.

- **Des troubles cognitifs** peuvent limiter ses capacités de compréhension. L'enfant ne pourra pas trier les informations en fonction de leur importance, ne pourra pas ajuster

ses expériences antérieures aux informations du récit, etc. Ces troubles cognitifs peuvent eux-mêmes être liés à des troubles du raisonnement logico-mathématique. (voir infra).

- **Des troubles de la représentation mentale** vont entraver la compréhension de l'enfant. Il ne parvient pas à se faire d'image de ce qu'il lit ou de ce qui est dit.

A ces diverses causes, nous pouvons également ajouter les cas de dyslexie, et de séquelles de troubles du langage oral et troubles du raisonnement.

Un enfant qui présente des **troubles dyslexiques** a de grosses difficultés en lecture. La lecture est lente, comporte de nombreuses erreurs (confusions de sons, ajouts ou omissions de sons par exemple), donc l'enfant ne peut pas se concentrer sur le but ultime de la lecture qui est la compréhension. La compréhension écrite d'un enfant dyslexique est logiquement perturbée.

Un enfant qui présente des **séquelles de troubles du langage oral** est un enfant qui présente des difficultés d'ordre linguistique. Il peut avoir un lexique pauvre, utiliser des structures de phrases pauvres, etc. Cela est un obstacle pour la compréhension, orale et écrite.

Un enfant qui présente des **troubles du raisonnement** est bien évidemment très handicapé dans sa compréhension. Il est difficile pour lui de s'organiser, de créer des liens entre les évènements, et entre les mots, ce qui engendre des troubles de la compréhension. Comme nous l'avons exposé dans la partie concernant les troubles logico-mathématiques, ce type de trouble peut être à l'origine de troubles langagiers, car sa pensée ne s'est pas structurée correctement.

Le cas des enfants adoptés à l'étranger nous pose question. Il est bien certain que tous ne présenteront pas des troubles de la compréhension. Toutefois, les troubles cognitifs dont ils ont pu souffrir étant petits peuvent être un frein à leur compréhension s'ils n'ont pas comblé ce retard.

3.2. Les difficultés de compréhension et les troubles scolaires.

Les difficultés de compréhension peuvent être une raison de l'échec de l'enfant à l'école. En effet, dans toutes les disciplines scolaires il y a nécessité de comprendre des énoncés ou des textes.

En mathématiques on demande aux enfants de lire et comprendre des énoncés pour résoudre des problèmes. En français, la compréhension est au premier plan puisqu'il s'agit du but de la lecture. En histoire l'enfant doit comprendre les évènements, les lier entre eux.

Nous pourrions continuer l'énumération des disciplines scolaires, mais le constat serait toujours le même. Un trouble de la compréhension est handicapant, à l'école comme à la maison.

Au fil de cette partie théorique, nous avons voulu montrer à quel point la vie pré-adoption d'un enfant a un impact sur sa vie ultérieure. En effet, les conséquences sur le développement de l'enfant ne sont pas anodines, et elles peuvent venir perturber sa nouvelle vie. Le moment de l'entrée à l'école, crucial pour tout enfant, est peut-être encore plus important ici.

Après avoir exposé ces appuis théoriques, nous allons expliquer la démarche méthodologique que nous avons mise au point afin de mener à bien notre étude.

Troisième partie :

Démarche méthodologique

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie, ce mémoire a pour objectif de mettre en évidence si on retrouve une population importante d'enfants adoptés à l'étranger chez les orthophonistes, et si ces enfants présentent des troubles particuliers, puis de faire un lien avec des troubles dans leur scolarité. L'intérêt des orthophonistes pour avoir plus d'informations au sujet de l'adoption internationale est notre dernier objectif. Pour mener à bien notre expérimentation, nous avons mis au point un questionnaire destiné aux orthophonistes afin de recueillir leur point de vue. Nous allons donc expliquer dans cette partie la population choisie, ainsi que l'élaboration du questionnaire.

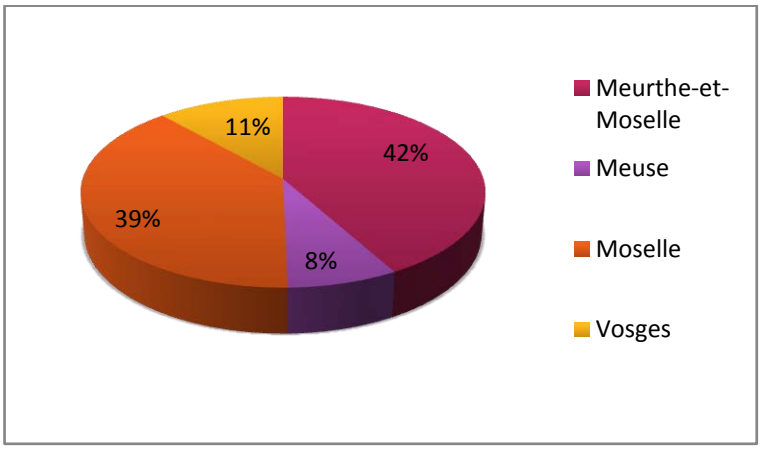
I. La population de l'expérimentation

1. Choix de la population

Le choix de la population à qui allait s'adresser le questionnaire s'est rapidement imposé. En effet, les orthophonistes sont les plus concernés par notre étude, puisque nous voulons faire un état des lieux de la prise en charge orthophonique des enfants adoptés à l'étranger. Nous avons écarté la possibilité de solliciter les familles ayant adopté des enfants à l'étranger, car notre étude porte spécifiquement sur les troubles orthophoniques et les difficultés scolaires de ces enfants, donc cela ne concerne pas tous les enfants issus de l'adoption internationale.

Nous avons choisi de limiter notre espace géographique d'investigation à la Lorraine, ce qui, selon le site Internet des Pages Jaunes®, représente tout de même plus de 459 réponses potentielles[48]. La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de Lorraine nous a fourni les chiffres dont ils disposaient. Au 20 mai 2009, 604 orthophonistes exerçaient en Lorraine, dont 253 en Meurthe-et-Moselle, 47 en Meuse, 234 en Moselle, et 70 dans les Vosges, exercices libéraux et salariés confondus.

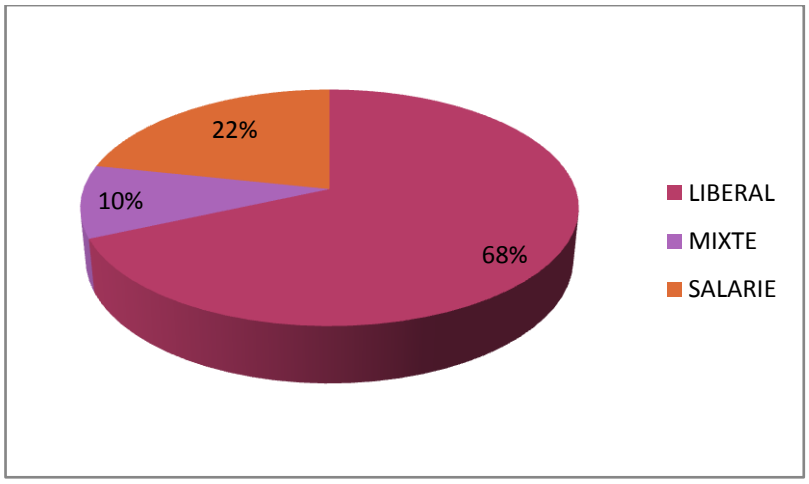
Graph. 6. Répartition des orthophonistes exerçant en Lorraine par département.



La majorité des orthophonistes exercent en Meurthe-et-Moselle et en Moselle.

[48] Source site Internet des Pages Jaunes : www.pagesjaunes.fr

Graph. 7. Mode d'exercice des orthophonistes en Lorraine.



Ce graphique nous indique que les deux tiers des orthophonistes lorrains travaillent en libéral. Seulement 10%, soit environ 60 orthophonistes travaillent en salarié.

Au vu de ces deux graphiques, nous pouvons supposer que nous aurons un plus fort taux de réponses d'orthophonistes qui travaillent en libéral.

2. Le contact de cette population

Il nous a semblé assez difficile matériellement d'envoyer directement le questionnaire à tous ces orthophonistes. Nous avons donc demandé aux responsables des syndicats départementaux FNO[49] de Lorraine de transmettre à leurs adhérents un courriel dans lequel nous avons joint ce que nous avons appelé le « petit questionnaire [50]». Il s'agit est une demande de participation à l'étude qui contient une question principale : *Avez-vous, ou avez-vous eu, dans votre patientèle des enfants adoptés à l'étranger?*

A cette question, une réponse par oui ou non était attendue. Si l'orthophoniste répondait « oui », il lui était alors demandé s'il acceptait de participer à l'étude en remplissant un questionnaire papier ou sur Internet. Si la réponse était « non », il était

[49] Fédération Nationale des Orthophonistes
[50] Voir annexes, p. II

demandé aux orthophonistes de bien vouloir nous le faire savoir en nous répondant par courriel, afin de pouvoir avoir une idée de la proportion d'orthophonistes qui reçoivent en rééducation des enfants adoptés à l'étranger. Les responsables des syndicats départementaux nous ont transmis le nombre d'adhérents à leurs syndicats respectifs. Les voici récapitulés dans un tableau :

TAB 1. Nombres d'orthophonistes lorrains syndiqués à la FNO.

	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Total
Nombre d'orthophonistes en exercice	253	47	234	70	604
Nombre d'orthophonistes syndiqués	91	?	141	36	Au moins 268

Moins de la moitié des orthophonistes lorrains qui exercent sont adhérents au syndicat. Le « petit questionnaire » a donc été envoyé à plus de 268 orthophonistes.

Vingt-huit orthophonistes ont répondu suite à la seule sollicitation des syndicats départementaux. Voici un tableau récapitulatif des réponses obtenues à la question : « Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, dans votre patientèle des enfants adoptés à l'étranger ? »

TAB 2. Réponses suite à la sollicitation des syndicats départementaux.

Oui	**Non**
24	4

Parmi les 28 orthophonistes qui ont répondu, 24 avaient déjà pris en charge des enfants adoptés à l'étranger, et 4 nous indiquaient qu'ils n'en avaient jamais eu en rééducation.

Grâce à diverses rencontres lors de nos stages, au bouche à oreille et à nos connaissances, nous avons réussi à obtenir 10 réponses supplémentaires. Ainsi, nous avons réuni 38 réponses au petit questionnaire. Parmi ces réponses, 30 étaient positives et 8 étaient négatives. Cependant, tous les orthophonistes qui ont répondu qu'ils avaient déjà pris en charge des enfants adoptés à l'étranger n'ont pas accepté de répondre au questionnaire. Seuls 17 orthophonistes ont accepté d'y répondre. Les orthophonistes qui avaient pris en charge plusieurs enfants adoptés à l'étranger nous ont donné des informations concernant plusieurs enfants.

Considérant que nous voulions avoir une vue globale de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes, nous avons complété cette démarche en nous permettant de contacter par téléphone des orthophonistes qui ne nous avaient pas répondu. Cela nous a permis d'avoir les témoignages d'orthophonistes non syndiqués, ou syndiqués à la FOF. Nous avons contacté vingt-sept orthophonistes supplémentaires, afin de pouvoir mettre en évidence si de nombreuses orthophonistes reçoivent des enfants adoptés à l'étranger en rééducation en Lorraine.

En définitive, nous avons récolté 65 réponses à la question « avez- vous déjà eu des enfants adoptés à l'étranger dans votre patientèle ? », et 28 questionnaires remplis nous ont été renvoyés.

II. L'outil d'expérimentation

Après avoir défini clairement la population, nous avons élaboré notre outil d'expérimentation.

1. Le choix de l'outil d'expérimentation : le questionnaire.

Pour recueillir le témoignage des orthophonistes sur leurs patients adoptés à l'étranger, deux possibilités étaient envisageables : l'entretien et le questionnaire.

L'entretien aurait été possible. Cependant, considérant les emplois du temps très chargés des orthophonistes en libéral, il paraissait peu probable qu'un nombre assez important d'orthophonistes répondent favorablement pour en extraire une étude. D'autre part, étant seule pour réaliser ce mémoire, nous n'aurions pas eu le temps de rencontrer un nombre important d'orthophonistes. Nous avons écarté la possibilité de faire passer des entretiens.

Nous avons donc retenu le questionnaire comme outil de travail. Le questionnaire peut être soit administré par une personne qui pose les questions dans l'ordre où elles sont écrites, soit auto-administré. Nous avons choisi cette dernière forme, qui permet une grande liberté au répondant : la personne choisit de le remplir au moment où elle veut, elle n'est pas obligée de tout remplir en une seule fois, et peut prendre le temps de réfléchir à ses réponses. De cette façon, nous espérions avoir le maximum de réponses possibles.

2. L'élaboration du questionnaire

Avant de commencer la rédaction du questionnaire, nous avons déjà réfléchi à ce que nous voulions savoir au sujet de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes. Nous voulions avoir des renseignements sur l'orthophoniste et son sentiment par rapport à l'adoption internationale, mais il semblait également essentiel de recueillir des indices sur la vie de l'enfant avant son adoption, mais aussi son intégration dans sa famille en France. Le suivi de l'enfant en orthophonie et sa pathologie était un sujet inévitable, et même central, tout comme sa scolarité. Nous avons donc créé quatre volets, portant chacun sur les domaines précités, ce qui facilite la lisibilité du questionnaire.

Ce questionnaire n'a pas été élaboré en une seule fois. Il a été modifié au fil de nos recherches et de nos rencontres : les questions ont été précisées, les domaines abordés plus recentrés. L'ordre des questions a également été revu plusieurs fois. Dans la première version du questionnaire, les questions d'entrée concernaient l'enfant et son vécu pré-adoption. Nous avons cependant considéré que l'orthophoniste qui répondrait n'aurait pas forcément d'éléments de réponses précis à ce sujet, ce qui n'aurait peut-être pas donné envie de continuer à remplir le questionnaire. Aussi avons-nous pensé qu'il serait mieux de commencer par des questions concernant l'orthophoniste et sa pratique. Nous avons essayé de respecter une progression logique. Le questionnaire a également été amélioré sur la forme afin qu'il soit clair, lisible et agréable à lire pour la personne qui y répond, mais aussi pour qu'il soit plus facile à dépouiller au moment de l'analyse des résultats. Le questionnaire envoyé aux orthophonistes est la septième version.

Il a été testé auprès d'une orthophoniste qui a accepté de passer un entretien, ce qui nous a permis de le valider.

3. Les questions

Le questionnaire comporte trois types de questions : des questions fermées, des questions à choix multiples, et des questions ouvertes qui sont réparties au sein de quatre volets. Cela représente cinquante-trois questions.

3.1. Les différents types de questions

3.1.1. Les questions fermées

Ce type de questions demande une réponse de type oui/non. Les réponses sont déjà formulées, les orthophonistes n'ont donc qu'à cocher la case correspondante. L'avantage de ce type de questions est que l'analyse des résultats est facilitée. Il ne peut pas, en effet, y avoir d'erreurs d'interprétation.

3.1.2. Les questions à choix multiples.

Tout comme pour les questions fermées, les réponses sont formulées à l'avance. Il peut s'agir de réponses tout à fait distinctes les unes des autres, ou bien d'une gradation dans les réponses à l'aide d'adverbes par exemple. Une nouvelle fois, l'avantage de ce type de questions est d'éviter les erreurs d'interprétation. Il est à noter que, la plupart du temps, on trouve parmi les réponses proposées la réponse « autre(s) ». Cela donne la possibilité aux orthophonistes de compléter leur réponse s'ils trouvent que les réponses données ne correspondent pas tout à fait à ce qu'ils pensent, ou si leur réponse ne figure dans la liste proposée (cette liste n'est jamais exhaustive).

3.1.3. Les questions ouvertes.

Ces questions laissent une entière liberté de réponse aux orthophonistes. La place allouée à la réponse est la seule limite. Le grand avantage de ces questions est la possibilité de recueillir des témoignages riches, avec de nombreux détails. Cependant, ces questions peuvent être un frein si les orthophonistes ont peu d'éléments à nous livrer. De plus, elles demandent plus de temps et d'investissement pour eux, ce qui peut les amener

à ne pas y répondre. Cette réflexion nous a conduite à en limiter l'utilisation, afin de ne pas bloquer les orthophonistes. D'autre part, ces questions sont souvent plus difficiles à analyser du fait de la multitude de réponses différentes que l'on reçoit. Il est difficile de ne pas perdre en qualité lorsqu'on essaie de faire des recoupements de réponses entre elles. L'exploitation de ces questions est avant tout d'ordre qualitatif, et non quantitatif.

On retrouve dans notre questionnaire une majorité de questions fermées ou à choix multiples : 36 questions sur 53 au total. Le mélange de ces types de questions permet de réellement donner la parole aux orthophonistes, tout en les guidant dans leur réflexion au fil du questionnaire.

3.2. Les différents volets et leurs questions

Le questionnaire est composé de quatre volets: « l'orthophoniste », « l'enfant », « l'enfant et le suivi en orthophonie », « l'enfant et l'école » dans lesquels sont réparties les cinquante-cinq questions.

3.2.1. Premier volet : l'orthophoniste

Cette première partie est destinée à « faire connaissance » avec l'orthophoniste qui remplit le questionnaire, et à en savoir plus sur son expérience avec les enfants adoptés à l'étranger.

1. Nom
2. Prénom

Il nous a semblé opportun de demander en premier lieu les nom et prénom de l'orthophoniste, tout en précisant que cela ne figurerait pas dans le mémoire, afin de montrer l'intérêt que l'on porte à la personne en tant qu'individu, et à ce qu'elle va nous dire. Nous ne pouvons mesurer la gêne du fait que le questionnaire ne soit pas anonyme chez les orthophonistes. Cependant, les orthophonistes qui ont accepté de participer à l'étude nous ont envoyé un courriel ou un courrier. Elles nous avaient donc donné leurs

coordonnées afin que nous puissions les contacter avant même de remplir le questionnaire. L'anonymat total n'aurait jamais pu exister dans notre étude.

3. Travaillez-vous dans un cabinet libéral ou en salarié ?

Cette question sur l'exercice de la profession est destinée à savoir si on retrouve les enfants adoptés à l'étranger plutôt dans des cabinets libéraux, ou en centre de types Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ou en Institut Médico-Educatif (IME).

4. Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'orthophoniste ?
5. Combien d'enfants adoptés à l'étranger avez-vous rencontrés au cours de votre carrière ?

Ces deux questions sont complémentaires. Puisque le nombre d'enfants adoptés à l'étranger augmenté au fil des années, nous voulons estimer si le nombre de prises en charge a également augmenté. Nous pourrons comparer le nombre d'enfants adoptés dans un pays étranger qui ont été pris en charge par des orthophonistes qui exercent depuis de nombreuses années à celui d'orthophonistes n'exerçant que depuis quelques années.

6. Combien en avez-vous actuellement en rééducation?

Nous voulons faire un état des lieux de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger aujourd'hui. De plus, les orthophonistes qui ont des enfants adoptés à l'étranger en rééducation actuellement auront certainement plus d'éléments à nous livrer concernant l'enfant, son vécu, et sa pathologie par rapport à des orthophonistes qui évoqueront des prises en charge anciennes.

7. Pensez-vous que le nombre de vos patients adoptés à l'étranger a augmenté au fil des années?

Cette question nous permet d'avoir le point de vue des orthophonistes sur l'évolution de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger au fil des années. Il est évident que la réponse sera pertinente plus particulièrement pour les orthophonistes qui ont déjà un certain nombre d'années d'exercice derrière elles. Les réponses de cette

question seront corrélées avec celles des questions n°4 et 5 de ce même volet. Nous pourrons ainsi comparer le ressenti des orthophonistes avec des chiffres.

8. Avez-vous déjà hésité pour prendre en charge un enfant adopté en rééducation ? Pour quelles raisons ?

A travers cette question, nous pouvons avoir une idée de la vision qu'ont les orthophonistes de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger. En effet, il nous est apparu que les orthophonistes pouvaient considérer la prise en charge de retard de parole ou de langage non pas comme une rééducation, mais comme l'apprentissage d'une nouvelle langue, et de ce fait hésiter pour la prise en charge. La deuxième partie de la question sur les raisons possibles de l'hésitation est une question ouverte, pour avoir pleinement l'avis de l'orthophoniste.

3.2.2. Deuxième volet : l'enfant

Dans cette partie du questionnaire, nous faisons connaissance avec l'enfant adopté à l'étranger qui a été pris en charge par l'orthophoniste. Il nous semblait essentiel d'avoir des précisions sur la vie pré-adoption de cet enfant, afin de pouvoir établir une sorte de profil des enfants adoptés à l'étranger qui consultent les orthophonistes. De plus, comme nous l'avons expliqué dans la partie théorique, la vie pré-adoption de l'enfant peut être riche d'implications pour le développement ultérieur de l'enfant. Cependant, les orthophonistes ne sont pas les personnes les plus à même de répondre à ces questions, et l'évocation de prises en charge anciennes ne leur permettra pas demander des précisions aux parents. Les réponses seront peut-être incomplètes. Aussi tiendrons-nous de ce biais compte dans l'analyse des résultats.

1. Quel âge a cet enfant?

Cette question va nous permettre de dresser des profils selon l'âge des enfants, de les situer par rapport au développement d'un enfant biologique. Elle nous permet aussi d'évaluer son âge par rapport à la rééducation : il serait plus surprenant de voir un enfant de huit ans pris en charge pour un retard de langage qu'un enfant de cinq ans.

2. De quel pays est-il originaire?
3. A quel âge a-t-il été adopté?

Lorsqu'on évoque l'adoption internationale, le pays d'origine et l'âge d'adoption sont les premiers éléments auxquels on pense. Ces questions nous permettrons de mettre en évidence des facteurs de risques de difficultés. On sait que l'âge d'adoption a une influence importante sur le développement affectif, social et cognitif d'un enfant. Plus il est adopté jeune, moins il a passé de temps en pouponnière ou en orphelinat qui sont généralement des lieux où l'enfant est peu stimulé. En ce qui concerne le pays d'origine, l'étude d'EFA citée dans la partie problématique, a mis en évidence des différences de réussite scolaire entre enfants venant de régions du globe différentes (par exemple, les enfants asiatiques auraient de meilleurs résultats que les enfants africains…). Cependant, le pays d'origine est à corréler avec l'âge au moment de l'adoption, qui est très différent d'un pays à l'autre. Le pays en soi n'est pas un facteur de risques.

4. Avant son adoption, a t-il vécu avec sa famille biologique ? dans un orphelinat ? en famille d'accueil ?
5. Combien de lieux de vie a-t-il connu avant son arrivée en France?

Ces deux questions permettent d'avoir des précisions sur les conditions de vie de l'enfant avant son adoption. On peut supposer que plus il a vécu dans des lieux de vie différents, plus il a subi de séparations. Ces séparations sont des ruptures dans son développement, et autant de traumatismes supplémentaires qui peuvent avoir une influence sur son développement ultérieur. La question sur les conditions de vie de l'enfant avant son adoption (orphelinat, famille d'accueil ou biologique), nous permet de savoir si l'enfant a vécu ses premières années de vie entouré de ses pairs, où les nourrices n'ont que peu de temps à accorder à chaque enfant, ou bien s'il a pu se développer dans un univers où quelqu'un avait plus de temps à lui accorder. La présence d'un adulte protecteur, qui prend soin de lui, peut jouer positivement sur le développement de l'enfant par la suite. Il faut cependant garder à l'esprit que, souvent, les parents adoptifs n'ont pas d'informations très précises sur la vie de leur enfant durant cette période, donc l'orthophoniste qui répond n'a pas forcément d'éléments à nous livrer. De ce fait, nous ne pourrons pas non plus être sûre qu'un enfant qui a passé quelques mois avec sa famille biologique aura eu des conditions de vie plus favorables à son développement ultérieur

qu'un enfant qui a passé quelques mois à l'orphelinat. Les réponses à cette question nous permettront d'avoir une vue globale de la vie pré-adoption de l'enfant, mais nous nous garderons de tirer des conclusions hâtives des données recueillies.

6. Maitrisait-il sa langue maternelle avant d'arriver?

On s'intéresse ici au niveau de l'enfant dans sa langue maternelle. Il est évident que cette question ne concerne pas les enfants qui ont été adoptés très tôt. Cependant, pour les enfants qui étaient en âge de parler, il est intéressant de voir s'ils maitrisaient leur langue maternelle, et si ce n'était pas le cas, si cela était dû à un retard de langage dans leur langue, ou bien s'ils étaient encore un peu jeunes pour la maîtriser parfaitement. Si un retard de langage est objectivé, on peut supposer que cela aura des répercussions dans l'apprentissage du français.

7. A t-il été scolarisé dans son pays d'origine?
8. A quel niveau scolaire?
9. A-t-il appris à lire dans sa langue maternelle?
10. A-t-il appris à écrire dans sa langue maternelle?
11. Présentait-il des difficultés à l'école?

Tout comme la maîtrise de la langue maternelle, les informations concernant la scolarité de l'enfant dans son pays d'origine peuvent nous renseigner sur d'éventuelles difficultés préexistantes à l'adoption. D'autre part, on pourrait supposer qu'un enfant qui a appris à lire dans sa langue maternelle a plus de facilités lors de l'apprentissage de la lecture en France, puisqu'il a compris le système de transcription phonème-graphème.

11. L'intégration de l'enfant dans sa nouvelle vie s'est-elle bien passée?
12. Comment l'enfant s'est-il approprié la langue française?

Ces deux questions qui concernent l'arrivée de l'enfant en France vont nous permettre de nous faire une idée de l'intégration de l'enfant dans sa nouvelle vie. Cela permet d'émettre l'hypothèse que certaines difficultés pourraient apparaitre dès les premiers instants de l'adoption.

3.2.3. Troisième volet : l'enfant et le suivi en orthophonie

Cette partie est essentielle car nous voulons mettre en évidence d'éventuels troubles orthophoniques spécifiques chez les enfants adoptés à l'étranger. Les réponses aux questions de cette partie seront à corréler avec celles du vécu de l'enfant avant et juste après son adoption. Nous pourrons ainsi envisager des troubles qui seront spécifiques à un âge d'adoption, ou aux lieux de vie différents.

1. Qui a conseillé aux parents adoptifs de consulter un orthophoniste pour effectuer un bilan?

Nous voulons savoir si les parents ont eu conscience du trouble, ou s'il est plutôt apparu au moment de l'entrée à l'école. L'école est un lieu important de changement, un lieu de socialisation. Il serait alors logique que certaines difficultés apparaissent à ce moment crucial, où les exigences sont accrues.

2. Pour quelle(s) raison(s) les parents sont-ils venus vous consulter?
3. Quel diagnostic orthophonique avez-vous posé?

Il est intéressant de pouvoir comparer la demande des parents au diagnostic posé par l'orthophoniste. On notera s'il y a un décalage, ou pas. De plus, connaître le diagnostic de l'orthophoniste est indispensable pour notre étude, car ainsi nous allons pouvoir repérer si certaines pathologies sont prédominantes.

4. L'anamnèse a-t-elle été particulière ? Si oui, en quoi a-t-elle été particulière?
5. Lors du bilan, avez-vous été obligé(e) de modifier votre façon de procéder? De quel point de vue?

Notre hypothèse reposant sur le fait qu'il existe des pathologies particulières aux enfants adoptés à l'étranger, nous pouvons supposer que le bilan proposé a été différent. Par bilan, nous entendons la passation des épreuves des tests utilisés. L'anamnèse quant à elle est la première prise de connaissance avec l'enfant et sa famille. On peut penser que la situation particulière qu'entraine l'adoption pourrait conduire l'orthophoniste à modifier ses questions.

6. Avez-vous entrepris une rééducation pour cet enfant?

Nous voulons savoir si une rééducation a été systématiquement entreprise après le bilan.

7. Pour un même trouble, cette rééducation a-t-elle été plus longue que celle pour un enfant biologique?
8. La rééducation a-t-elle été différente de celles que vous entreprenez habituellement? Si oui, en quoi?
9. Avez-vous remarqué des difficultés spécifiques chez cet enfant adopté à l'étranger? Si oui, quelles sont ces difficultés?

Ces questions vont nous servir à mettre en évidence des particularités dans la rééducation d'enfants adoptés à l'étranger, ainsi que des difficultés spécifiques. Les orthophonistes sont amenées à comparer ces rééducations à celles d'enfants tout-venant. L'objectif est ici de mettre en évidence une singularité dans les prises en charge d'enfants adoptés à l'étranger. La deuxième partie des questions 8 et 9 est une question ouverte, ce qui va nous permettre de recueillir le ressenti des orthophonistes à ce sujet.

10. Si vous avez eu l'occasion de suivre plusieurs enfants adoptés à l'étranger, est-ce qu'ils ont tous présenté le même type de difficulté?

La dernière question s'adresse à des orthophonistes qui ont pris en charge plusieurs enfants adoptés à l'étranger dans leur carrière. Cela leur permet de comparer les enfants et leurs troubles. On peut supposer par exemple que l'on retrouvera un manque de manipulations et d'expériences chez de nombreux enfants lors de leur vie pré-adoption, ce qui pourrait entrainer un nombre élevé d'enfants pris en charge pour des troubles logico-mathématiques.

3.2.4. Quatrième volet : L'enfant et l'école

Ce dernier volet est entièrement consacré à l'enfant et son école. L'objectif de cette partie est d'analyser comment se passe la scolarité de l'enfant, tant du point de vue de sa socialisation que de celui de ses résultats scolaires. Les réponses à ces questions seront à corréler avec les réponses concernant le suivi orthophonique de l'enfant, afin de mettre

en évidence un éventuel lien entre les difficultés scolaires et le(s) trouble(s) orthophonique(s).

1. L'enfant est-il bien intégré à l'école auprès de ses instituteurs? auprès des autres enfants de sa classe ? auprès des enfants de son âge?

Cette question vise à évaluer l'intégration de l'enfant dans son école, donc de savoir s'il s'y sent bien. Nous avons opéré une distinction entre « les enfants de son âge » et « les enfants de sa classe » car il arrive fréquemment qu'un enfant adopté, à son arrivée en France, soit scolarisé dans une classe de niveau inférieur à celui de son âge.

2. A son arrivée en France, l'enfant a-t-il intégré une classe qui correspondait à son âge? Si non, est-il passé en niveau supérieur en cours d'année?

La scolarisation dans une classe de niveau inférieur, qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant adopté, permet à l'enfant de prendre ses repères, de s'intégrer dans un nouveau système, et surtout d'acquérir des bases solides au rythme d'un enfant qui entre dans les apprentissages. Cette question vise à savoir si les professeurs des écoles concernés, l'inspecteur d'académie et la famille ont jugé qu'il fallait laisser le temps à l'enfant de faire les acquisitions qu'il n'a pas pu réaliser auparavant. Logiquement, cette question ne concerne que les enfants qui ont été adoptés alors qu'ils étaient en âge d'aller à l'école française. La deuxième partie de la question nous permet de mesurer la rapidité d'acquisition des compétences requises dans la classe intégrée. On peut en effet supposer que l'enfant ne passe en classe supérieure que s'il a acquis les compétences requises en cours d'année, et donc s'il a réussi à rattraper le retard qui l'empêchait de rejoindre une classe avec des enfants de son âge.

3. L'enfant a-t-il redoublé une classe pendant sa scolarité? Si oui, laquelle?

Le redoublement dans la scolarité des enfants adoptés est relativement fréquent comparé à celui des enfants biologiques d'une même famille[51]. Nous voulons ici savoir à quel moment de sa scolarité l'enfant a présenté des difficultés. Est-ce qu'elles apparaissent dès les premières années à l'école, en maternelle, ou plus tard, au moment

[51] Voir première partie : problématique, p. 14.

de l'entrée dans la lecture et l'écriture, ou bien encore plus tard, lorsque les exigences sont de plus en plus importantes ? Les raisons du redoublement ne seront pas les mêmes à chaque moment de la vie scolaire de l'enfant. Nous devrons prendre en compte l'âge de l'enfant au moment de l'adoption, car un enfant adopté à quelques mois n'aura pas le même parcours scolaire qu'un enfant adopté à plus de 6 ans, âge auquel la scolarité est obligatoire en France.

4. L'enfant a-t-il des domaines dans lesquels il se sent plus à l'aise ? Lesquels?
5. Existe-t-il des domaines dans lesquels il se sent en échec ? Lesquels ?

Il est intéressant de connaître les points forts et les points faibles de l'enfant. Cela permet de confirmer ou non ce qu'a pu observer l'orthophoniste au niveau des difficultés de l'enfant. De plus, notre mémoire veut mettre en évidence des troubles orthophoniques qui auraient une résonnance sur la scolarité de l'enfant adopté à l'étranger, donc cette question nous permettra de mettre en avant ce lien.

6. L'enfant est-il suivi par le RASED (Réseau d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficultés) ?

Le RASED est une structure qui est mise en place dans certains établissements, lorsque plusieurs élèves présentent des difficultés massives à l'école. Des maîtres spécialisés interviennent alors pour prendre certains enfants en petits groupes, ou seul à seul. Cette question nous permettra d'avoir une idée du degré de difficultés éprouvé par l'enfant dans sa scolarité.

7. A votre avis, les troubles pour lesquels l'enfant est suivi en orthophonie ont-ils une incidence sur sa réussite à l'école ?

Cette question nous permet d'avoir le ressenti de l'orthophoniste sur les troubles orthophoniques de l'enfant et leur lien avec la réussite de l'enfant à l'école.

8. L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi psychologique ? psychothérapeutique ? psychomoteur ? autre(s) ?

A travers cette question, nous voulons savoir si l'enfant bénéficie d'autres prises en charge que l'orthophonie. Cela nous mènera à voir si les troubles sont plus globaux, donc non purement orthophoniques.

3.2.5. Questions complémentaires

Nous avons choisi de terminer notre questionnaire par une question ouverte :

Souhaiteriez-vous bénéficier d'informations supplémentaires sur l'adoption internationale ? Quels aspects vous intéresseraient plus particulièrement ?

En plaçant cette question à la fin, nous savons que les orthophonistes auront eu le temps au fil du questionnaire de s'interroger sur la problématique de l'adoption internationale. Ils seront donc plus à même de savoir quelles sont les informations qui leur manquent et qu'ils désireraient avoir.

III. L'expérimentation

Le questionnaire est auto-administré, c'est-à-dire que les orthophonistes l'ont rempli seuls, en dehors de tout entretien. Il a été envoyé par voie postale pour certaines orthophonistes, ou par courriel. Remplir un questionnaire sur Internet, par le biais d'un courriel, n'est pas chose aisée car il y a un risque relativement important de perdre les données, ou de modifier le questionnaire. Héberger le questionnaire sur une plateforme aurait facilité les réponses, et certainement amélioré le taux de réponses, mais cela était au-dessus de nos compétences en informatique. Seulement deux orthophonistes nous ont sollicitée afin de recevoir la version papier du questionnaire. Nous n'avons reçu que quatre questionnaires remplis par courriel. La majorité des orthophonistes a préféré nous envoyer le questionnaire rempli par voie postale. A la date du 1er mars 2009, nous n'avions reçu que 13 réponses, alors que 24 orthophonistes avaient accepté de répondre au questionnaire suite à la sollicitation du syndicat. Aussi avons-nous décidé de relancer les orthophonistes qui avaient accepté de participer à l'étude en leur envoyant par courrier le questionnaire. Nous avons ainsi pu recevoir les réponses de quatre autres

orthophonistes. Nous n'avons donc pas reçues les réponses de tous les orthophonistes qui avaient accepté de participer à l'étude.

IV. La préparation des données

Une fois les questionnaires remplis, il n'a pas été possible de travailler directement dessus pour en déduire une analyse. Pour pouvoir les exploiter, il a fallu coder les réponses aux questions, ce qui permet de concentrer les informations recueillies dans un tableau, avec des chiffres correspondant aux réponses données.

1. Le codage des données[52]

La première étape de ce travail de codage est de transformer toutes les questions en variables. Une variable peut prendre un certain nombre de valeurs, et ces valeurs seront les réponses recueillies.

Ensuite, il faut attribuer un code aux réponses reçues. Pour les questions fermées de type « oui-non », le codage est facile et rapide, il peut être fait avant d'avoir reçu les questionnaires remplis : la réponse « oui » est codée par 1, la réponse « non » par 2, et lorsque la personne ne sait pas, le codage est 9. Pour les questions à choix multiples, c'est le même principe. On accorde un numéro à chaque réponse qui était proposée. En revanche, le codage des questions ouvertes est plus complexe. Tout d'abord, il ne peut être réalisé qu'après réception des questionnaires remplis. D'autre part, des questions ouvertes peuvent amener à un grand nombre de réponses disparates, or cela n'a pas d'intérêt dans une étude. Il faut alors procéder par recoupements. Il faut constituer des catégories de réponse. Il s'agit d'un travail long, puisque chaque questionnaire doit être minutieusement analysé.

[52] N. BERTHIER, *Les techniques d'enquête en sciences sociales, méthode et exercices corrigés,* Paris, collection Cursus, Armand Colin, 2006.

2. L'élaboration du dictionnaire de codage

L'élaboration de ce code conduit à la constitution d'un dictionnaire de codage, document précieux puisque toutes les données du questionnaire y sont recensées et codées.

Voici le dictionnaire de codage de notre étude :

Dictionnaire de codage du questionnaire.

1ère partie: L'orthophoniste.

QUESTION (résumé)	Numéro de la variable	Description du codage
Mode d'exercice	1	1= libéral 2=salarié 3=mixte
Nombre d'année d'exercice	2	1=moins d'1 an 2= entre 1 et 5 ans 3=entre 6 et 15 ans 4= entre 16 et 25 ans 5= plus de 25 ans
Nombre d'enfants adoptés à l'étranger rencontrés pendant la carrière	3	1= entre 1 et 3 2= entre 4 et 6 3= plus de 6
Nombre d'enfants adoptés à l'étranger en rééducation actuellement	4	1= 0 2= 1 3= 2 4= plus de 2
Augmentation du nombre de prise en charge d'enfants adoptés à l'étranger	5	1= oui 2= non 9= NSP
Hésitation pour la prise en charge d'un enfant adopté à l'étranger	6	1= oui 2= non

Raisons de l'hésitation	7	1= Difficultés de faire la part des choses entre troubles linguistiques et difficultés d'acquisition de la langue du pays d'adoption.

2ème partie : L'enfant.

QUESTION (résumé)	**Numéro de la variable**	**Description du codage**
Age de l'enfant au moment de la prise en charge.	8	1= entre 3 ans et 5 ans et demi 2=entre 5 ans et demi et 9 ans 3= 10 ans et plus
Pays d'origine de l'enfant	9	1= Colombie 2= Brésil 3= Haïti 4= Guatemala 5= Vietnam 6= Cambodge 7= Chine 8= Sri Lanka 9= Thaïlande 10= Roumanie 11= Pologne 12= Bulgarie 13= Russie 14= Ethiopie
Age au moment de l'adoption.	10	1= entre 0 et 7 mois 2= entre 7 mois et 3 ans 3= entre 3 ans et 6 ans 4= plus de 6 ans
Les lieux de vie pré-adoption.	11	1= famille biologique 2= orphelinat 3= famille d'accueil 9= ne sait pas
Nombre de lieux de vie pré-adoption	12	1= 1 2= 2 9= ne sait pas
Niveau de maîtrise de la langue maternelle.	13	1= couramment 2= moyennement 3= pas du tout 9= ne sait pas
Scolarisation dans le pays d'origine	14	1= oui 2= non

		9= ne sait pas
Niveau scolaire	15	1= maternelle 2= primaire
Apprentissage de la lecture dans le pays d'origine	16	1= oui 2= non 9= ne sait pas
Apprentissage de l'écriture dans le pays d'origine	17	1= oui 2= non 9= ne sait pas
Difficultés à l'école dans le pays d'origine	18	1= oui 2= non 9= ne sait pas
Bonne intégration de l'enfant en France	19	1= oui 2= non 3= plus ou moins
Appropriation de la langue française	20	1= facilement 2= lentement 3= difficilement

3ème partie : L'enfant et le suivi en orthophonie.

Personne(s) ayant conseillé la consultation d'un orthophoniste	21	1= décision personnelle des parents 2= membres ou amis de la famille 3= enseignant 4=médecin de famille/ pédiatre 5=dépistage PMI en Moyenne Section de maternelle. 6= psychologue scolaire/ médecin scolaire
Raisons de la consultation	22	1= difficultés en langage oral 2= difficultés en langage écrit 3= difficultés en raisonnement/maths/logique 4= troubles de la compréhension 5= autres
Diagnostic orthophonique	23	1= retard de parole 2= retard de langage 3= trouble d'articulation 4= troubles spécifiques du langage écrit 5= troubles de la logique et des mathématiques 6= bégaiement 7= rhinolalie 8= autres

Anamnèse particulière	24	1= oui 2=non
Les types de particularités	25	1= anamnèse plus détaillée pour retracer le parcours de l'enfant. 2= éléments imprécis quant au passé et aux stimulations langagières de l'enfant 3= pas osé poser de questions supplémentaires 4= l'adoption n'a pas été évoquée 5= enfant qui vient perturber l'entretien.
Modifications du bilan	26	1= oui 2= non
Les types de modification du bilan	27	1= Période de mise en confiance, de réassurance a dû être mise en place. 2= Simplification des énoncés car gros troubles de la compréhension 3= résultats du bilan nuancés. 4= gros trouble du comportement de l'enfant.
Rééducation entreprise	28	1= oui 2= non
Rééducation plus longue	29	1= oui 2= non
Rééducation différente	30	1= oui 2= non
Les différences	31	1= installation d'une nouvelle langue plutôt que normalisation d'une langue 2= Guidance parentale accrue 3= troubles du comportement de l'enfant 4= Gros décalage entre compétences sur des choses élaborées et méconnaissance de choses basiques (tous domaines) 5= retard de maturation psychoaffective. 6= manque d'intérêt 7= nécessité de réussir 8= difficultés multiples et difficiles à cerner.
Difficultés spécifiques chez l'enfant adopté à l'étranger.	32	1= oui 2= non
Type de difficultés	33	1= troubles du comportement 2= difficulté d'installation des pré-

		requis au langage/ d'intégration de la structure syntaxique de la langue française 3= troubles du raisonnement important 4= relation à l'adulte pauvre, peu de communication 5= difficultés de structuration spatio-temporelle 6= Absence d'initiatives, de curiosité 7= problèmes médicaux. 8= temps d'adaptation (nourriture, climat) à la France 9= enfant ayant un grand manque d'expérience dans son vécu
Mêmes difficultés chez tous les enfants adoptés à l'étranger pris en charge	34	1= oui 2= non

4ème partie : L'enfant et l'école.

Intégration de l'enfant auprès de ses instituteurs	35	1= oui 2= non
Intégration de l'enfant auprès des autres enfants de sa classe	36	1= oui 2= non
Intégration auprès des enfants de son âge	37	1= oui 2= non
scolarisation dans une classe correspondant à son âge	38	1= oui 2= non
si pas classe correspondant à l'âge, passage dans classe supérieure en cours d'année	39	1= oui 2= non
Redoublement	40	1= oui 2= non
Classe redoublée	41	1= classe de cycle 1 ou 2 2= classe de collège
Domaines de prédilection	42	1= oui 2= non

Lesquels	43	1= activités manuelles 2= sport 3= maths (exercices répétés et très structurés) 4= lecture 5= histoire 6= culture générale
Domaines en échec	44	1= oui 2= non
Lesquels	45	1= mathématiques/ raisonnement 2= lecture/compréhension écrite 3= histoire-géographie 4= expression orale 5= langues étrangères
Suivi du RASED	46	1= oui 2= non
Incidences des troubles orthophoniques sur la réussite à l'école	47	1= certainement 2=probablement 3=pas du tout
Suivi psychologique	48	1= oui 2= non
Suivi psychothérapeutique	49	1= oui 2= non
Suivi psychomoteur	50	1= oui 2= non
Autre suivi(s)	51	1= traitement médicamenteux (Ritaline®) 2= suivi dans une structure (CMP, CAMSP..)

Questions complémentaires.

Désir d'informations supplémentaires sur l'adoption internationale	52	1= oui 2= non
Quelles informations	53	1= pays d'origine et difficultés spécifiques 2= le devenir des enfants 3= le parcours des parents pour aboutir à l'adoption.

Grâce à ce travail, nous avons appliqué la codification des données aux réponses de chaque questionnaire. Nous avons ainsi tout regroupé dans un tableau de données.[53] Cela a été la base de notre travail d'analyse des résultats.

V. Limites et difficultés de cette étude.

Lors de l'élaboration de notre travail, nous sommes restée consciente des limites de notre étude.

Tout d'abord, notre travail sur les troubles orthophoniques des enfants adoptés est géographiquement réduit à la Lorraine, ce qui ne nous permet pas d'étendre nos résultats à toute la France. D'autre part, nous n'avons que les réponses des orthophonistes qui ont bien voulu participer à l'étude. Nous n'avons eu qu'un pourcentage réduit de réponses à notre petit questionnaire, la plupart étant positives. Cela signifie peut-être qu'une partie des orthophonistes qui n'ont pas eu d'enfants adoptés à l'étranger en rééducation n'ont pas répondu à l'étude.

Ensuite, certaines questions sur l'enfant, son adoption et sa scolarité étaient précises, et il est tout à fait possible que les orthophonistes n'aient pas les réponses à ces questions.

Il faut également garder à l'esprit que nous ne parlerons que des enfants dont les parents ont fait la démarche de consulter un orthophoniste.

[53] Annexes, p. XI

Quatrième partie :

Analyse des résultats

Comme nous l'avons expliqué dans la partie expérimentale de ce mémoire, nous avons reçu 28 réponses spontanées après l'envoi de notre « petit questionnaire » par les syndicats départementaux FNO. Grâce au bouche à oreille, et aux rencontres réalisées durant nos stages, nous avons obtenu 10 réponses supplémentaires. Parmi ces 38 réponses, 30 étaient positives : les orthophonistes avaient déjà pris en charge des enfants adoptés à l'étranger. Malheureusement, tous ces orthophonistes n'ont pas accepté de répondre à notre questionnaire. Seuls 17 d'entre eux ont accepté. Le nombre de réponses est faible, mais nous nous permettons d'ajouter que ces 17 orthophonistes ont accepté d'exposer le cas de plusieurs enfants adoptés à l'étranger lorsqu'elles le pouvaient. Cela nous permettra d'analyser 28 questionnaires.

Considérant le faible taux de réponses, il est évident que nous ne pourrons pas nous permettre de généraliser les résultats de notre étude. Ils nous donnent une idée de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes, et ils pourront servir de base à une étude ultérieure.

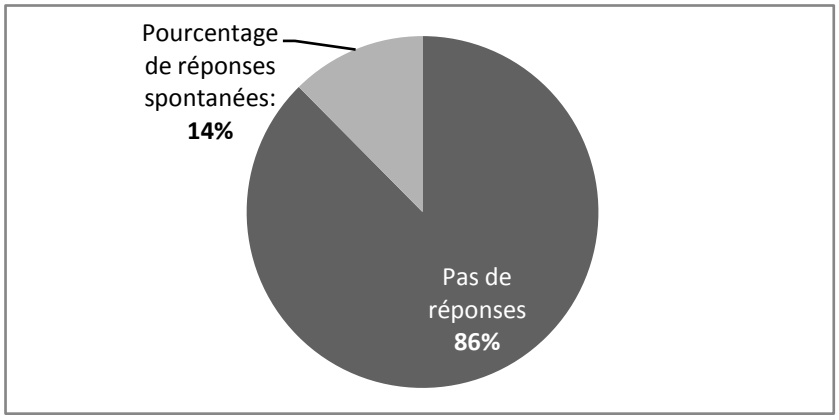
Nous présenterons les résultats volet par volet, puis nous proposerons une analyse plus globale. La première phase de notre travail ayant été l'envoi du « petit questionnaire » aux orthophonistes, nous commencerons l'analyse des résultats par cela.

I. Analyse du « petit questionnaire »

Au-delà d'être une demande de participation à notre étude, le petit questionnaire nous a permis d'avoir une idée de la proportion d'orthophonistes lorrains recevant en rééducation des enfants adoptés à l'étranger.

Environ 268 orthophonistes sont syndiqués (nous n'avons pas eu de réponses concernant le nombre d'orthophonistes syndiqués en Meuse), sur les 604 orthophonistes exerçant en Lorraine. Cela représente 44% des orthophonistes lorrains. Notre petit questionnaire a donc été envoyé à un peu moins de la moitié des orthophonistes lorrains.

Graph 8. Taux de réponses obtenues sur sollicitation des syndicats départementaux.



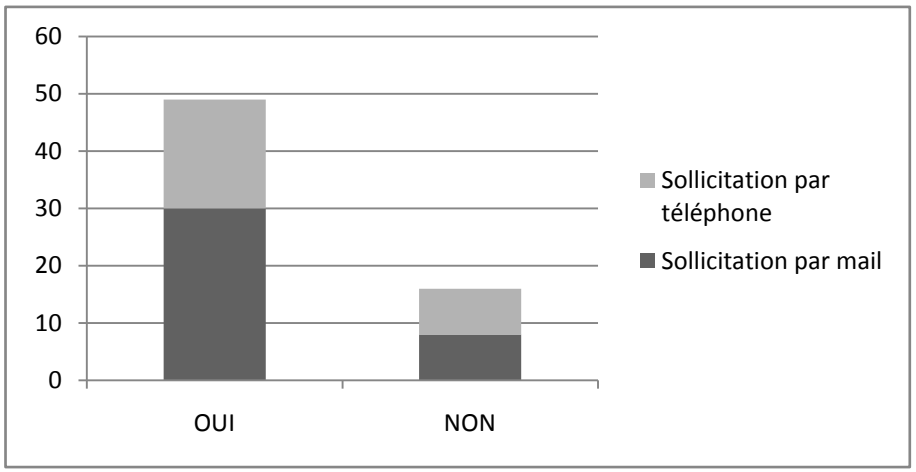
38 orthophonistes nous ont répondu par courriel ou par courrier suite à cette demande, soit à peine 15% des orthophonistes syndiqués en Lorraine. Sur le nombre total d'orthophonistes exerçant en Lorraine, cela représente un taux de réponse de 6%.

Considérant que le nombre de réponses était un peu faible au vu de notre objectif de faire un état des lieux de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes lorrains, nous avons décidé de contacter des orthophonistes directement par téléphone. Notre but n'était pas obligatoirement que les orthophonistes répondent à notre questionnaire, mais plutôt de réaliser un sondage sur la réalité, ou non, de la prise

en charge d'enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes. Nous avons ainsi obtenu 27 réponses supplémentaires au petit questionnaire, soit un total de 65 réponses.

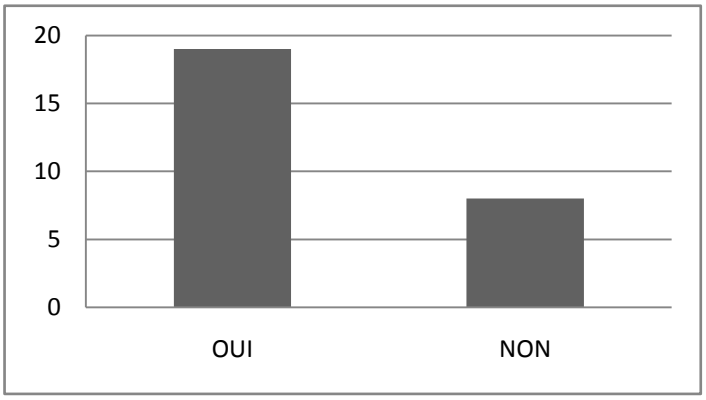
A la question « avez-vous ou avez-vous déjà eu des enfants adoptés à l'étranger dans votre patientèle ? », voici un graphique des réponses obtenues :

Graph. 9. Réponses des orthophonistes lorrains au petit questionnaire.



A travers l'observation de ce graphique, on peut voir que la majorité (49 sur 65) des orthophonistes ont déjà eu des patients adoptés à l'étranger. On peut également remarqué qu'il y a plus d'orthophonistes qui ont répondu « oui » lors de la sollicitation par courriel. Cela se justifie par le fait que l'action de réponse, qui est un acte qui demande un certain engagement à la personne seule derrière son ordinateur, a été plutôt réalisé par des orthophonistes qui étaient intéressés et concernés par l'adoption internationale.

Graph. 10. Réponses aux sollicitations par téléphone.



Ce graphique est certainement plus représentatif de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes. On remarque toujours une très nette majorité d'orthophonistes qui ont déjà pris en charge cette population d'enfants. Ils représentent 19 orthophonistes sur 27 interrogés.

Conclusion du petit questionnaire :

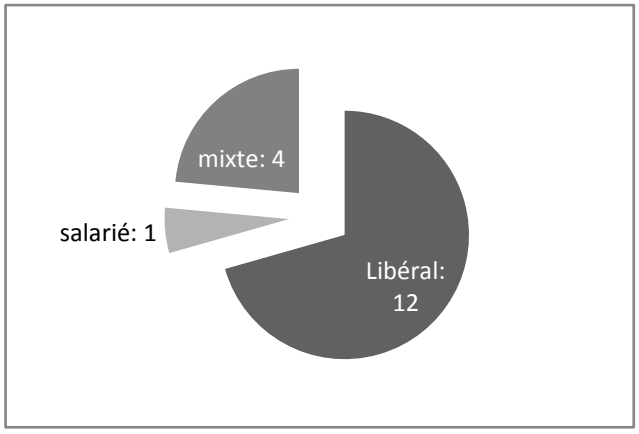
Nous ne nous attendions pas à une telle proportion d'orthophonistes ayant pris en charge des enfants adoptés dans un pays étranger. Cette première analyse nous permet de légitimer notre étude : il y a bien une population d'enfants adoptés à l'étranger chez les orthophonistes.

II. Analyse du premier volet : L'orthophoniste

Dans cette première partie, nous avons recueilli des informations sur la pratique des orthophonistes en lien avec l'adoption internationale.

1. Travaillez-vous dans un cabinet libéral ou en salarié ?

Graphe 11. Type d'exercice des orthophonistes.

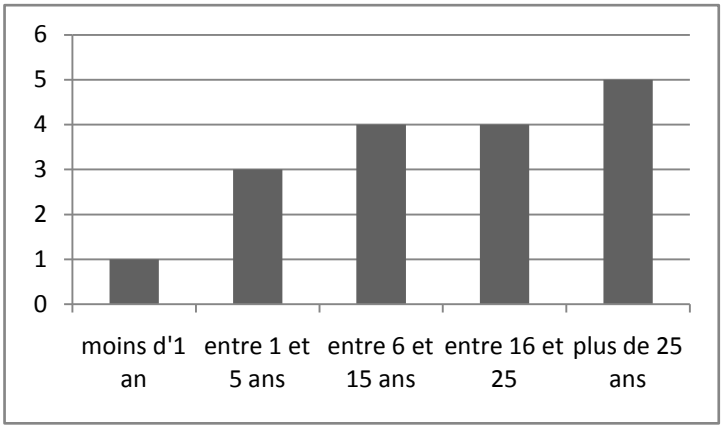


Parmi les 17 orthophonistes ayant répondu au questionnaire, 12 travaillent en cabinet libéral, et seulement 1 travaille en salarié, ici dans un CMP. Les orthophonistes travaillant à la fois en libéral et en salarié (soit en exercice mixte) nous ont indiqué que les enfants adoptés à l'étranger qu'ils suivent le sont dans le cadre de leur exercice libéral. Les enfants adoptés à l'étranger de notre étude sont donc pour une très grande majorité suivis par des orthophonistes en libéral. Si nous avons reçu majoritairement des réponses de la part d'orthophonistes en libéral, cela tient certainement au fait que la majorité des orthophonistes syndiqués travaillent en libéral. Peu d'orthophonistes travaillant en salarié sont syndiqués à la FNO. Il est donc tout à fait envisageable que nous retrouvions une population d'enfants adoptés à l'étranger pris en charge dans les CAMSP, CMP, CMPP, ou IME. Dans notre étude, il ne sera question que d'un seul enfant adopté à l'étranger pris en charge en CMP.

2. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'orthophoniste ?

Les réponses à cette question vont être corrélées avec la question suivante, au sujet du nombre d'enfants adoptés à l'étranger pris en charge durant leur carrière. Nous pourrons ainsi remarquer une augmentation du nombre de prises en charge de ces enfants.

Graph. 12. Nombre d'années d'exercice des orthophonistes de notre étude.



Ce graphique met en évidence que la majorité des orthophonistes qui nous ont répondu exercent depuis déjà plus de 16 ans. Au vu des chiffres concernant l'adoption internationale que nous avons présentés dans la partie théorique[54], nous pouvons supposer que si les enfants adoptés à l'étranger sont réellement pris en charge par les orthophonistes, ceux-ci ont pu recevoir plus d'enfants de l'adoption internationale après la forte augmentation de leur nombre dans les années 1990.

Un seul orthophoniste exerce depuis moins d'1 an. Les orthophonistes qui sont diplômés depuis plus d'1 an mais moins de 5 ans sont 3 dans notre étude. Ceux qui exercent depuis plus de 6 ans mais moins de 15 ans sont 4.

Cette distinction en tranches d'âge va nous permettre de comparer le nombre d'enfants adoptés à l'étranger pris en charge par des orthophonistes qui travaillent

[54] Cf p. 29.

depuis moins de 15 ans, à celui de ces enfants pris en charge par des orthophonistes qui travaillent depuis plus de 15 ans.

3. Combien d'enfants adoptés à l'étranger avez-vous rencontrés au cours de votre carrière ?

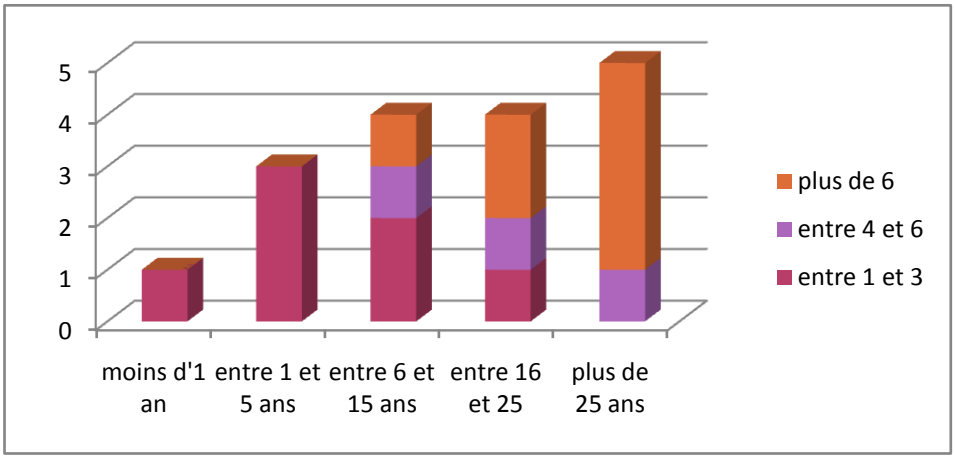
TAB. 3. Nombre d'enfants adoptés à l'étranger suivis par l'orthophoniste.

Nombre d'enfants adoptés à l'étranger rencontrés pendant la carrière.	**Nombres d'orthophonistes concernées.**
Entre 1 et 3	7
Entre 4 et 6	3
Plus de 6	7

Comme on peut le constater dans ce tableau, une majorité des orthophonistes (10 orthophonistes sur 17) ont suivi plus de 4 enfants adoptés à l'étranger. 7 orthophonistes ont suivi plus de 6 enfants adoptés à l'étranger. Elles sont 4 à en avoir suivi plus de 10.

Nous allons maintenant mettre en évidence si ce sont les orthophonistes qui travaillent depuis le plus longtemps qui ont pris en charge le plus d'enfants adoptés à l'étranger.

Graph.13. Nombre d'enfants adoptés à l'étranger en rééducation en fonction du nombre d'années d'exercice.



L'axe des abscisses de ce graphique correspond au nombre d'années d'exercice des orthophonistes, et celui des ordonnées au nombre d'orthophonistes concernés par le nombre de prises en charge d'enfants adoptés à l'étranger (voir légende). L'étude de ce graphique met en évidence que les orthophonistes qui travaillent depuis moins de 5 ans ont tous pris en charge moins de 3 enfants adoptés à l'étranger. Nous pouvons compléter ces résultats en précisant que 2 orthophonistes qui ont respectivement travaillé 8 mois et 5 ans au moment de notre étude, ont tous deux pris en charge un seul enfant adopté à l'étranger. Un orthophoniste qui a travaillé 4 ans en a pris en charge 2, et un autre qui a travaillé 5 ans en a rencontré 3.

Parmi les 4 orthophonistes à avoir exercé entre 6 et 15 ans au moment de cette étude, 2 ont pris en charge entre 1 et 3 enfants adoptés à l'étranger, 1 en a eu 4, et le dernier en a eu plus de 6 en rééducation.

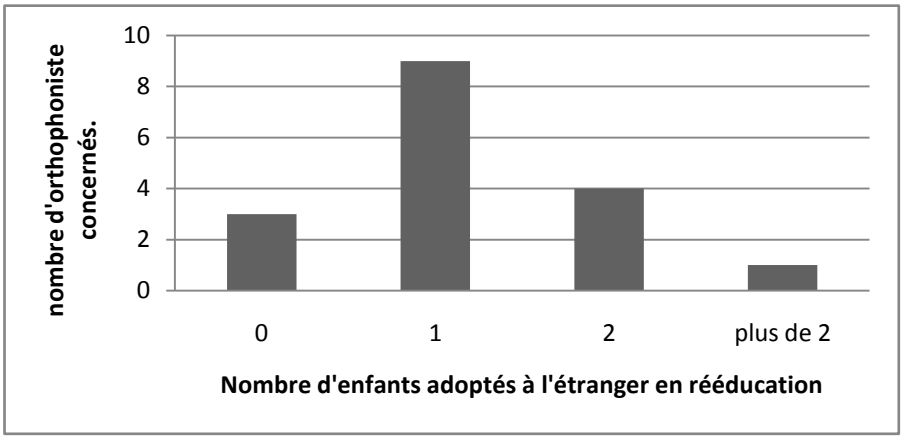
En ce qui concerne les orthophonistes qui exercent depuis plus de 16 ans et moins de 25 ans, la tendance est inversée : 2 orthophonistes que 4 ont pris en charge plus de 6 enfants adoptés à l'étranger, et seulement un en a pris en charge moins de 3 (ici, le chiffre exact est 2).

Les orthophonistes qui exercent depuis plus de 25 ans ont quasiment tous rencontrés plus de 6 enfants adoptés à l'étranger en rééducation. Seul un orthophoniste en a pris en charge entre 4 et 6.

Ainsi, au vu de ce graphique, nous pouvons conclure que ce sont les orthophonistes qui travaillent depuis le plus longtemps qui ont pris en charge le plus d'enfants adoptés à l'étranger dans notre étude. La forte augmentation du nombre d'adoptions internationales dans la fin des années 1980 ne semble pas avoir eu d'incidences sur le nombre de prises en charge d'enfants adoptés par les orthophonistes. Il aurait fallu connaître le nombre d'enfants adoptés à l'étranger pris en charge par des orthophonistes avant cette date pour pouvoir les comparer aux chiffres aujourd'hui.

4. Combien en avez-vous actuellement en rééducation ?

Graph. 14. Nombre d'enfants adoptés à l'étranger actuellement en rééducation orthophonique.



Comme on peut le constater dans ce tableau, la majorité des orthophonistes de cette étude n'ont qu'un seul enfant adopté à l'étranger en rééducation à la fois. Un orthophoniste reçoit plus de 2 enfants adoptés à l'étranger en rééducation actuellement : il en prend en charge 5. 3 orthophonistes ont déjà pris en charge des enfants adoptés à l'étranger, mais n'en ont pas actuellement en rééducation.

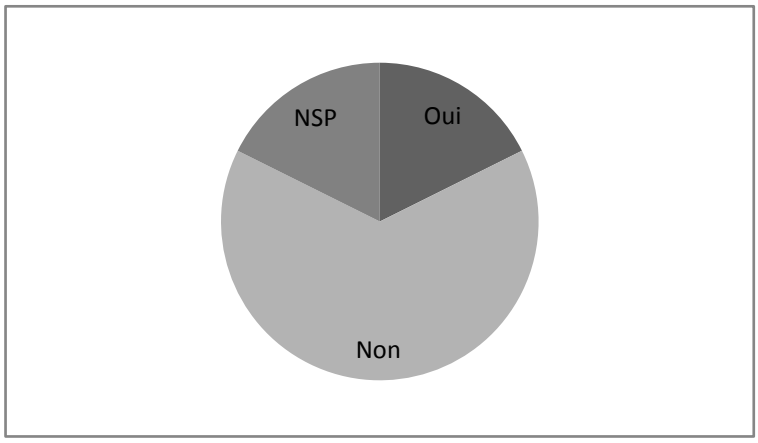
Dans les statistiques de 2008 du Ministère des Affaires Etrangères et Européennes pour l'adoption internationale, nous avons trouvé la répartition du nombre d'adoptions internationales en fonction des départements. Nous avons ainsi appris qu'entre 1 et 9 enfants ont été adoptés en Meuse, entre 10 et 29 en Meurthe-et-Moselle et dans les

Vosges, entre 30 et 49 en Moselle. Cela signifie qu'au maximum, 116 enfants adoptés à l'étranger sont arrivés en Lorraine durant l'année 2008.

Nous ne connaissons pas le nombre d'enfants adoptés à l'étranger qui sont arrivés en Lorraine les années précédentes, cependant nous savons que leur nombre a légèrement diminué au niveau national ces deux dernières années. Nous pouvons supposer que le nombre d'adoptions au niveau lorrain a diminué également. Une centaine d'enfants sont probablement adoptés dans des pays étrangers en Lorraine chaque année. Les 17 orthophonistes qui ont accepté de nous répondre prennent actuellement en charge 22 de ces enfants qui arrivent chaque année. Certes, notre étude ne concerne qu'un petit corpus d'orthophonistes, mais comparativement au nombre d'enfants qui arrivent globalement chaque année, nous nous permettons de supposer que nous retrouvons assez fréquemment des enfants adoptés à l'étranger chez des orthophonistes.

5. Pensez-vous que le nombre de vos patients adoptés à l'étranger a augmenté au fil des années ?

Graph. 15. Avis des orthophonistes quant à l'augmentation des prises en charge de patients adoptés à l'étranger.



Ce graphique met en évidence que les orthophonistes n'ont pas l'impression que le nombre de prises en charge en orthophonie d'enfants adoptés à l'étranger a augmenté au cours des années. Au vu de l'augmentation du nombre d'adoptions internationales, nous pensions qu'il y avait de plus en plus d'enfants adoptés à l'étranger dans les cabinets d'orthophonie. Seuls 3 orthophonistes ont le sentiment qu'ils reçoivent un nombre croissant d'enfants adoptés à l'international.

Ces résultats portent sur le ressenti d'un petit nombre d'orthophonistes. Nous ne pouvons donc pas généraliser leur portée. Il faut également rappeler qu'il s'agit de résultats qui portent sur une impression, et non de données statistiques.

6. Avez-vous déjà hésité pour prendre en charge un enfant adopté à l'étranger ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

A cette question, 16 orthophonistes ont répondu ne jamais avoir hésité pour la prise en charge de ces patients.

Une seule orthophoniste a déjà eu des doutes sur la légitimité de cette prise en charge. La raison invoquée est que, selon elle, il est difficile de faire la part des choses entre des difficultés purement linguistique (qui relèveraient de l'orthophonie), et des difficultés dans l'apprentissage d'une nouvelle langue. L'orthophoniste n'a pas précisé si elle avait finalement pris en charge ou pas l'enfant en question.

Conclusion du premier volet :

L'analyse de cette première partie permet de mettre en évidence que les orthophonistes de notre étude reçoivent bien dans leur patientèle des enfants adoptés à l'étranger. Parmi les orthophonistes qui nous ont répondu, rares sont ceux à n'avoir pris en charge qu'un seul enfant adopté dans un pays étranger au cours de leur carrière. Les orthophonistes qui n'en ont rencontré qu'un seul sont ceux installés depuis peu de temps

(de 9 mois à 5 ans). Ce sont les orthophonistes qui travaillent depuis le plus longtemps qui ont pris en charge le plus d'enfants adoptés dans un pays étranger.

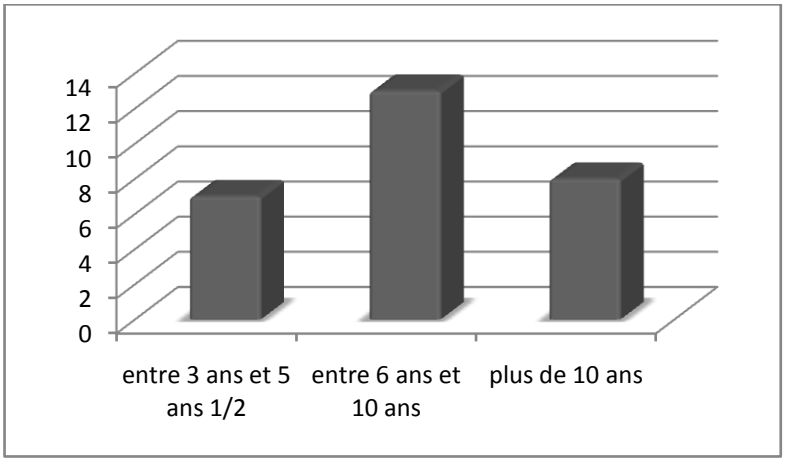
L'augmentation du nombre d'enfants adoptés à l'étranger chez les orthophonistes n'a pas été mise en évidence dans notre étude.

III. Analyse du deuxième volet : L'enfant

Dans cette partie, nous allons chercher à mettre en évidence des caractères spécifiques chez les enfants adoptés dont il est question dans notre étude: pays d'origine, âge d'adoption, les lieux de vie dans lesquels ils ont vécu, etc.

1. Quel âge a cet enfant ?

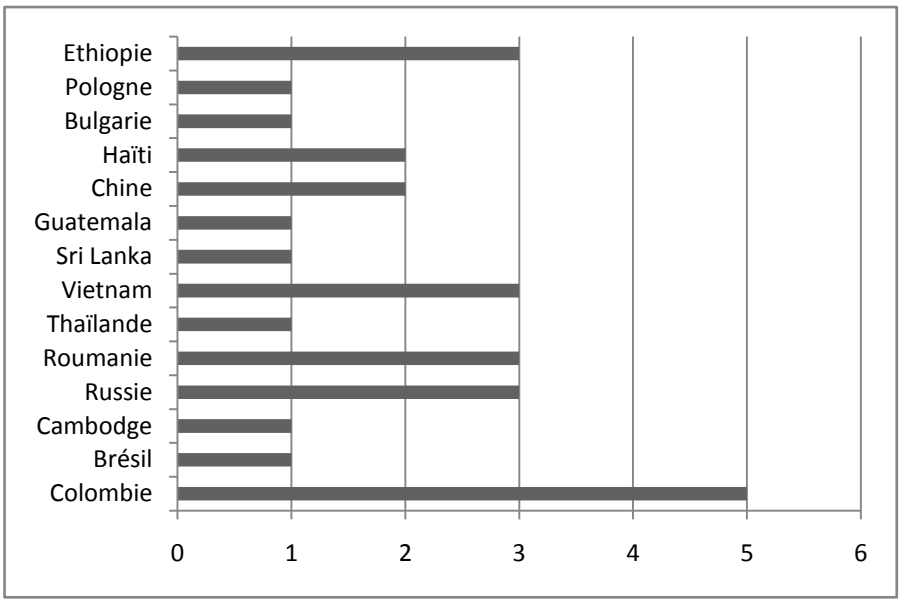
Graph. 16. Age de l'enfant au moment de la prise en charge en orthophonie.



Dans cette étude, seuls 7 enfants ont moins de 5 ans et demi. La majorité des enfants ont plus de 6 ans, ils sont donc scolarisés et sont entrés dans le langage écrit. Nous pouvons supposer que les enfants les plus jeunes viennent consulter un orthophoniste pour des difficultés en langage oral. En revanche, il serait plus surprenant qu'un enfant de plus de 10 ans vienne consulter pour ces mêmes raisons.

2. De quel pays est-il originaire ?

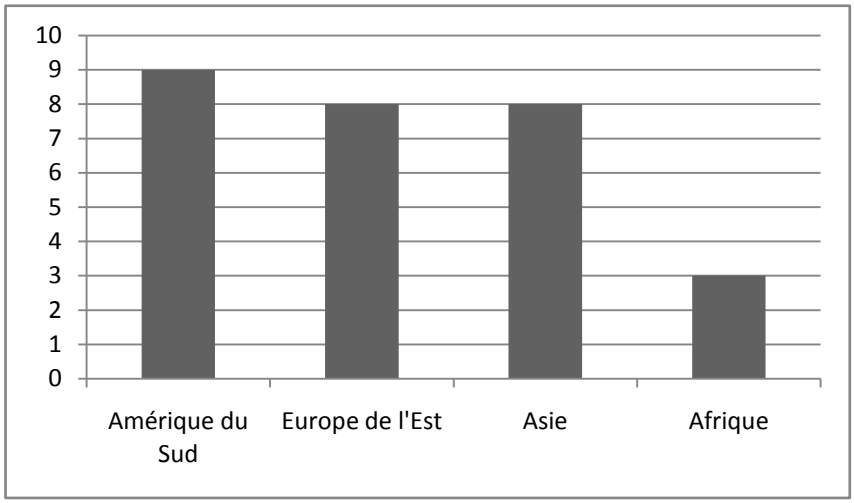
Graph. 17. Pays d'origine des enfants.



Les réponses à cette question nous indiquent que les 28 enfants de cette étude sont originaires de 14 pays différents. Ces pays sont : la Colombie, le Brésil, Haïti, le Guatemala, le Vietnam, le Cambodge, la Chine, le Sri Lanka, la Thaïlande, la Roumanie, la Pologne, la Bulgarie, la Russie et l'Ethiopie. Ces pays sont très variés. Au maximum, 5 enfants de notre étude viennent d'un même pays, la Colombie. Les enfants de Roumanie, de Russie et du Vietnam sont également nombreux dans notre étude, avec 3 représentant chacun de ces pays dans notre étude. Ce ne sont pas dans ces pays que les adoptions internationales sont les plus nombreuses en ce moment. Comme nous l'avons expliqué, les pays d'origine des enfants adoptés sont en perpétuelle mutation. Il y a quelques années, la Colombie et le Vietnam et la Russie étaient parmi les premiers pays d'origine des enfants adoptés dans le Monde. Aujourd'hui cela a changé, et ce sont Haïti et l'Ethiopie qui sont les premiers pays d'origine. Les enfants de notre étude sont des enfants qui sont parfois assez grands, et qui ont certainement été adoptés il y a quelques années. Il est logique que les pays d'origine principaux ne soient donc pas ceux de 2008.

Nous avons regroupé les pays d'origine par zones géographiques. Les enfants adoptés à l'étranger viennent de quatre zones géographiques principales.

Graph. 18. Les zones géographiques d'origine des enfants.



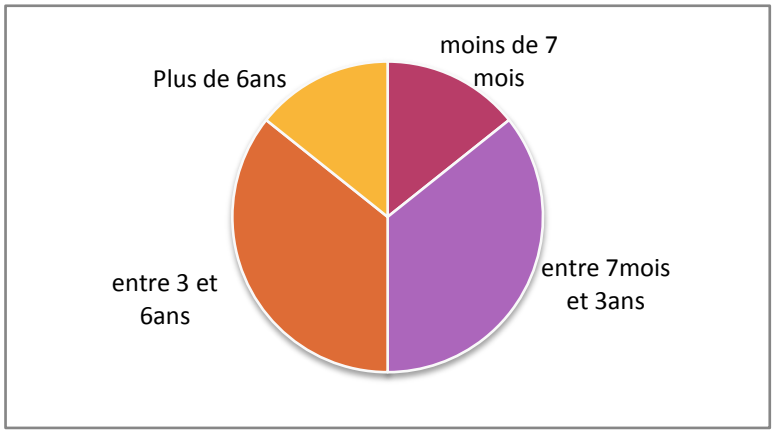
Les enfants de notre étude sont majoritairement originaires d'Amérique du Sud (9 enfants sur 28), bien que les régions d'Asie et d'Europe de l'Est soient également très bien représentées. Seuls 2 enfants sont originaires d'Afrique.

3. A quel âge a-t-il été adopté ?

Nous avons choisi de diviser l'âge au moment de l'adoption en trois grandes périodes. Tout d'abord, il y a les enfants qui sont adoptés avant 7 mois, lesquels ont certainement le moins de risques d'avoir souffert de la séparation de la mère biologique, comme nous l'avons expliqué dans la partie expérimentale[55]. De plus, ce sont eux qui passent le moins de temps à l'orphelinat. Le deuxième groupe est celui des enfants adopté entre 7 mois et 3 ans, âge auquel de multiples acquisitions se font normalement (développement langagier, moteur, propreté). Le groupe suivant est celui des enfants adoptés entre 3 et 6 ans. Ce sont des enfants qui ont donc souvent passé des temps assez longs en institutions. Le dernier groupe est celui des enfants adoptés à plus de 6 ans. A cet âge l'enfant a peut-être déjà fréquenté l'école, et a eu un premier contact avec le langage écrit. Voici un graphique qui présente les âges des enfants de notre étude lors de l'adoption :

[55] Cf p. 22.

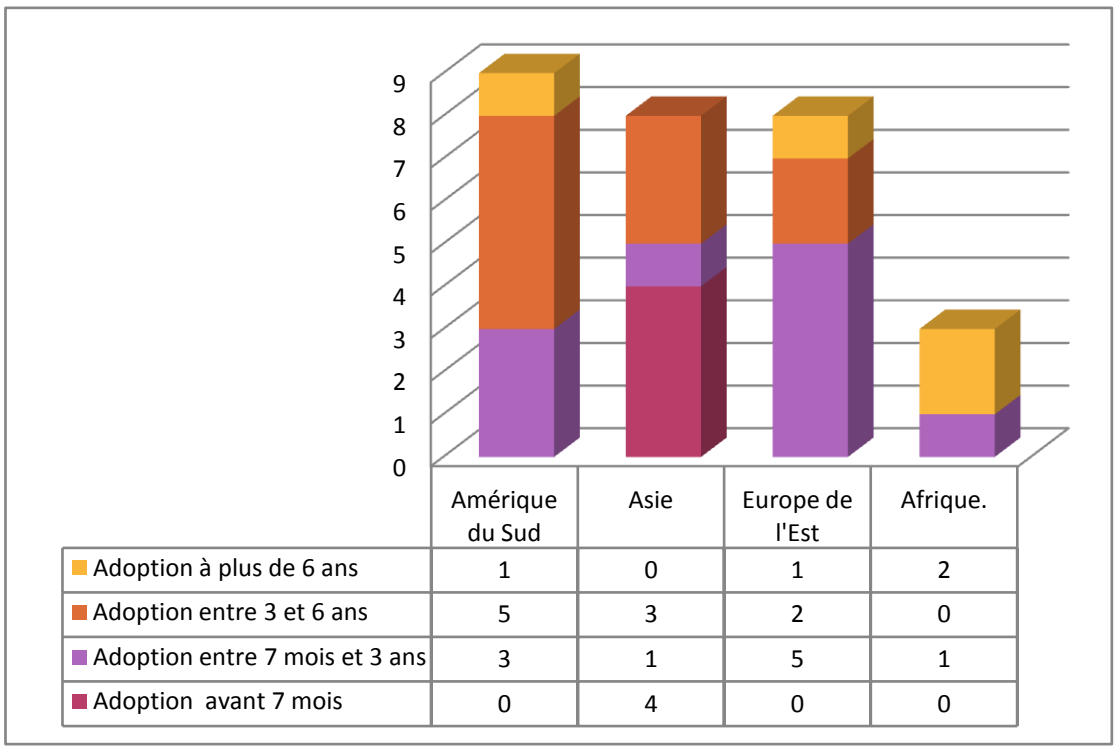
Graph. 19. Age des enfants au moment de l'adoption



L'examen de ce graphique montre que la majorité des enfants adoptés à l'étranger de cette étude ont quitté leur pays d'origine entre 7 mois et 6 ans. Cela représente 20 enfants sur 28. Les adoptions qui ont eu lieu très tôt sont plus rares, tout comme celles qui interviennent plus tardivement.

Nous avons décidé d'analyser les âges d'adoption en fonction des régions d'origine.

Graph. 20. Age d'adoption des enfants en fonction de leur pays d'origine.



	Amérique du Sud	Asie	Europe de l'Est	Afrique.
Adoption à plus de 6 ans	1	0	1	2
Adoption entre 3 et 6 ans	5	3	2	0
Adoption entre 7 mois et 3 ans	3	1	5	1
Adoption avant 7 mois	0	4	0	0

Ce graphique nous montre que les adoptions des 9 enfants d'Amérique du Sud ont eu lieu principalement entre 7 mois et 6 ans, tout comme pour la population globale de l'étude. Aucun enfant n'a été adopté avant 7 mois dans cette région, et un seul a été adopté après l'âge de 6 ans.

La moitié des enfants adoptés en Asie l'a été avant l'âge de 7 mois. Les 4 enfants de notre étude qui ont été adoptés avant 7 mois sont donc originaires d'Asie. Nous pourrons comparer les difficultés de ces enfants adoptés très tôt à ceux d'enfants adoptés plus tard. Les 4 autres enfants adoptés en Asie l'ont été entre 7 mois et 6 ans. Aucun enfant n'a été adopté après 6 ans en Asie.

Nous retrouvons pour les enfants adoptés en Europe de l'Est les mêmes résultats que ceux concernant tous les enfants de l'étude : la majorité des enfants ont été adoptés entre 7 mois et 6 ans. Cependant, les enfants ont majoritairement quitté leur pays d'origine entre 7 mois et 3 ans (5 enfants sur 8) plus particulièrement ici.

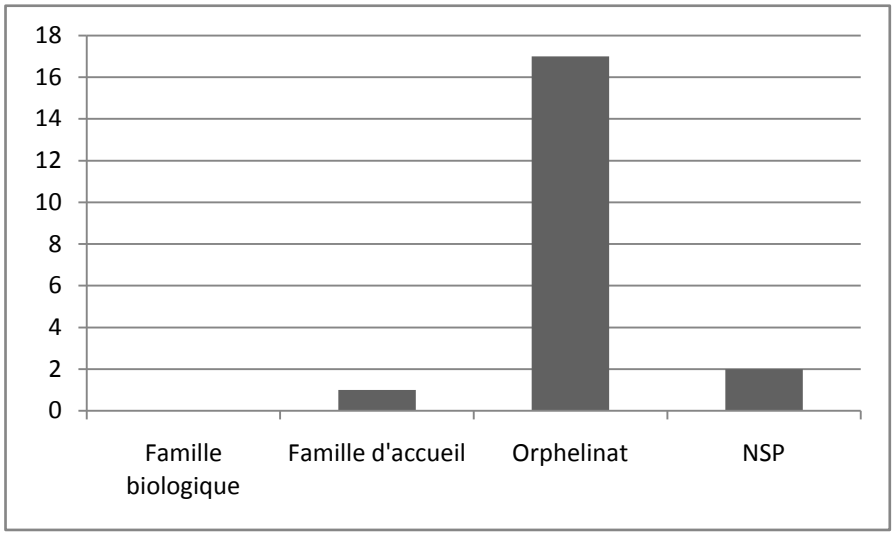
2 des 3 enfants originaires d'un pays d'Afrique ont été adoptés à plus de 6 ans. Ils représentent la moitié des enfants adoptés à l'étranger à plus de 6 ans de notre étude. Aucun enfant n'a été adopté avant 7 mois. Les enfants adoptés en Afrique semblent l'être plus tardivement.

Au vu des différences d'âge au moment de l'adoption dans les différentes régions du monde, il nous semble judicieux de ne pas prendre en compte le pays d'origine pour mettre en évidence des critères de risques de difficultés ultérieures. En effet, les enfants adoptés en Afrique l'ont été plus tardivement, ce qui signifie qu'ils ont très certainement passé un laps de temps important en institutions. Les effets parfois dévastateurs d'une institutionnalisation prolongée sur le développement de l'enfant ne seront pas les mêmes selon que l'enfant y a passé quelques mois ou quelques années. Les difficultés de l'enfant ne seront donc pas dues à une région d'origine, mais bien à l'âge de l'adoption, donc au temps passé en institution.

4. Avant son adoption, a-t-il vécu : avec sa famille biologique ? dans un orphelinat ? en famille d'accueil ?

Nous avons réalisé que tous les orthophonistes n'avaient pas compris de la même façon cette question. En effet, certains orthophonistes nous ont cité ce qui semble être le lieu de vie juste avant l'adoption, et d'autres ont évoqué deux lieux de vie successifs. Dans tous les cas, la réponse à cette question n'a pas été connue de tous les orthophonistes qui ont participé à l'étude.

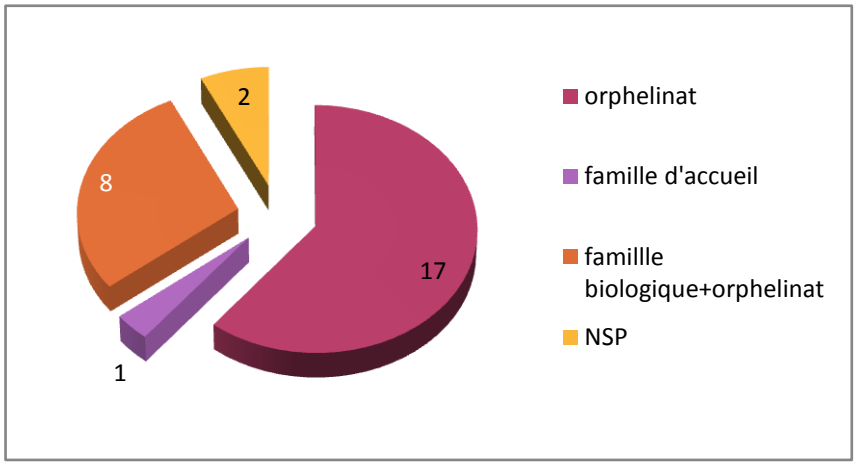
Graph. 21. Les lieux de vie pré-adoption.



Deux orthophonistes n'avaient pas d'éléments concernant le lieu de vie fréquenté par l'enfant avant son adoption. Nous avons ici comptabilisé 20 réponses, concernant un seul lieu de vie. 17 enfants ont vécu à l'orphelinat avant leur adoption, soit une très large majorité. Le placement en famille d'accueil n'a été évoqué qu'une seule fois pour un enfant de notre étude.

Huit orthophonistes nous ont précisé que les enfants qu'ils prenaient en charge ont passé quelques mois avec leur famille biologique, puis ont été placés en orphelinat. Cette indication est intéressante car le maintien dans la famille biologique a pu être bénéfique pour le développement de l'enfant. Tout dépend de la qualité des soins maternels durant cette période.

Graph. 22. Les différents lieux de vie avant l'adoption.

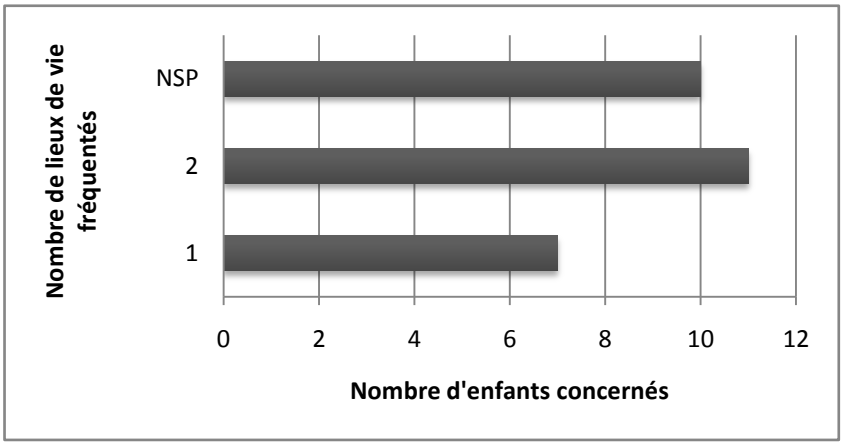


Au final, nous pouvons conclure que 25 enfants ont été placés en orphelinat, parmi lesquels 8 ont pu passer quelques mois avec leur famille biologique auparavant.

5. Combien de lieux de vie a-t-il connu avant son arrivée en France ?

Le nombre de lieux de vie différents où un enfant adopté a pu vivre avant son adoption est important car cela nous renseigne sur le nombre de séparations qu'il a connues. Cependant nous devons rester prudente avec les données recueillies à ce sujet, car les parents adoptifs n'ont pas forcément pu avoir tous les renseignements à ce sujet, ils n'ont donc probablement pas pu les transmettre à l'orthophoniste qui prend en charge leur enfant.

Graph. 23. Nombre de lieux de vie où l'enfant a vécu avant son adoption.

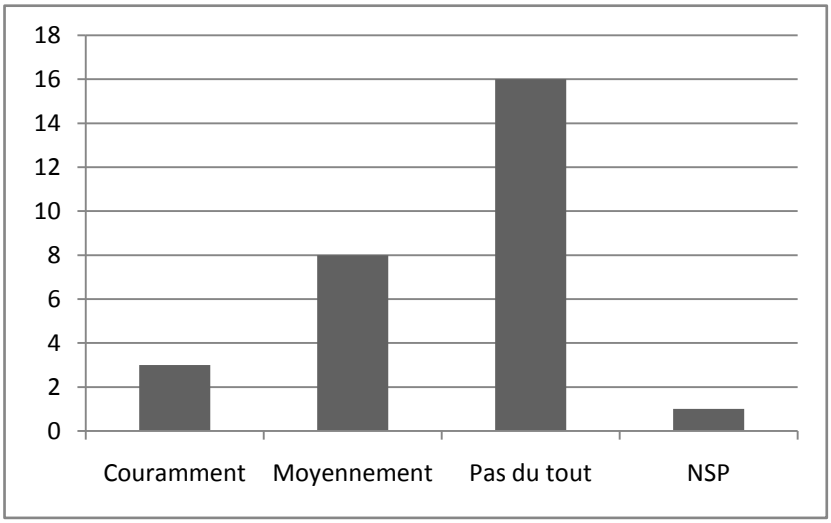


Nous n'avons eu de renseignements sur la vie pré-adoption des enfants de l'étude que pour 18 d'entre eux. Parmi eux, 11 ont vécu dans deux lieux de vie différents. Ces résultats sont à corréler avec ceux de la question précédente pour laquelle nous avons appris que 8 enfants ont vécu dans leur famille biologique puis à l'orphelinat. Il y a donc huit enfants sur onze qui ont passé quelques mois dans leur famille biologique avant d'être placés en orphelinat. Le fait pour un enfant d'avoir vécu dans deux lieux de vie différents nous permet de penser qu'il a dû faire face à deux séparations : cela signifie qu'il a été séparé de sa famille biologique, puis des nourrices de l'orphelinat.

Ce graphique met aussi en évidence que les orthophonistes n'ont pas forcément de réponses à des questions aussi précises sur la vie pré-adoption de l'enfant, puisqu'à dix reprises ils n'ont pas pu nous fournir d'informations à ce sujet.

6. Maîtrisait-il sa langue maternelle avant d'arriver ?

Graph. 24. Niveau de maîtrise par l'enfant de sa langue maternelle.



A travers ce graphique, nous pouvons voir qu'une majorité des enfants de notre étude ne maîtrisait pas sa langue maternelle avant d'arriver en France. Cela peut déjà s'expliquer par l'âge au moment de l'adoption : un enfant de moins de 7 mois ne maîtrisera pas sa langue maternelle ! Les enfants adoptés entre 0 et 3 ans sont au nombre de 14 dans notre étude, dont 4 ont été adoptés avant 7 mois.

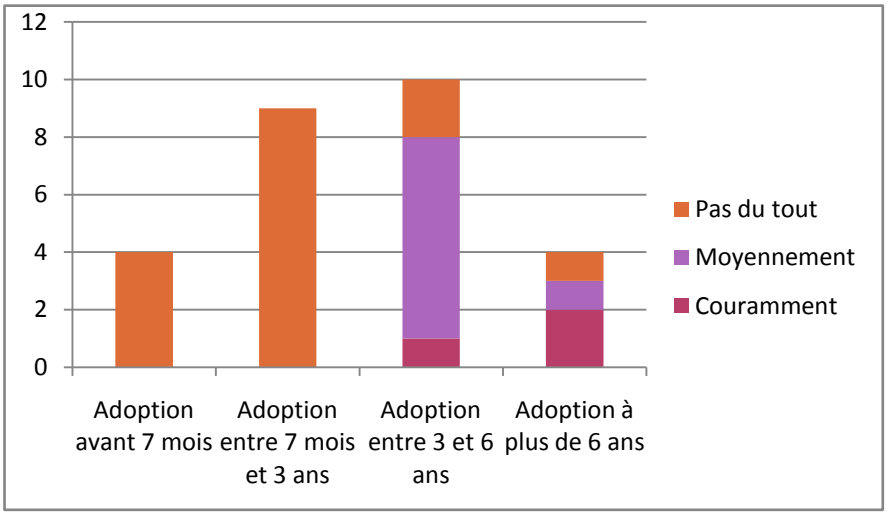
24 enfants sur 28 ne maîtrisaient pas du tout ou moyennement leur langue maternelle avant d'arriver en France. Cela pose question car 24 enfants ont été adoptés entre 0 et 6 ans. Or à 6 ans, un enfant est censé maîtriser sa langue orale, sinon cela relève du retard de langage.

Parmi les cas d'enfants proposés par les orthophonistes, seulement 3 parlaient couramment leur langue maternelle. On peut supposer que parmi eux se trouvent 3 des 4 enfants qui ont été adoptés à plus de 6 ans.

L'étude de ce graphique nous laisse penser que le développement du langage oral chez le jeune enfant qui a passé du temps en institution est retardé. Le manque d'interactions, l'insécurité, l'incapacité à se représenter les choses et donc à établir un code sont probablement les causes de ce retard.

Nous avons corrélé le niveau de maîtrise de la langue maternelle avec l'âge au moment de l'adoption. Voilà le graphique que nous avons obtenu.

Graph. 25. Niveau de maîtrise de la langue maternelle selon l'âge d'adoption.



Ce graphique confirme ce que nous pensions : les 4 enfants adoptés avant 7 mois ne maîtrisaient pas leur langue maternelle avant d'arriver en France. Les enfants qui ont été adoptés entre 7 mois et 3 ans ne pouvaient pas tous maîtriser leur langue maternelle puisque leur langage était en cours de construction lorsqu'ils ont quitté leur pays d'origine ; nous nous en doutions. Toutefois, nous sommes surprises de constater qu'aucun enfant adopté dans cette tranche d'âge de notre étude ne maîtrisait sa langue maternelle avant d'arriver en France, ne serait-ce que moyennement.

Les enfants qui ont quitté leur pays d'origine entre 3 et 6 ans étaient encore 2 à ne pas maîtriser du tout leur langue maternelle. Cela peut laisser supposer qu'ils présentent un retard de langage dans leur langue maternelle qui a pu les handicaper dans l'acquisition de la langue française par la suite. Un seul enfant semblait maîtriser sa langue maternelle, ce qui nous semble faible pour des enfants âgés de 3 à 6 ans. Les 7 autres enfants adoptés dans cette tranche d'âge maîtrisaient moyennement leur langue maternelle.

En ce qui concerne les enfants qui ont eu plus de 6 ans pour développer la maîtrise de leur langue maternelle, on observe des résultats surprenants. Deux enfants parlaient bien leur langue maternelle, ce qui nous parait normal pour des enfants de cet âge. Un enfant maîtrisait moyennement la langue de son pays d'origine, et un enfant ne la maîtrisait pas du tout. Cela est plutôt inquiétant pour des enfants de plus de 6 ans. On peut se poser la question de la raison de ce retard de langage : manque d'interactions ou difficultés intrinsèques de l'enfant ?

7. A-t-il été scolarisé dans son pays d'origine ?

TAB. 4. Scolarisation dans le pays d'origine.

OUI	NON	NSP
3	22	3

Ce tableau met en évidence que quasiment tous les enfants de notre étude (22 sur 28) n'ont pas été scolarisés dans leur pays d'origine.

Seulement 3 enfants ont été à l'école avant leur adoption. Deux d'entre eux ont été adoptés après 6 ans, sont originaires d'Ethiopie, et ils parlaient couramment leur langue maternelle ; le dernier a été adopté entre 3 et 6 ans en Thaïlande, et il maîtrisait moyennement sa langue maternelle.

Trois orthophonistes n'avaient pas d'indications sur une éventuelle scolarisation de l'enfant adopté à l'étranger qu'ils avaient pris en charge.

Les trois questions suivantes ne concerneront que les enfants qui ont été scolarisés avant leur adoption.

8. A quel niveau scolaire ?

L'enfant qui a été adopté entre 3 et 6 ans était scolarisé dans une classe de maternelle. Les deux autres enfants étaient dans une classe primaire.

9. A-t-il appris à lire dans sa langue maternelle ?
10. A-t-il appris à écrire dans sa langue maternelle ?

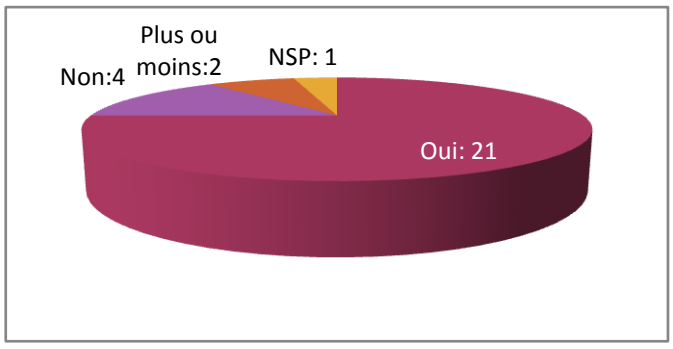
Comme nous pouvions nous en douter, l'enfant scolarisé en maternelle n'a appris ni à lire ni à écrire. En revanche, les deux enfants plus grands ont appris à lire et à écrire. Cela peut laisser supposer que l'entrée dans la langue française orale et écrite a pu être facilitée car ils avaient déjà une réflexion sur la langue et sa manipulation.

11. Présentait-il des difficultés à l'école ?

A cette question, aucun des trois orthophonistes qui ont suivi un enfant adopté qui avait été scolarisé dans son pays d'origine n'avait d'informations à nous livrer.

12. L'intégration de l'enfant dans sa nouvelle vie s'est-elle bien passée ?

Graph. 26. Bonne intégration de l'enfant dans son pays d'adoption.

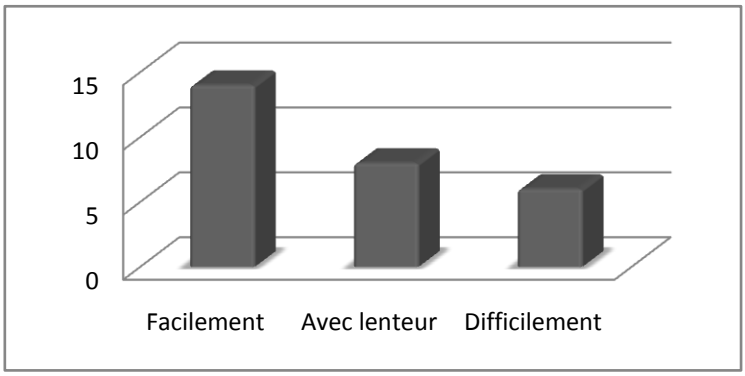


Ce graphique met en évidence que les ¾ des enfants adoptés à l'étranger de notre étude se sont bien intégrés dans leur nouvelle vie. Six enfants ont connu plus de

difficultés à s'intégrer. Leurs âges d'adoption sont divers, mais on ne compte pas d'enfants adoptés avant 7 mois parmi eux.

13. Comment l'enfant s'est-il approprié la langue française ?

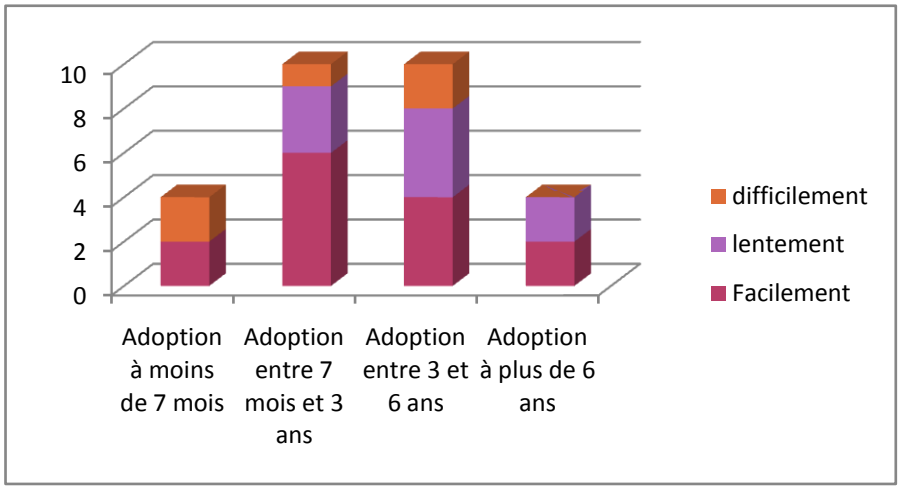
Graph. 27. Manière dont les enfants se sont approprié le français.



L'analyse de ce graphique montre que la moitié des enfants de notre étude se sont approprié facilement leur nouvelle langue. L'autre moitié a eu plus ou moins de difficultés. L'entrée dans le français s'est faite avec lenteur pour huit d'entre eux, et difficilement pour six.

Il nous a semblé intéressant de corréler ces résultats sur la manière dont les enfants se sont approprié une nouvelle langue avec l'âge d'adoption.

Graph. 28. Entrée dans la langue française en fonction de l'âge d'adoption.



Nous pouvons déduire de l'analyse de ce graphique que la proportion d'enfants qui ont eu un apprentissage facile du français est plus grande pour les enfants qui sont adoptés entre 7 mois et 3 ans. Plus de la moitié des enfants adoptés dans cette tranche d'âge sont entrés facilement dans une nouvelle langue. En revanche, ce sont les enfants adoptés à moins de 7 mois qui semblent avoir eu le plus de difficultés à entrer dans la langue française : cela a été difficile pour 1 enfant sur 2. Nous ne nous attendions pas à ces résultats. Les enfants qui se sont approprié lentement la langue française sont majoritairement ceux qui ont été adoptés à plus de 6 ans : ils représentent une proportion de 1 enfant sur 2 pour cette tranche d'âge.

Les enfants adoptés entre 3 et 6 ans sont entrés dans la langue française de manière hétérogène : cela a été facile pour 4 d'entre eux, un peu plus lent pour 4 autres, et difficile pour les 2 derniers. Nous ne pouvons pas tirer un profil particulier.

Les enfants adoptés à moins de 7 mois présentent deux profils distincts, proportionnellement égaux : soit ils sont entrés facilement dans la langue de leur pays d'adoption, soit cela a été difficile. Nous ne nous attendions pas à ce que les enfants adoptés très tôt présentent des difficultés à entrer dans une nouvelle langue, sachant qu'ils avaient peu développé le système phonologique de leur langue maternelle, et qu'ils ne maîtrisaient pas du tout cette dernière. Nous pensions même que ces enfants adoptés

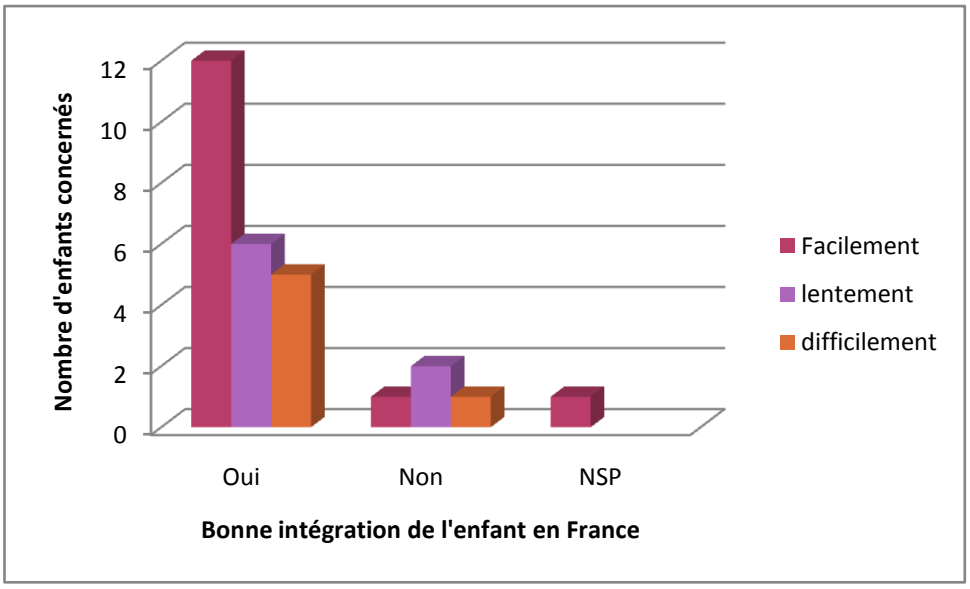
très tôt auraient des performances d'entrée dans leur nouvelle langue supérieures à celles des enfants adoptés plus tardivement.

Si l'on compare les résultats des enfants adoptés avant 7 mois à ceux des enfants après 6 ans, on se rend compte que les enfants adoptés tardivement entrent plus facilement dans une nouvelle langue. En effet, 1 enfant sur 2 est entré facilement dans le système du français, et 1 enfant sur 2 y est entré plus lentement. A priori, le fait de maîtriser une langue nécessite d'avoir une réflexion sur sa langue (métalangage), et par la suite de pouvoir apprendre plus facilement d'autres langues.

Les enfants adoptés entre 3 et 6 ans qui ne sont pas approprié facilement le français ont été 3 à être un peu plus lents, et cela a été difficile pour un seul.

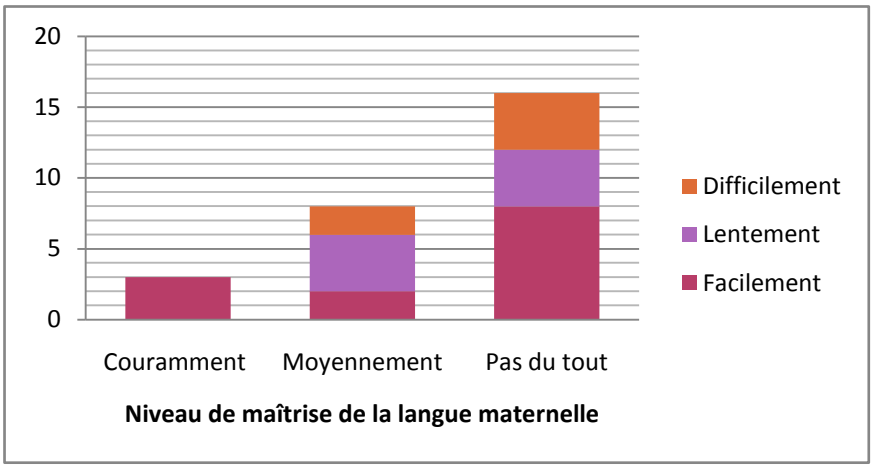
Nous avons voulu évaluer si une bonne intégration dans sa nouvelle vie pouvait être un facteur de facilitation d'apprentissage de la langue du pays d'accueil.

Graph. 29. Entrée dans la langue française en fonction de l'intégration de l'enfant dans son nouveau milieu.



Ce graphique nous indique que la majorité des enfants qui se sont bien intégrés dans leur nouvelle vie sont également facilement entrés dans leur nouvelle langue. 12 enfants sur les 14 à avoir facilement intégré le français n'ont pas présenté de difficultés lors de leur intégration en France.

Graph. 30. Entrée dans le langage en fonction du niveau de maîtrise de la langue maternelle.



Cet autre graphique concernant l'apprentissage du français par les enfants adoptés de notre étude semble nous indiquer que la maîtrise de la langue maternelle est un facteur de facilitation de l'apprentissage d'une nouvelle langue. En effet, les trois enfants qui parlaient couramment leur langue maternelle sont tous entrés facilement dans leur nouvelle langue. Les enfants qui présentaient une maîtrise moyenne de leur langue maternelle sont majoritairement entrés plus lentement dans la langue française.

La moitié des enfants qui ne maîtrisaient pas du tout leur langue maternelle avant leur adoption ont appris facilement le français. Parmi ces enfants qui ne maîtrisaient pas leur langue maternelle, on retrouve les enfants adoptés à moins de 7 mois, qui ont présenté des facilités pour entrer dans la langue française dans 50% des cas. Pour l'autre moitié des enfants qui ne maîtrisaient pas leur langue maternelle, s'approprier une nouvelle langue a été plus lent (pour 4 enfants), voire difficile (pour 4 enfants).

Conclusion du deuxième volet :

L'analyse des résultats de ce volet nous a permis de constater que la population d'enfants adoptés à l'étranger qui va ou qui est allée chez un orthophoniste est très hétérogène. En effet, les enfants viennent de pays divers (14 pays différents pour les 28 enfants de l'étude), ils ont été adoptés à des âges divers (entre 4 mois et 7 ans), et la maîtrise de la langue maternelle était très inégale pour des enfants du même âge. Nous pouvons cependant trouver quelques constantes : le lieu de vie fréquenté avant l'adoption a été très majoritairement l'orphelinat; ils n'ont pas été à l'école dans leur pays d'origine, sauf 3 d'entre eux.

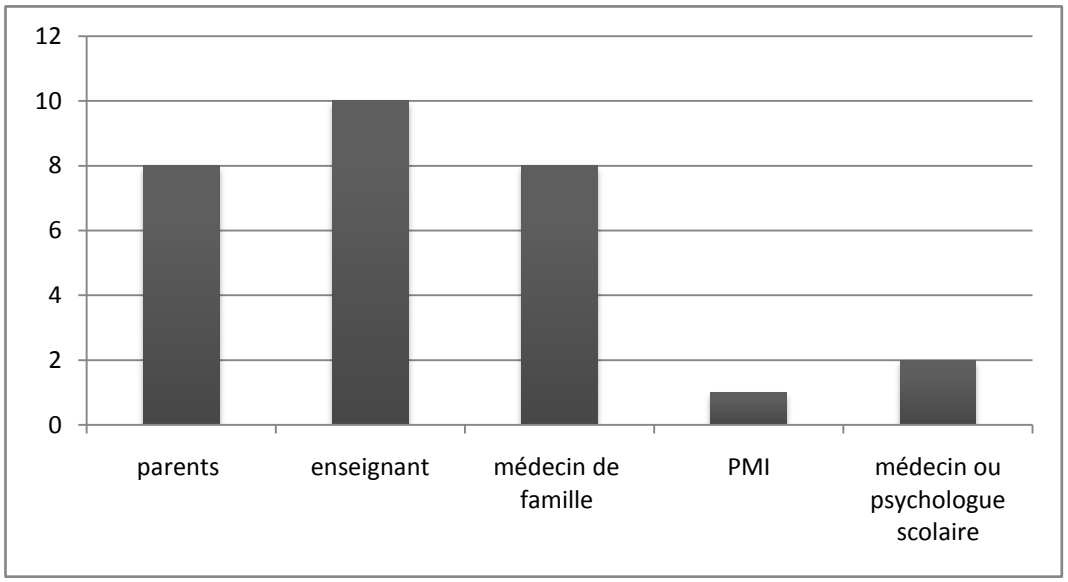
Ces enfants adoptés à l'étranger se sont globalement très bien intégrés dans leur nouvelle vie : cela a été le cas pour 21 enfants sur 28. L'apprentissage de la langue française a été très différente d'un enfant à l'autre, certains entrant facilement dans une nouvelle langue, d'autres avec un peu plus de difficultés. Cependant, nous pouvons supposer que la maîtrise de la langue maternelle a été un point positif dans l'apprentissage d'une langue nouvelle, car les 3 enfants qui la maîtrisaient sont entrés facilement dans le système de la langue française. Les enfants qui se sont bien intégrés dans leur nouvel environnement ont majoritairement facilement appris le français. Un apprentissage facilité du français dépend-il d'une bonne intégration ? ou la bonne intégration de l'enfant dans son nouvel environnement dépend-elle de la maîtrise de la langue du pays d'accueil ? Dans tous les cas, ces deux composantes semblent être intriquées en ce qui concerne les enfants de notre étude.

IV. Analyse du troisième volet : L'enfant et le suivi en orthophonie.

Ce volet est consacré à la prise en charge orthophonique de l'enfant adopté à l'étranger. Nous allons ici analyser les spécificités de la prise en charge de ces enfants par un orthophoniste.

1. Qui a conseillé aux parents adoptifs de consulter un orthophoniste pour effectuer un bilan?

Graph. 31. Personne qui a conseillé la consultation d'un orthophoniste.



A travers ce graphique, nous observons que parmi les personnes qui ont conseillé aux parents d'aller faire un bilan orthophonique, l'enseignant et le médecin de famille sont au premier rang. Le médecin de famille a orienté huit familles chez l'orthophoniste. Considérant que l'ordonnance du médecin traitant est obligatoire pour que l'orthophoniste puisse réaliser un bilan, nous pouvons nous poser la question de la consultation uniquement sur conseils du médecin traitant.

Les enseignants, qui sont très souvent à l'écoute et attentifs aux difficultés de leurs élèves, ont conseillé la consultation d'un orthophoniste à dix reprises. Nous pouvons remarquer aussi que la consultation PMI (Protection Maternelle Infantile) qui a lieu lors de la scolarisation en moyenne section de maternelle, ainsi que l'intervention des médecins et psychologues scolaires sont à l'origine de trois consultations supplémentaires. Cela va dans le sens de notre hypothèse selon laquelle les difficultés scolaires des enfants adoptés à l'étranger peuvent avoir comme causes, entre autres, des troubles orthophoniques, ce qui expliquerait un repérage à l'école.

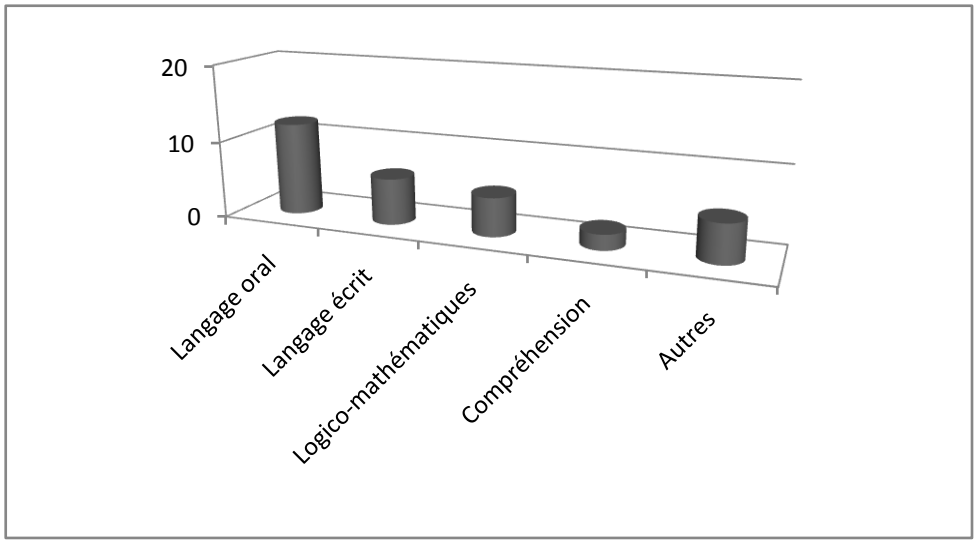
Parfois plus inquiets pour le développement de leur enfant qui a eu un parcours atypique que des parents biologiques, les parents adoptifs sont nombreux à avoir pensé d'eux-mêmes à aller consulter un orthophoniste : ils sont huit à avoir entrepris la démarche.

Nous arrivons pour ce graphique à un total de 29 réponses, car un orthophoniste nous a indiqué que le bilan orthophonique avait été conseillé par l'enseignant et par le psychologue scolaire.

2. Pour quelle(s) raison(s) les parents sont-ils venus vous consulter?

Le motif de la consultation est intéressant à prendre en compte, puisqu'il nous permet d'avoir une idée de la vision du trouble par la personne qui a conseillé le bilan orthophonique.

Graph. 32. Domaine d'appartenance du trouble soupçonné.



Nous pouvons constater grâce à ce graphique que ce sont des difficultés au niveau du langage oral qui conduisent le plus souvent les parents d'enfants adoptés à l'étranger à aller consulter un orthophoniste.

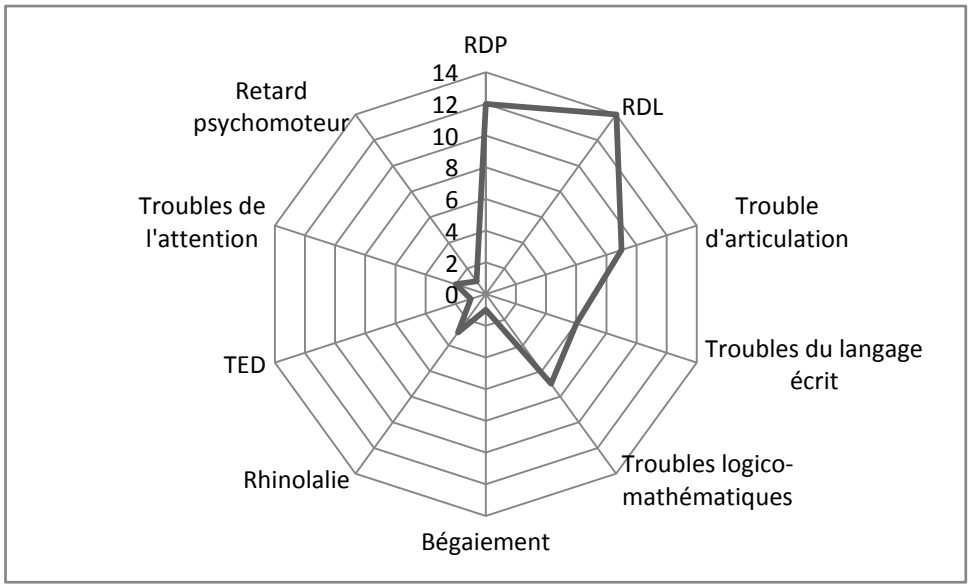
Les troubles du langage écrit représentent six motifs de consultation ; les troubles du raisonnement logico-mathématique et les troubles de compréhension sont à l'origine de sept consultations d'un orthophoniste.

Parmi les autres troubles, nous trouvons des problèmes de bégaiement, de rhinolalie (généralement suite à une division palatine) et des troubles de l'attention.

Pour faciliter la lisibilité, nous avons bien segmenté chaque domaine : langage oral, écrit, troubles du raisonnement, de la compréhension et autres. Nous devons cependant garder à l'esprit pour la suite de l'étude que ces troubles sont bien souvent intriqués. Des troubles du langage oral vont parfois entraîner des troubles au moment de l'entrée dans le langage écrit ; ces mêmes troubles du langage oral peuvent être dus à des difficultés de structuration des premiers raisonnements. Aussi, si les troubles du langage oral sont les premiers motifs de consultation, il est possible que la raison de la prise en charge en orthophonie évolue avec le temps et les divers apprentissages.

3. Quel diagnostic orthophonique avez-vous posé ?

Graph. 33. Diagnostic orthophonique posé pour les enfants adoptés à l'étranger.



Légende :

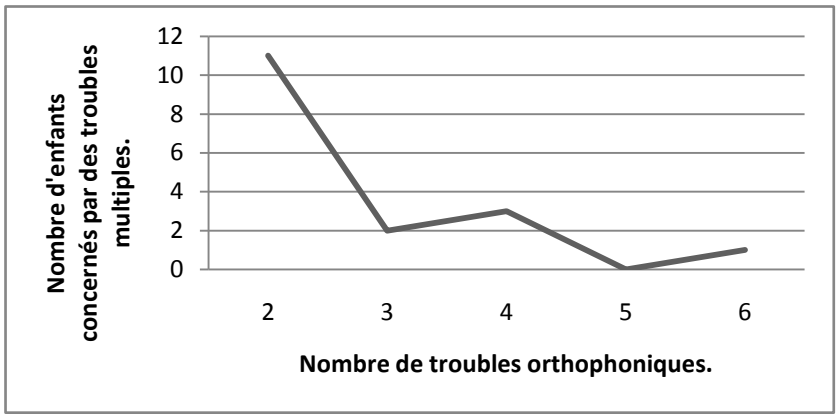
RDP : retard de parole
RDL : retard de langage
TED : troubles envahissants du développement

Ce diagramme en étoile confirme ce que nous avons pu constater pour les motifs de consultation : ce sont les troubles du langage oral qui prédominent dans les consultations orthophoniques pour les enfants adoptés à l'étranger. Des diagnostics de retard de parole, retard de langage ainsi que de trouble d'articulation ont été posés à 35 reprises. Certes, ce chiffre est supérieur à celui du nombre d'enfants adoptés à l'étranger dont il est question dans cette étude. Cela est dû au fait que le diagnostic a souvent associé plusieurs pathologies (nous étudierons cela dans le graphique suivant).

Des troubles du langage écrit ont été diagnostiqués à six reprises, et des troubles logico-mathématiques à sept reprises. Nous avions les mêmes résultats dans les motifs de consultation, où six enfants venaient pour des troubles du langage écrit, et sept pour des troubles du raisonnement ou de la compréhension.

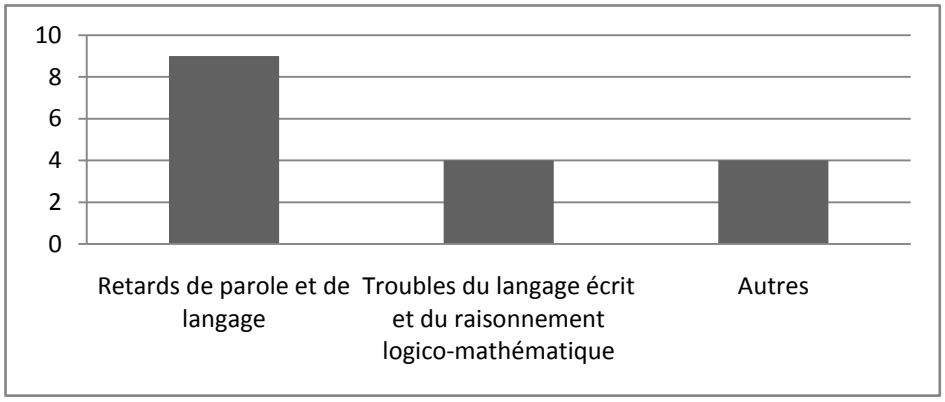
Nous trouvons ensuite des troubles variés qui n'ont été évoqués qu'une ou deux fois : un cas de bégaiement a été évoqué ; trois cas d'enfants opérés pour des divisions palatines nécessitant une rééducation orthophonique pour rhinolalie ont été signalés ; deux enfants ont présenté des troubles de l'attention, et un avait du retard dans son développement psychomoteur.

Graph. 34. Nombres de troubles orthophoniques diagnostiqués par enfant.



Grâce à ce graphique, nous constatons que rares ont été les troubles isolés. En effet, 17 enfants sur 28 présentent une association de plusieurs troubles. L'association de deux troubles est la plus fréquente.

Graph. 35. Les associations de troubles les plus fréquents dans la population d'enfants adoptés à l'étranger.



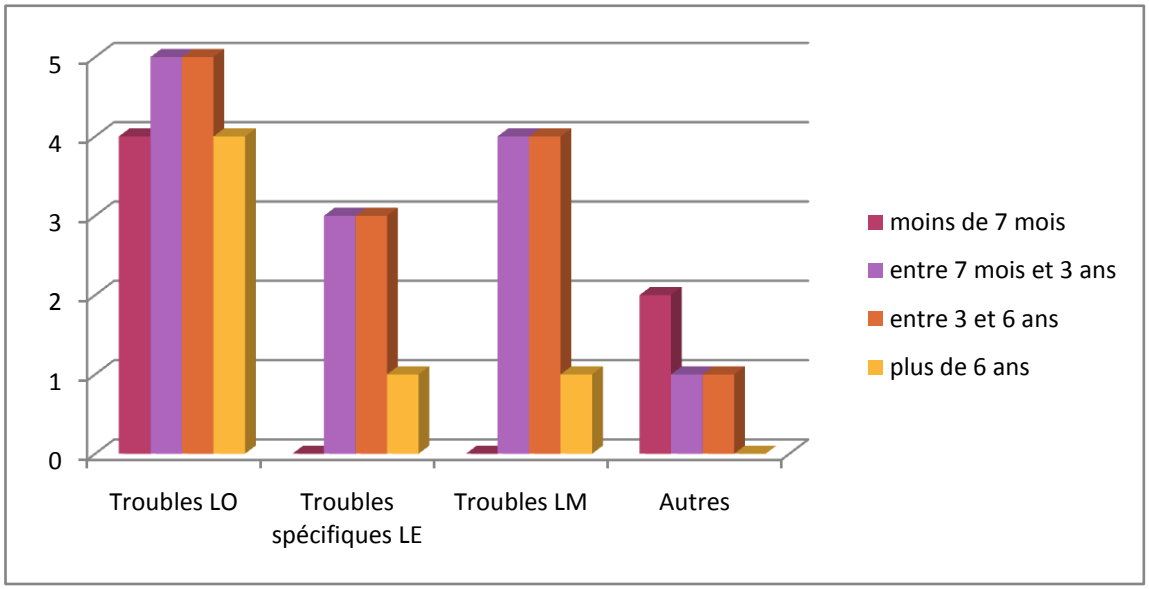
Comme nous pouvions nous en douter au vu du nombre de troubles du langage oral diagnostiqués par les orthophonistes, les associations de troubles du langage oral sont les plus nombreuses. Elles concernent principalement des retards de parole associés à des retards de langage, ce qui est très fréquent chez les enfants qui vont chez l'orthophoniste pour des troubles du langage oral.

A quatre reprises, des troubles du langage écrit sont associés à des troubles du raisonnement logico-mathématique. Sachant que des troubles logico-mathématiques ont été diagnostiqués sept fois par les orthophonistes de notre étude, et des troubles du langage écrit six fois, nous pouvons conclure que l'association de ces deux troubles est très fréquente dans la population de notre étude, puisque plus d'une fois sur deux ils sont associés.

Quatre enfants ont présenté une association de troubles du langage oral avec des troubles du langage écrit et du raisonnement logico-mathématiques. Nous voyons bien là que ces troubles peuvent être liés.

Nous allons observer la fréquence de ces troubles en fonction de l'âge d'adoption. Nous avons regroupé les retards de parole, de langage et troubles d'articulation sous le terme troubles du langage oral (troubles LO), les troubles du langage écrit sont notés LE, et les troubles logico-mathématiques, LM.

Graph. 36. Diagnostic orthophonique en fonction de l'âge d'adoption.



L'observation de ce graphique nous indique que certains troubles sont plus fréquents selon l'âge au moment de l'adoption.

Ainsi, aucun enfant adopté avant 7 mois n'a présenté de troubles du langage écrit ou du raisonnement logico-mathématique dans notre étude. En revanche, si l'on considère le nombre d'enfants adoptés à cet âge de notre étude (4), on s'aperçoit que ce sont proportionnellement eux qui consultent le plus pour des troubles du langage oral, puisqu'ils ont tous consulté un orthophoniste pour cette raison. A ces troubles du langage oral ont été associés à deux reprises d'autres troubles : une prise en charge pour une rhinolalie suite à une division palatine, un bégaiement, et des troubles de l'attention.

Tous les enfants adoptés à plus de 6 ans ont consulté l'orthophoniste pour des troubles du langage oral. Cela peut s'expliquer peut-être par l'urgence de maîtriser la langue du pays d'accueil car l'enfant doit s'intégrer au plus vite dans la société, et notamment à l'école. Cependant, ces résultats sont surprenants si on les compare à ceux de l'apprentissage du français[56], qui a été jugé comme facile pour ces enfants adoptés à l'étranger à plus de 6 ans. Un enfant a présenté à la fois des troubles du langage oral, associé à des troubles du langage écrit et à des troubles logico-mathématique.

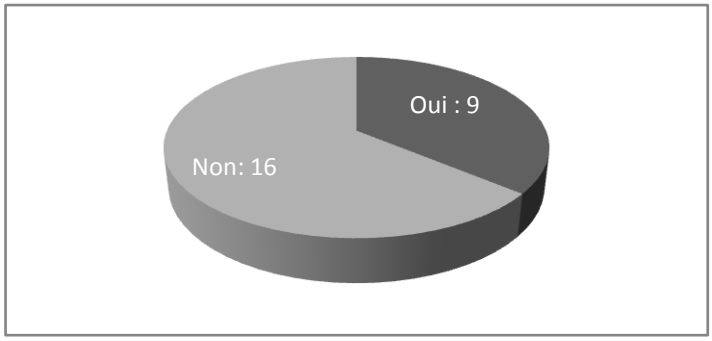
[56] Cf p.120.

Les enfants de notre étude qui ont été adoptés entre 7 mois et 3 ans, et entre 3 ans et 6 ans, ont le même type de pathologies. Cinq suivis sont en cours ou ont été effectués pour des troubles du langage oral, quatre pour des troubles logico-mathématiques, trois pour du langage écrit pour chacune de ces tranches d'âge. Ces troubles ont souvent été associés entre eux : deux enfants adoptés entre 7 mois et 3 ans ont présenté une association de troubles du langage oral à des troubles logico-mathématiques, et un autre enfant, une association de troubles du langage écrit à des troubles logico-mathématiques. A l'inverse, un enfant adopté entre 3 et 6 ans a présenté une association de troubles du langage oral à des troubles logico-mathématiques, et deux enfants des troubles du langage écrit associés à des troubles logico-mathématiques.

Les enfants qui ont été adoptés le plus précocement sont donc ceux qui présentent le moins de risques de développer plusieurs pathologies orthophoniques selon ces résultats.

4. L'anamnèse a-t-elle été particulière ? Si oui, en quoi a-t-elle été particulière ?

Graph. 37. Particularités de l'anamnèse faite avec un enfant adopté à l'étranger.



Les résultats de cette question nous conduisent à penser que les orthophonistes n'ont pas fondamentalement changé leur façon de procéder au moment de l'anamnèse de l'enfant adopté dans un pays étranger. Ils sont seize à ne pas y avoir trouvé de particularités.

Les neuf orthophonistes qui nous ont répondu que leur anamnèse de l'enfant adopté à l'étranger avait été différente nous ont donné différentes raisons à cela. Il s'agissait d'une question ouverte, nous avons donc recueilli des réponses variées, mais nous nous sommes efforcée de les regrouper, ce qui nous a permis de formuler cinq particularités de l'anamnèse.

- La raison la plus fréquemment donnée (trois occurrences) est que l'anamnèse a été modifiée du fait du *manque de précisions sur la vie pré-adoption de l'enfant*. Les parents n'avaient que très peu d'informations à fournir à l'orthophoniste au sujet du développement (moteur, langagier) de leur enfant. L'anamnèse n'a donc pas été aussi complète que pour un enfant biologique.

- La deuxième raison invoquée est que *l'anamnèse a été plus longue, et plus détaillée* afin de retracer le parcours de l'enfant avant et après son adoption. Cela nous a été dit par deux orthophonistes.

- Deux autres orthophonistes nous ont également dit que la particularité de l'anamnèse était due aux *perturbations importantes provoquées par l'enfant.* A priori, ils s'agissaient d'enfants qui ne supportaient pas qu'on ne s'intéresse pas à eux, même pendant quelques instants. L'un des deux enfants ne voulait pas que l'adoption et sa vie d'avant soit évoquée, car c'était son « pays privé dont il était l'empereur[57] ».

- Enfin, deux autres raisons, mais qui sont relativement proches, ont été fournies. Tout d'abord, pour l'un des orthophonistes, une fois que l'adoption a été évoquée, *aucune autre question relative à ce sujet n'a été posée* pendant l'anamnèse. L'adoption a semblé être un sujet un peu tabou, selon le ressenti de l'orthophoniste. Pour l'autre orthophoniste, *l'adoption n'a pas été évoquée au moment de l'anamnèse*. En effet, l'enfant et la mère semblaient être de même ethnie, car elles étaient toutes deux métisses. L'orthophoniste n'a donc pas supposé que l'enfant pouvait avoir été adopté. Il est surprenant que les parents

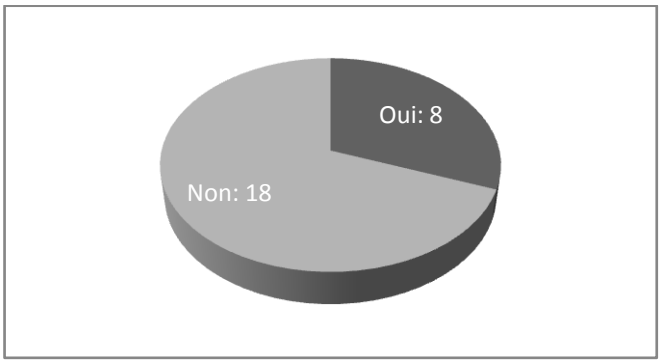
[57] L'orthophoniste nous a retranscrit les mots de l'enfant.

n'aient pas eu l'idée d'évoquer l'adoption, mais la première rencontre avec un professionnel de santé a pu être intimidante, ou la lassitude de se justifier peuvent expliquer cela. Dans ces deux cas, des précisions sur l'adoption, et la vie pré-adoption de l'enfant, ont été données au cours des séances suivantes.

Les réponses très riches des orthophonistes nous ont permis d'avoir une vue d'ensemble de leurs pratiques au moment de l'anamnèse.

5. Lors du bilan, avez-vous été obligé(é) de modifier votre façon de procéder ? De quel point de vue ?

Graph. 38. Modifications du bilan.



Nous observons dans ce graphique relativement les mêmes résultats que ceux pour les particularités de l'anamnèse. En effet, dix-huit orthophonistes ont répondu n'avoir pas modifié leur bilan, alors qu'ils étaient seize à n'avoir pas perçu de particularités au niveau de l'anamnèse.

Huit orthophonistes nous ont dit que la passation du bilan avait été modifiée. Ils étaient neuf à avoir déjà modifié l'anamnèse.

Les modifications qui ont été invoquées au niveau de la passation du bilan sont les suivantes :

- *Une période de mise en confiance* a été rapportée à trois reprises. Ce temps a dû être pris avant de pouvoir commencer le bilan à proprement parler.

- *Une simplification des énoncés* a été opérée car l'enfant présentait des troubles de compréhension massifs qui le gênaient dans la passation des épreuves.
- *Des troubles importants du comportement de l'enfant* ont de nouveau été évoqués, tout comme pour les particularités de l'anamnèse. Ces troubles du comportement semblent être massifs, et avoir des répercussions sur le déroulement global du bilan, aussi bien au moment de l'anamnèse que de la passation d'épreuves standardisées.
- *Les résultats du bilan ont été nuancés* car l'enfant présentait des troubles massifs et hétérogènes. L'orthophoniste qui nous a fourni ce témoignage rapporte qu'il avait dû faire passer un bilan de langage oral à un enfant grand, pour lequel la cotation du test ne s'adaptait pas.

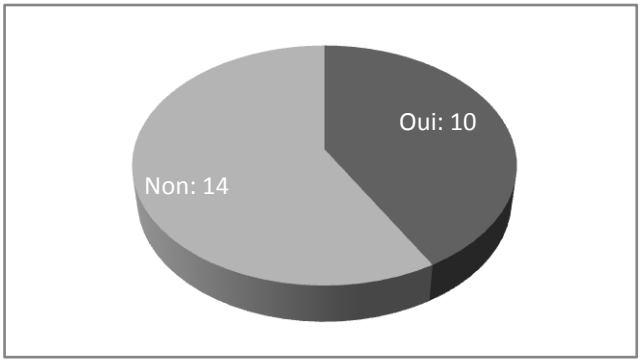
A travers ces témoignages, nous pouvons observer que les modifications du bilan ont pour causes principales les difficultés particulières de l'enfant parmi lesquelles des troubles du comportement et des troubles de compréhension.

6. Avez-vous entrepris une rééducation pour cet enfant?

Les réponses des orthophonistes à cette question ont été unanimes : **100% d'entre eux ont entrepris une rééducation** suite au bilan qui a été fait. Cela met en évidence que les troubles pour lesquels les enfants sont venus consulter ont nécessité une rééducation. Toute consultation pour un bilan n'entraîne pas forcément une prise en charge orthophonique. On se trouve bien dans le cadre de la pathologie pour les enfants dont il est question ici.

7. Pour un même trouble, cette rééducation a-t-elle été plus longue que celle pour un enfant biologique ?

Graph. 39. La rééducation a été plus longue que pour un enfant biologique ?



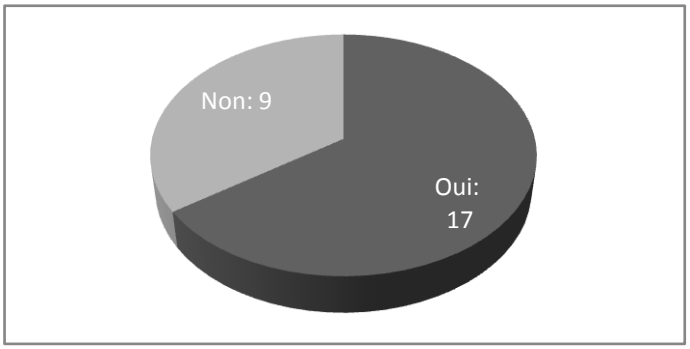
Une majorité d'orthophonistes n'a pas trouvé que la rééducation a été plus longue pour l'enfant adopté à l'étranger dont il est question que pour un enfant biologique. Cela peut nous amener à penser que les troubles dont souffrent les enfants adoptés à l'étranger sont du même ordre que ceux d'enfants biologiques. Il n'y aurait pas de spécificité à la situation adoptive.

Cependant, dix orthophonistes ont tout de même trouvé que la rééducation avait été plus longue, soit dans plus d'un tiers des cas rapportés.

8. La rééducation a-t-elle été différente de celles que vous entreprenez habituellement ? Si oui, en quoi ?

Les résultats à cette question viennent compléter ceux de la question précédente quant à une éventuelle différence dans la prise en charge d'enfants adoptés à l'étranger.

Graph. 40. Différences dans la rééducation ?



Si la rééducation n'a majoritairement pas été plus longue pour un enfant adopté à l'étranger que pour un enfant biologique, elle a tout de même été différente. Dix-sept orthophonistes ont trouvé que la rééducation qu'elles ont entreprise avec un enfant adopté à l'étranger est différente de celles qu'elles font habituellement.

Nous allons maintenant analyser quelles sont ces différences.

Les réponses des orthophonistes nous ont permis de mettre à jour huit types de difficultés, qui semblent toutes liées de près ou de loin à la situation adoptive.

- Ce qui est revenu le plus fréquemment dans les réponses à cette question est *un décalage entre des compétences dans des domaines élaborés, et une incompétence pour des choses basiques.* Ainsi, un orthophoniste a décrit un enfant qui avait des connaissances très hétérogènes au niveau du vocabulaire. Cet enfant maîtrisait des termes spécialisés dans certains domaines, et des tournures de phrases très élaborées, mais parallèlement à cela il était difficile pour lui de comprendre des termes génériques. Ce décalage a été observé à six reprises par des orthophonistes dans divers domaines tels que le langage oral, la compréhension ou la motricité. Cela peut s'expliquer peut-être par le fait que des enfants placés en institutions ne vont pas pouvoir développer les premières compétences à cause du manque de stimulations. A leur arrivée en France, ils vont être très stimulés, et ils vont parfois « plaquer » un savoir élaboré sur des bases quelque peu instables, d'où le décalage probable.
- Les orthophonistes nous ont livré également que la rééducation d'un enfant adopté est différente car il s'agit *d'installer une langue plutôt que de la*

normaliser[58]. Le rôle d'un orthophoniste est effectivement généralement de normaliser un langage qui est considéré comme déviant. La différence tient ici à ce que la langue maternelle de l'enfant n'est pas le français. Il ne s'agit pas non plus de bilinguisme, car l'enfant ne va être amené à ne parler que le français dans sa nouvelle famille. Il faut installer une nouvelle langue, ce qui signifie installer tous les phonèmes, apprendre le vocabulaire, la grammaire, la syntaxe, etc. Ce travail qui peut paraître colossal est heureusement entrepris au quotidien par la famille grâce au bain de langage. Trois orthophonistes ont ressenti cette différence dans la rééducation.

- *Un retard de maturation affective* a é évoqué par un orthophoniste. Selon lui, le comportement de l'enfant dans la relation indiquait clairement ce type de retard.

- Un élément qui est fréquemment revenu (quatre occurrences) est *une guidance parentale accrue.* Les parents adoptifs se sont montrés très inquiets du développement et de l'avenir de leur enfant, et très demandeurs de conseils auprès de l'orthophoniste.

- Enfin, un orthophoniste nous a confié avoir été déboussolé face à *des difficultés multiples et difficiles à cerner.*

Il nous semble que ces premières causes de différences dans la rééducation d'un enfant adopté à l'étranger sont étroitement liées au vécu pré-adoption de l'enfant, ou plus simplement à l'adoption elle-même. En effet, le fait qu'une nouvelle langue soit à installer est spécifique à cette situation ; le décalage qui existe entre la réussite d'épreuves complexes et l'échec à des épreuves basiques est probablement dû à un manque d'expérimentations pendant la petite enfance. Enfin, on peut penser que le retard de maturation affective peut être dû à des carences affectives, un manque

[58] Il est à noter que c'est cette raison qui avait fait hésiter un orthophoniste à prendre en charge un enfant adopté à l'étranger.

d'échanges pendant cette période cruciale des premières années de vie. L'inquiétude des parents adoptifs, et la guidance parentale accrue qui en résulte est sûrement liée à la situation adoptive. Non pas que des parents biologiques s'inquiètent moins pour leur enfant ! Nous voulons dire par là que la situation adoptive, et le vécu de l'enfant avant son adoption peuvent être à l'origine de troubles divers auxquels les parents adoptifs ont été sensibilisés pendant leur préparation à l'adoption.

Trois autres causes ont été évoquées. Celles-ci tiennent très spécifiquement au comportement de l'enfant. Le comportement de l'enfant a également pu être troublé par son vécu pré-adoption.

- *Des troubles du comportement de l'enfant* ont été cités à cinq reprises pour expliquer les différences entre la rééducation d'un enfant adopté à l'étranger et celles entreprises habituellement.
- Deux orthophonistes ont évoqué *une nécessité de réussite* chez l'enfant, ce qui est venu modifier la relation thérapeutique, car ce besoin était envahissant, et l'échec mal toléré.
- A l'inverse, *un manque d'intérêt* a été cité une fois. L'enfant en question ne s'est pas du tout investi dans la rééducation.

Les trois raisons citées ici tiennent directement au comportement de l'enfant : qu'il soit perturbateur, désintéressé ou surinvesti, il est à la source des différences de la rééducation. L'évocation de ces troubles du comportement est revenue à trois reprises : pour cette question, pour la question concernant les particularités de l'anamnèse, et pour au sujet des modifications du bilan. Ces troubles semblent être très fréquents et fortement perturbateurs.

Nous allons maintenant envisager ces différences dans la rééducation en fonction de l'âge d'adoption.

TAB. 5. Différences observées dans la rééducation de l'enfant adopté à l'étranger en fonction de son âge à l'adoption.

	Moins de 7 mois	Entre 7 mois et 3 ans	Entre 3 et 6 ans	Plus de 6 ans
Installation d'une nouvelle langue			2	1
Guidance parentale accrue	1	2	1	
Troubles du comportement		1	2	
Décalage des compétences		1	3	2
Retard psychoaffectif	1			
Manque d'intérêt		1		
Nécessité de réussite	1		1	
Difficultés difficiles à cerner			1	

L'observation de ce tableau nous amène à penser que ce sont les rééducations des enfants adoptés entre 3 et 6 ans qui sont les plus différentes des prises en charge classiques. En effet, ce sont pour ces enfants que les orthophonistes ont exprimé le plus grand nombre de différences, et cela a été répété plusieurs fois.

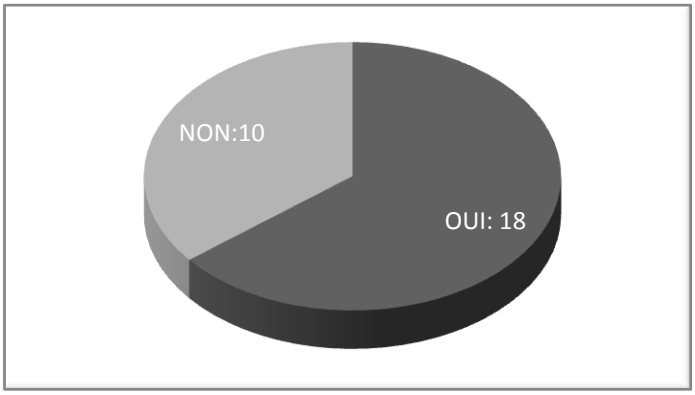
Il n'est pas surprenant que l'item « installation d'une nouvelle langue » n'ait été cité que pour des enfants adoptés à plus de 3 ans, puisqu'avant cet âge les enfants de notre étude na maîtrisaient pas du tout leur langue maternelle. Il n'y a donc pas eu de nouvelle langue à installer.

De même, il n'est pas étonnant qu'aucun enfant adopté avant 7 mois ne présente de décalage entre des compétences élaborées dans certains domaines et un échec dans des domaines plus basiques, puisque nous avons expliqué que cela était certainement dû à un manque de manipulations et d'expériences dans la petite enfance. L'adoption étant intervenue très tôt, l'enfant n'a pas pu souffrir de ces carences.

Les enfants adoptés avant 7 mois et ceux adoptés après 6 ans semblent être ceux pour lesquels la rééducation en orthophonie a été la moins différente.

9. Avez-vous remarqué des difficultés spécifiques chez cet enfant adopté à l'étranger? Si oui, quelles sont ces difficultés ?

Graph. 41. Existence de troubles spécifiques chez les enfants adoptés à l'étranger ?



Les orthophonistes interrogés ont répondu à la majorité que l'enfant adopté à l'étranger qu'ils prennent ou ont pris en charge présentent des difficultés spécifiques. Cela va dans le même sens que les résultats aux questions sur les différences dans l'anamnèse, le bilan et la rééducation.

Nous avons classé en neuf catégories principales, et par ordre décroissant, les multiples réponses à la question ouverte « quelles difficultés spécifiques avez-vous remarqué ?». L'analyse de ces résultats nous amènent à penser qu'il ne s'agit pas de troubles spécifiques, mais plutôt de particularités dans la rééducation.

- La difficulté spécifique chez l'enfant adopté à l'étranger pris en charge par un orthophoniste la plus souvent évoquée est *un trouble du comportement important*. Ce trouble semble vraiment être problématique et marquant, puisqu'il a été rapporté à de nombreuses reprises. Plus particulièrement, *une absence d'initiatives* a été citée.

- *Un manque d'expérimentations* flagrant a également été rapporté. Cela conduit à un retard dans la structuration du raisonnement logico-mathématique et il a semblé à plusieurs orthophonistes que cela était spécifique chez les enfants dont il est question. Dans le même ordre d'idées de manque d'expérimentations, d*es difficultés de structuration spatio-temporelle* ont aussi été évoquées comme difficultés spécifiques des enfants adoptés à l'étranger. Cela rejoindrait ce que nous avons expliqué dans la partie théorique. Les compétences spatio-temporelles s'acquièrent grâce aux diverses situations expérimentées par le sujet, principalement dans la petite enfance. Les enfants qui ont vécu en orphelinat, où les stimulations étaient routinières n'ont pas forcément eu la chance de développer leurs capacités, notamment à ce niveau.

- *Un mode de relation à l'adulte pauvre* a été évoqué. Cela est probablement dû à des interactions réduites et pauvres durant la petite enfance. L'enfant ne voit pas en l'adulte quelqu'un de fiable sur qui il peut compter. Cela modifie bien sûr la relation, et donc ici la rééducation.

- *Des troubles du raisonnement importants*, entravant la conduite « normale » d'une rééducation ont été cités à deux reprises. Les orthophonistes ont semblé être surpris par de telles difficultés au niveau du raisonnement.

- *Des difficultés d'intégration de la structure de la langue*, notamment au niveau syntaxique ont été repérées comme étant spécifiques aux enfants adoptés à l'étranger de notre étude. Alors que l'apprentissage de la langue française s'est majoritairement fait facilement pour eux, il semblerait que la structure de la langue ne soit pas si facile à intégrer pour tous.

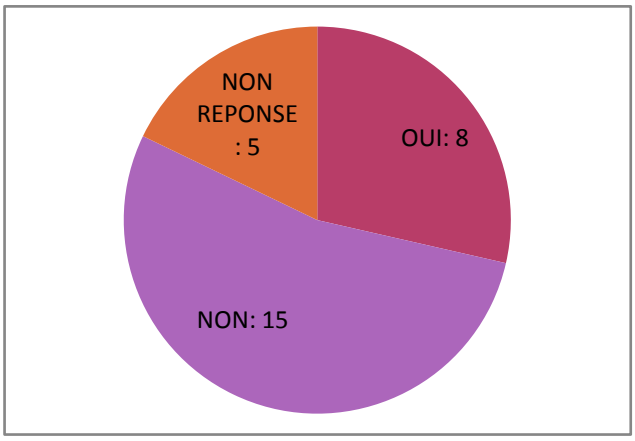
- *Des problèmes médicaux* très certainement dû au changement de climat, mais aussi aux carences de la vie pré-adoption, et *une adaptation un peu difficile à la France* ont été considérés par plusieurs orthophonistes comme étant des troubles spécifiques aux enfants adoptés à l'étranger.

Les orthophonistes ont trouvé des difficultés spécifiques aux enfants adoptés assez variées.

10. Si vous avez eu l'occasion de suivre plusieurs enfants adoptés à l'étranger, est-ce qu'ils ont tous présenté le même type de difficulté?

Cette question est destinée aux orthophonistes qui ont pris en charge plusieurs enfants adoptés à l'étranger, soit au moins 10 orthophonistes[59].

Graph. 42. Retrouve-t-on les mêmes troubles chez tous les enfants adoptés à l'étranger ?



L'observation de ce graphique nous permet tout d'abord de remarquer que cinq orthophonistes n'ont pas répondu à cette question. Il s'agit des orthophonistes qui n'ont suivi qu'un seul enfant adopté à l'étranger en rééducation. Il leur était impossible de faire des comparaisons avec d'autres enfants.

A quinze reprises, les orthophonistes n'ont pas trouvé que les difficultés qu'ils observaient chez un enfant étaient transposables chez un autre. Huit orthophonistes ont retrouvé le même type de difficultés chez plusieurs enfants adoptés à l'étranger.

[59] Cf p. 102.

Les réponses de ces huit orthophonistes à la question précédente concernant les difficultés spécifiques de l'enfant adopté à l'étranger étaient : *le manque d'expérimentations* dans le vécu pré-adoption; *le temps d'adaptation* à la France et à ses mœurs ; des *difficultés d'intégration de la structure syntaxique* ; une *relation à l'adulte pauvre* ; des *troubles du comportement et du raisonnement.* Ces difficultés spécifiques seraient donc celles qu'ils ont retrouvées chez tous les enfants adoptés à l'étranger qu'ils ont eu en rééducation.

Conclusion du troisième volet :

Les résultats de ce volet nous ont montré la diversité des troubles pour lesquels les enfants consultent un orthophoniste. Tous les troubles qui ont été évoqués dans cette étude par les orthophonistes ont nécessité une rééducation

La majorité des conseils de consultation d'un orthophoniste pour les enfants de l'adoption internationale de notre étude ont été donnés dans le cadre scolaire. En effet, l'enseignant, le psychologue ou le médecin scolaire ainsi que les intervenants de la PMI ont été à l'origine de 13 consultations. Cela va dans le sens de notre idée selon laquelle les troubles scolaires des enfants adoptés à l'étranger peuvent être dus à des troubles orthophoniques. Si des conseils de consultation d'un orthophoniste ont été donnés, cela a surtout été pour des troubles du langage oral. Le mémoire de M. HUBERT avait conclu que l'apprentissage de la langue française par les enfants adoptés à l'étranger se passait généralement sans difficultés. Cependant, il s'agit tout de même de la première raison de consultation d'un orthophoniste. L'incidence des troubles du langage écrit, et des troubles du raisonnement et de la compréhension ne sont pas négligeables.

Le diagnostic orthophonique qui a été posé majoritairement pour les enfants issus de l'adoption internationale de notre étude est celui de troubles du langage oral, retards de parole, de langage et trouble d'articulation confondus. Ces enfants présentent fréquemment une association de troubles.

Le bilan, c'est-à-dire à la fois l'anamnèse et la passation de tests standardisés, n'a pas subi de modifications particulières en général pour l'enfant adopté à l'étranger dont il est question. Seuls 9 orthophonistes se sont sentis obligés de modifier leur façon de procéder. Souvent, la rééducation n'a pas été plus longue ; en revanche, les orthophonistes ont trouvé d'autres différences dans la rééducation de ces enfants par rapport à celle d'enfants biologiques. La principale différence, qui a été évoquée également comme cause de modification du bilan, est des troubles du comportement importants chez l'enfant. Cela a été rapporté à 16 reprises par les orthophonistes, les réponses à ces différentes questions confondues. Cela signifie que ces troubles du comportement sont venus perturber la prise en charge, à un moment ou à un autre, chez 16 enfants sur les 28 de notre étude. Les différences dans la rééducation ont également été différentes selon l'âge d'adoption.

Des difficultés spécifiques chez les enfants adoptés à l'étranger ont été rapportées, parmi lesquelles des troubles du comportement à nouveau, mais aussi des difficultés dues à un manque d'expérimentations, ou encore des difficultés d'intégration syntaxique. Cependant, ces difficultés n'ont pas semblé généralisables à tous les enfants adoptés à l'étranger pour tous les orthophonistes. En revanche, nous n'avons pas mis en exergue l'existence d'un trouble orthophonique spécifique aux enfants adoptés à l'étranger.

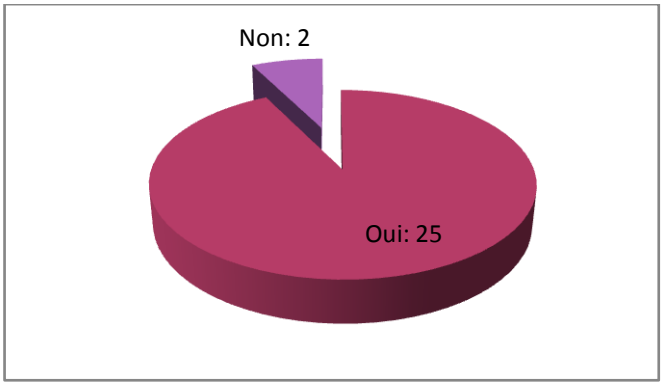
Nous pouvons donc supposer pour conclure que la prise en charge d'enfants adoptés à l'étranger présente des spécificités par rapport à la prise en charge d'enfants biologiques. Cependant, ces spécificités dans la rééducation ne semblent pas toujours être généralisables à tous les enfants issus de l'adoption internationale.

V. Analyse du quatrième volet : L'enfant et l'école.

L'analyse de ce volet va nous permettre de mettre en relation les difficultés observées au niveau orthophonique et les difficultés scolaires de l'enfant adopté à l'étranger.

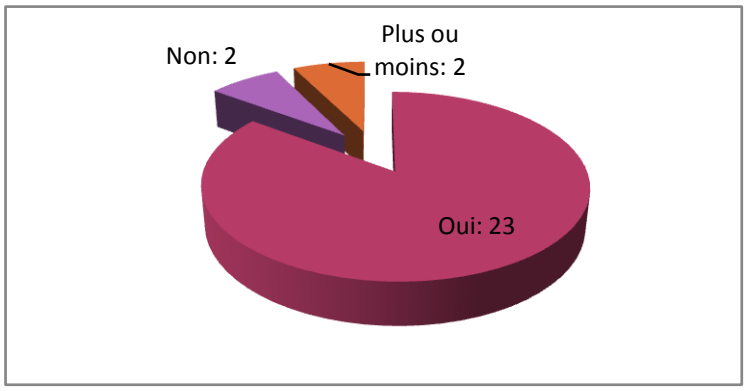
1. L'enfant est-il bien intégré auprès de ses enseignants ? auprès des autres enfants de sa classe ? auprès des autres enfants de son âge ?

Graph. 43. Bonne intégration auprès des enseignants ?



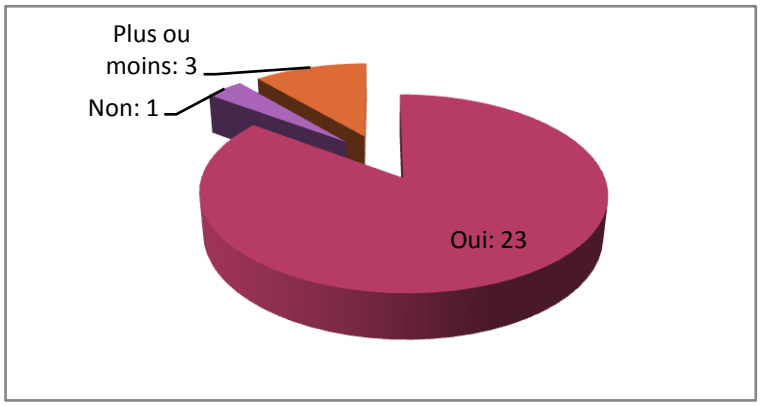
Les enfants adoptés à l'étranger semblent s'être très bien intégrés au milieu scolaire, et particulièrement auprès de leurs enseignants. Seuls deux enfants ont présenté des difficultés d'intégration avec leur enseignant.

Graph. 44. Bonne intégration auprès des enfants de sa classe ?



L'intégration auprès des enfants de la classe, même si elle s'est très largement bien passée, est un petit peu plus difficile qu'auprès des enseignants. En effet, pour quatre enfants, l'intégration s'est plutôt moins bien passée.

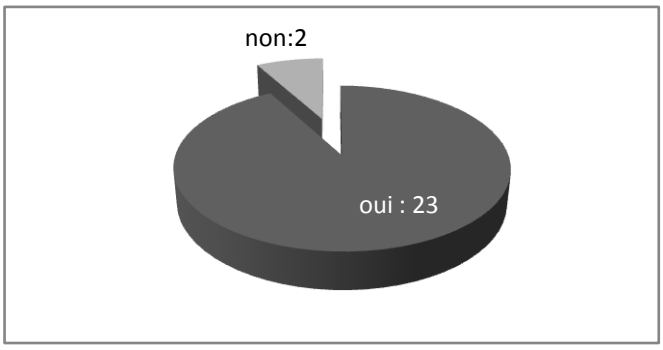
Graph. 45. Bonne intégration auprès des enfants de son âge ?



Les résultats de l'intégration de l'enfant adopté à l'étranger auprès des enfants de son âge sont quasiment les mêmes que pour l'intégration auprès des enfants de la classe : pour 23 enfants, cela s'est bien passé, et pour 4 enfants cela a été un peu plus difficile.

2. A son arrivée en France, l'enfant a-t-il intégré une classe qui correspondait à son âge? Si non, est-il passé en niveau supérieur en cours d'année?

Graph.46. Intégration d'une classe correspondant à l'âge de l'enfant lors de l'arrivée en France ?



A cette question, nous n'avons eu que 25 réponses. 23 enfants sur 25 ont intégré une classe qui correspondait à celle de leur âge. Ce n'est pas le cas pour deux d'entre eux.

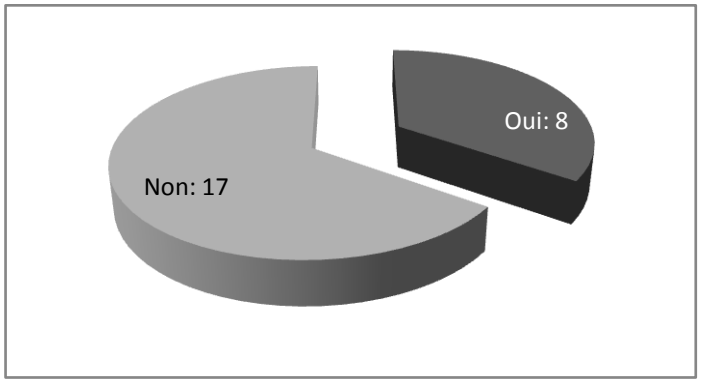
Ces enfants qui ont intégré une classe d'un niveau inférieur à celle normalement attendue pour leur âge ont tous les deux été adoptés à plus de six ans. Cela permet en effet de laisser le temps à l'enfant de faire les premières acquisitions des classes antérieures.

Un de ces deux enfants est passé dans une classe supérieure en cours d'année. Cela signifie très certainement que sa progression et ses acquisitions sur le plan scolaire lui ont permis de rejoindre une classe d'enfants de son âge. L'autre enfant n'est pas passé dans un niveau supérieur en cours d'année.

Nous pouvons noter que parmi les quatre enfants adoptés à plus de six ans, seulement deux ont eu la chance d'intégrer une classe d'un niveau scolaire inférieur à celui que l'on pourrait attendre pour des enfants de leur âge. Nous pourrons donc analyser la différence de parcours scolaire de ces enfants.

3. L'enfant a-t-il redoublé une classe pendant sa scolarité? Si oui, laquelle?

Graph. 47. Redoublement d'une classe pendant la scolarité.



Ce graphique montre clairement qu'une majorité d'enfants adoptés à l'étranger et suivis en orthophonie, n'ont pas redoublé de classe pendant leur scolarité.

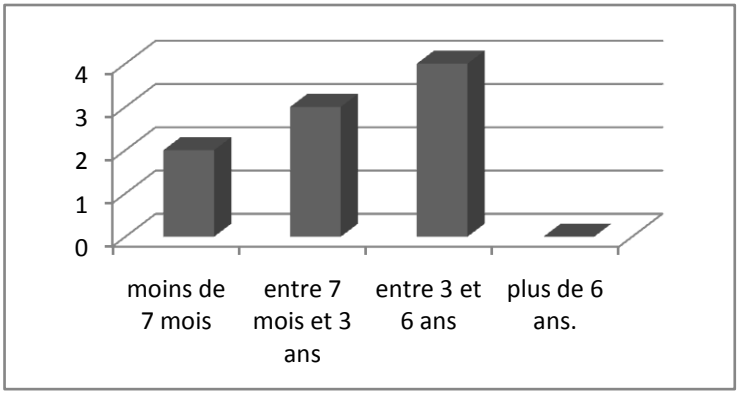
Nous allons nous intéresser aux enfants qui ont redoublé une classe pour savoir à quel moment de leur scolarité c'est intervenu. Tous les orthophonistes qui ont répondu que l'enfant adopté à l'étranger qu'il suivait avait redoublé une classe n'ont pas pu préciser de quelle classe il s'agissait. L'orthophoniste avait-il oublié car la prise en charge était ancienne ? Ou était-ce une information qui avait été jugée inutile ? Toujours est-il que nous n'avons récolté que quatre réponses sur les huit attendues.

TAB. 6. Classe redoublée pendant la scolarité.

Classe de maternelle ou de primaire.	Classe de collège.
3	**1**

A travers l'étude de l'échantillon de réponse que nous avons, nous réalisons que les redoublements sont majoritairement intervenus en maternelle ou en primaire, soit au plus près du moment de l'adoption. Ces classes correspondent à des moments-clés dans la vie scolaire d'un enfant. En effet, il s'agit des moments où les enfants vont entrer dans le langage écrit, où ils vont faire de nombreuses rencontres.

Graph. 48. Age au moment de l'adoption des enfants qui ont redoublé une classe.

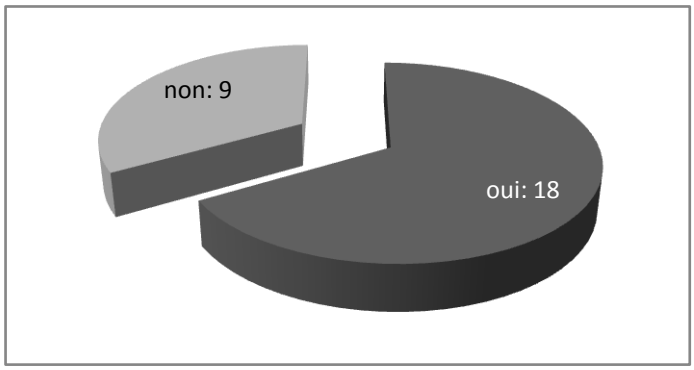


Ce graphique met en lumière que les enfants qui ont redoublé une classe ne sont pas ceux qui ont été adoptés tardivement. En effet, parmi les quatre enfants qui ont été

adoptés à plus de 6 ans, aucun n'a redoublé de classe pendant sa scolarité (à la date de l'étude). En revanche, nous pouvons être surpris par le nombre de redoublement des enfants adoptés avant 7 mois. Ils sont 4 au total dans notre étude, et ce graphique nous montre que deux d'entre eux ont redoublé au moins une fois : 1 enfant adopté avant l'âge de 7 mois sur 2 a redoublé. Les enfants adoptés entre 3 et 6 ans sont ceux qui ont le plus redoublé : ils sont quatre à avoir redoublé, mais ils n'atteignent pas la proportion de 50% des enfants adoptés très jeunes. Trois enfants adoptés entre 7 mois et 3 ans ont redoublé une fois au moins.

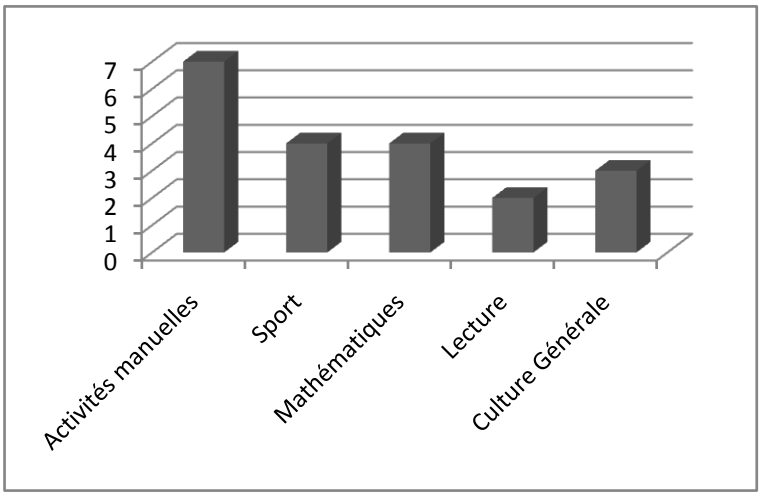
4. L'enfant a-t-il des domaines dans lesquels il se sent plus à l'aise? Lesquels?

Graph. 49. Existence de domaines de prédilection chez l'enfant adopté à l'étranger.



18 enfants sur les 28 de notre étude semblent avoir des domaines dans lesquels ils se sentent particulièrement à l'aise dans leur scolarité. Nous allons étudier plus précisément quels sont-ils.

Graph. 50. Les domaines de prédilection des enfants des enfants adoptés à l'étranger.



Ce graphique nous permet de conclure que les activités scolaires dans lesquelles l'enfant se sent le mieux sont principalement les activités manuelles ou sportives. Onze enfants adoptés à l'étranger réussissent particulièrement dans ces deux disciplines. Par activités manuelles, nous entendons l'art plastique, mais aussi des activités comme la technologie qui demande des manipulations de la part de l'enfant.

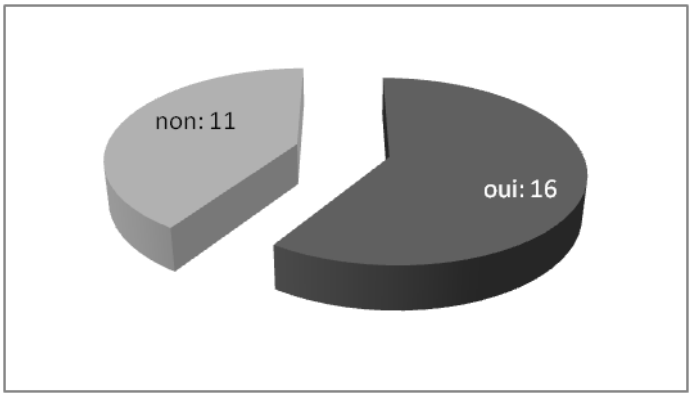
Les mathématiques ont été citées quatre fois comme étant des domaines de prédilection pour l'enfant. A chaque fois, les orthophonistes ont précisé que c'était le cas, à la condition qu'il s'agisse d'exercices répétitifs et très structurés.

Dans le domaine « culture générale », nous regroupons des matières comme l'histoire, la géographie, les sciences naturelles.

5. Existe-t-il des domaines dans lesquels il se sent en échec? Lesquels?

Au contraire des domaines de prédilection, l'enfant peut avoir des domaines dans lesquels il se sent démuni, en échec. Nous allons essayer de voir quels sont ces domaines.

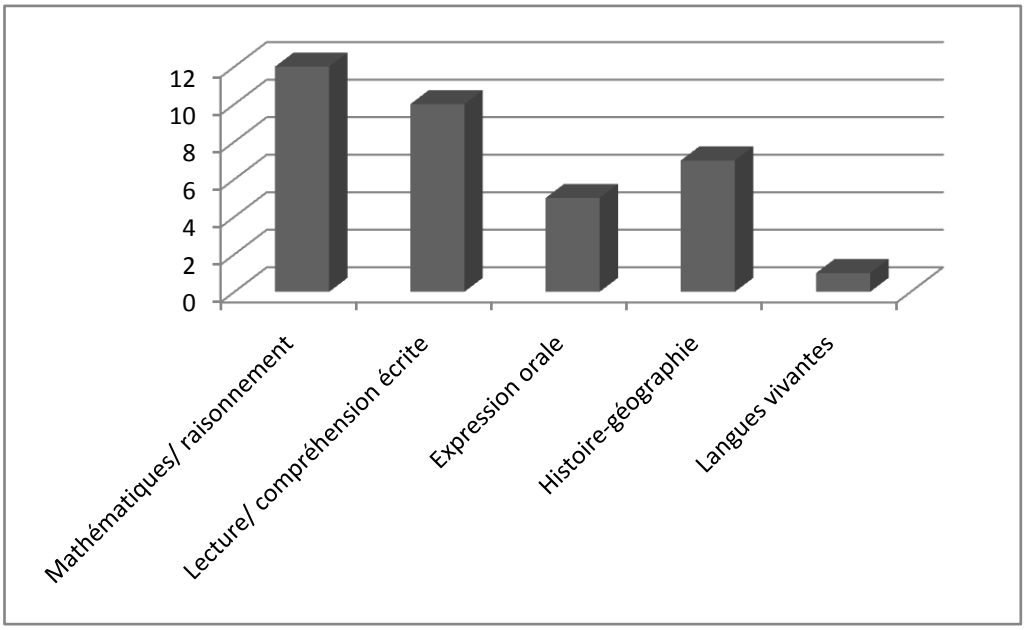
Graph. 51. Y-a-t-il des domaines dans lesquels l'enfant se sent en échec ?



Pour 16 enfants, certains domaines sont en échec. On peut assez facilement imaginer la souffrance qui peut en découler, ainsi que la mésestime de soi.

Les domaines dans lesquels les enfants de notre étude sont en échec sont les suivants:

Graph. 52. Domaines dans lesquels il se sent en échec



Comme nous l'avions supposé, les mathématiques et le raisonnement sont les principaux domaines qui gênent les enfants de notre étude dans leur scolarité, puisque 12

enfants sur 28 sont ne s'y sentent pas à l'aise. La lecture et la compréhension écrite sont également des domaines très touchés.

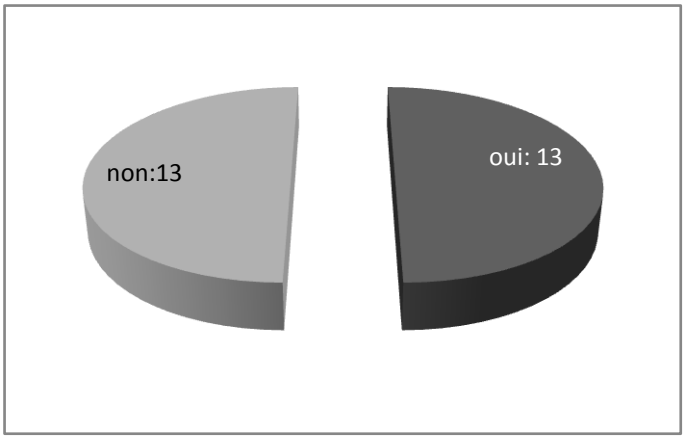
L'expression orale et les langues vivantes ne semblent pas non plus être des domaines dans lesquels les enfants adoptés à l'étranger se sentent à l'aise. Il est surprenant de constater que l'enfant chez qui les langues vivantes sont problématiques s'est facilement approprié le français, qui a été une langue étrangère à son arrivée en France. L'apprentissage en lui-même ne pose peut-être pas de problèmes, mais la situation d'expression orale devant la classe peut en être un.

L'histoire et la géographie sont des domaines dans lesquels 7 enfants n'ont pas trouvé d'intérêt.

Ce qui est frappant si l'on compare ce graphique avec le précédent, c'est le nombre de domaines en échec. Selon les orthophonistes, 16 enfants sont en échec dans certains domaines scolaires, et nous retrouvons dans ce graphique 50 « domaines » en échec. Cela signifie que les enfants sont en échec dans plusieurs domaines. On ne retrouve pas généralement plusieurs domaines de réussite chez ces enfants, puisque 20 domaines de réussite sont évoqués au sujet de 18 enfants.

6. L'enfant est-il suivi par le Réseau d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficultés (RASED)?

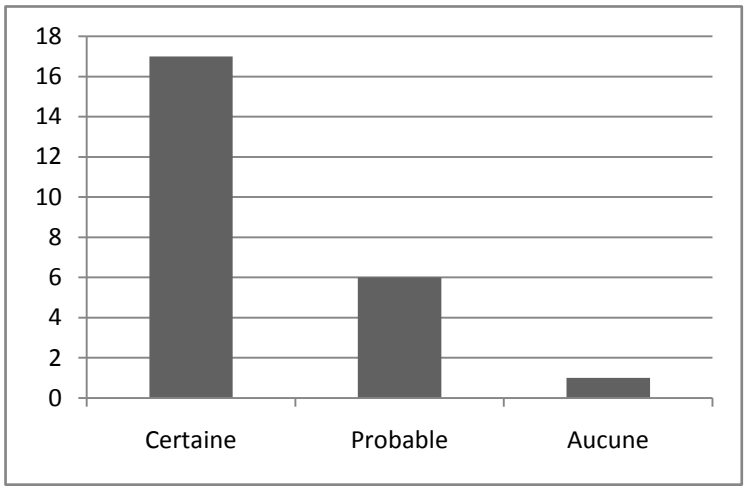
Graph. 53. Suivi par le RASED.



Ce graphique nous montre que la moitié des enfants sont suivis par le RASED, ce qui est une proportion importante si l'on compare au suivi par le RASED d'une population lambda. Cependant, les enfants qui consultent un orthophoniste sont plus nombreux à être suivis par le RASED qu'une population tout-venant. Nous ne pouvons donc pas tirer de conclusions hâtives. Il nous aurait fallu connaître la proportion d'enfants suivis par le RASED qui consultent un orthophoniste pour pouvoir établir une comparaison avec les enfants adoptés à l'étranger, mais nous n'avons pas réussi à recueillir ces données.

7. A votre avis, les troubles pour lesquels l'enfant est suivi en orthophonie ont-ils une incidence sur sa réussite à l'école?

Graph. 54. Influence des troubles orthophoniques sur les difficultés de l'enfant à l'école.



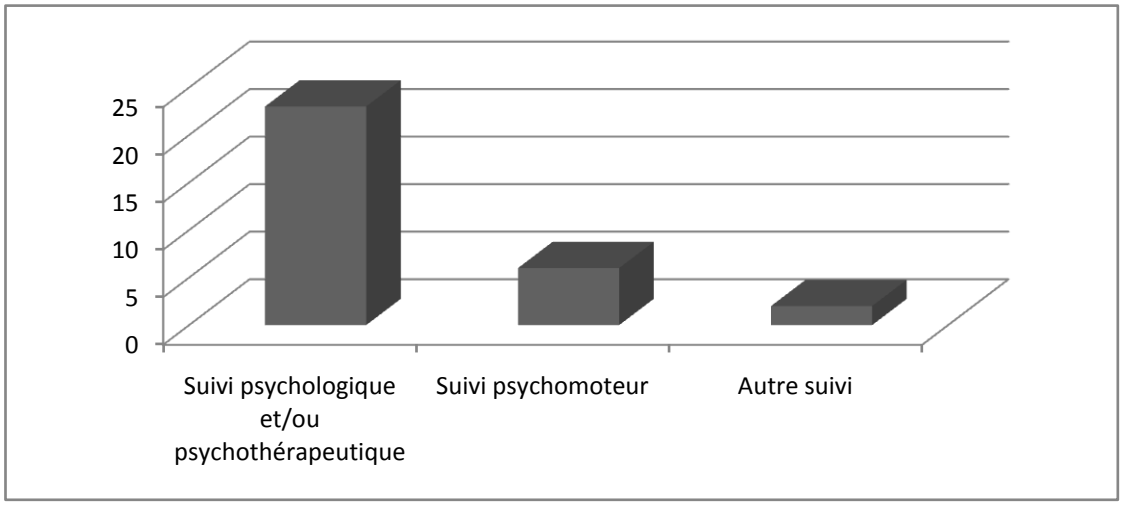
Les orthophonistes interrogés dans notre étude ont répondu concernant 17 enfants que les troubles orthophoniques pour lesquels ils étaient pris en charge avaient certainement une influence sur ses difficultés scolaires. Pour 6 enfants les troubles orthophoniques ont eu une incidence probable. On peut donc penser que les troubles orthophoniques des enfants adoptés à l'étranger ont une incidence non négligeable sur les difficultés scolaires de l'enfant.

Un seul orthophoniste a déclaré que le trouble pour lequel il suivait un enfant adopté dans un pays étranger n'avait aucune influence sur ses résultats scolaires. L'enfant était alors suivi pour un trouble d'articulation isolé.

Le ressenti des orthophonistes sur le lien qui pourrait exister entre les difficultés scolaires de l'enfant adopté à l'étranger et les troubles orthophoniques dont il souffre est donc en faveur d'une influence non négligeable. Cela confirme ce que nous pensions à ce sujet.

8. L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi psychologique? psychothérapeutique? psychomoteur? autre(s) ?

Graph. 55. Les différentes prises en charge de l'enfant (autres qu'en orthophonie)



Ce graphique laisse apparaître que la majorité des suivis de l'enfant autres que l'orthophonie sont des suivis psychologiques ou psychothérapeutiques. Ils ont été entrepris par 23 enfants. 6 enfants ont été pris en charge par un psychomotricien.

Les deux autres suivis qui sont mentionnés ici concernent deux enfants qui suivent un traitement médicamenteux pour l'hyperactivité (Ritaline®), et qui sont suivis par une équipe multidisciplinaire au sein d'un CAMSP.

Les enfants adoptés à l'étranger de cette étude ont donc un suivi multidisciplinaire pour les aider à surmonter leurs difficultés.

Conclusion du quatrième volet :

A travers l'étude de ce volet, nous avons mis en évidence que l'intégration à l'école des enfants adoptés à l'étranger de notre étude s'est bien passée. Les enfants, qui ont pour la plupart intégré une classe qui correspond à leur âge, n'ont globalement eu aucune difficulté d'intégration dans leur école. Cela est vrai aussi bien auprès des enseignants que des enfants de leur âge ou de leur classe.

En ce qui concerne les performances scolaires des enfants de notre étude, nous observons que 8 enfants ont déjà redoublé une classe, et 13 sont suivis par le RASED. Au niveau national, 15% d'enfants sont suivis par le RASED[60]. Ils sont 50% dans notre étude qui ne concerne que 28 enfants. Certes nous ne pouvons pas généraliser nos résultats au vu de ce petit corpus, mais nous pouvons supposer que les enfants adoptés à l'étranger sont globalement plus suivis par les maîtres spécialisées du RASED que la moyenne nationale. Ces enfants bénéficient souvent d'autres suivis : 23 enfants vont ou sont allés chez un psychologue. La prise en charge de ces enfants est donc pluridisciplinaire.

Les enfants de notre étude ont des domaines dans lesquels ils se sentent plus à l'aise, principalement les activités manuelles, le sport ou des exercices très structurés et répétitifs. Ils sont en revanche moins à l'aise lorsque les activités proposées concernent le raisonnement, la lecture, la compréhension.

[60] http://www.parents-autonomes-lailly-en-val.com/

La majorité des orthophonistes de l'étude a le sentiment que les difficultés scolaires de ces enfants sont certainement dues au(x) trouble(s) orthophonique(s) pour le(s)quel(s) ils sont pris en charge. On peut effectivement voir un lien entre les troubles logico-mathématiques et les difficultés scolaires qui ont été évoquées.

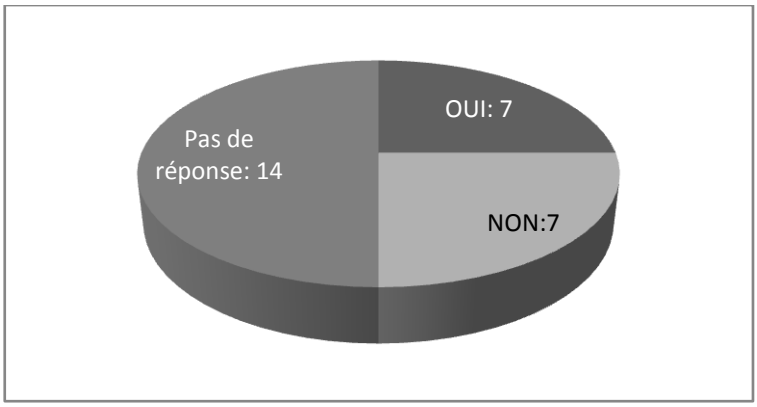
VI. Analyse des réponses aux questions complémentaires.

a. Souhaiteriez-vous bénéficier d'informations supplémentaires sur l'adoption internationale ?

Quels aspects vous intéresseraient plus particulièrement ?

Nous voulions connaître l'intérêt des orthophonistes sur ce phénomène si particulier qu'est l'adoption internationale. La dernière question de notre questionnaire est une question ouverte, pour laisser la parole aux orthophonistes.

Graph. 56. Intérêt des orthophonistes pour avoir des informations supplémentaires au sujet de l'adoption internationale.



Ce graphique nous permet d'observer que la moitié des orthophonistes n'ont pas donné de réponse à cette question finale. Le fait que cette question soit la dernière du questionnaire peut peut-être expliquer cela.

Sept orthophonistes ne souhaitent pas d'informations complémentaires au sujet de l'adoption internationale, et sept autres en souhaiteraient.

Tous les orthophonistes qui souhaitent avoir des renseignements complémentaires ne nous ont pas dit à quel sujet précisément. Cependant, parmi les réponses que nous

avons obtenues, les orthophonistes interrogés nous ont dit désirer des informations au sujet d'éventuelles difficultés spécifiques en fonction du pays d'origine, du devenir de ces enfants, et du parcours des parents au niveau des démarches avant l'adoption.

Conclusion des questions complémentaires :

Au vu des résultats à ces questions, les orthophonistes ne semblent pas intéressés par des informations supplémentaires au sujet de l'adoption internationale. Ils ne semblent dans tous les cas pas intéressés par des informations au sujet de difficultés particulières chez ces enfants. La procédure nécessaire pour adopter un enfant ainsi que le devenir de ces enfants une fois en France semblent les intéresser.

SYNTHESE :

Nous venons d'analyser les résultats des quatre volets de ce questionnaire. Nous avons pu apprécier les différents aspects de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes : nous avons recueilli des informations sur leur expérience, mais aussi sur leur ressenti, des prises en charge des enfants adoptés à l'étranger.

Les conclusions de cette analyse mettent en avant l'existence d'une population d'enfants adoptés à l'étranger chez ces orthophonistes, avec des troubles qui semblent assez particuliers.

Cependant, le corpus que nous avons étudié était trop limité pour pouvoir en extraire une étude généralisable. Les données recueillies nous permettent juste de faire un constat de la prise en charge d'enfants adoptés à l'étranger par des orthophonistes, dans des cas très particuliers. D'autre part, la grande diversité dans la population des enfants étudiés ici ne nous permet pas non plus d'extraire des généralités.

Nous pouvons supposer également que certaines données ont pu être faussées. Tout d'abord, les orthophonistes qui nous ont répondu étaient ceux intéressés par notre étude. Dès lors, il n'est pas surprenant d'avoir un taux de réponses positives important à la question « Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, dans votre patientèle des enfants adoptés à l'étranger ? », puisque les orthophonistes qui ne se sont pas sentis concernés ne nous ont pas répondu pour nous dire que ce n'était pas le cas. Le fait que le questionnaire ait été envoyé par courriel a pu ne pas donner envie aux orthophonistes d'y répondre, même si la proposition d'un envoi par courrier a été faite. Certains ont pu trouver cela trop compliqué ou peu attractif. De même, le fait qu'il ait été auto-administré a pu déranger certaines personnes. D'autre part, nous pouvons supposer que les enfants adoptés à l'étranger qui vont consulter un orthophoniste sont ceux pour lesquels les parents ont

entrepris cette démarche. Il y a forcément parmi tous les enfants adoptés à l'étranger des enfants qui ne sont pas pris en charge alors qu'ils en auraient besoin.

Ce mémoire pourra être le point de départ d'autres investigations, car nous sommes parvenue à extraire quelques observations intéressantes. Nous avons réussi à nous approcher de nos objectifs qui étaient de mettre en évidence une population d'enfants adoptés à l'étranger chez les orthophonistes, et d'essayer d'observer l'existence de difficultés spécifiques.

Nous avons ainsi pu répondre à nos hypothèses. C'est ce que nous allons exposer maintenant.

Hypothèse 1 : Les enfants adoptés à l'étranger sont nombreux à consulter des orthophonistes.

Cette première hypothèse reposait sur l'idée que nous allions retrouver un grand nombre d'enfants adoptés à l'étranger chez les orthophonistes. Comme nous l'avons dit précédemment, le nombre de questionnaires que nous avons reçu est vraiment trop restreint pour en extraire des généralités. Cependant, à la seule question de savoir si les orthophonistes avaient déjà pris en charge des enfants adoptés à l'étranger, nous avons récolté 65 réponses d'orthophonistes lorrains, ce qui représente 10% de la population des orthophonistes lorrains. 75% des ces orthophonistes qui nous ont répondu ont déjà pris en charge un enfant adopté à l'étranger.

604 orthophonistes exercent en Lorraine au 20 mai 2009. Si l'on considère que 75% de ces orthophonistes ont déjà pris en charge un enfant adopté à l'étranger, cela représente 450 orthophonistes. Or comme nous l'avons exposé dans l'analyse des résultats[61], au maximum en Lorraine, 116 enfants ont été adoptés dans un pays étranger en 2008. Si l'on considère que ces chiffres sont à peu près stables, cela signifierait qu'une centaine d'enfants adoptés à l'étranger sont susceptibles de consulter un orthophoniste par an. Il n'est alors pas étonnant que les orthophonistes de notre étude ne prennent en

[61] Cf analyse des résultats, p. 103.

charge qu'un seul enfant adopté à l'étranger par an, ou qu'ils n'en aient pas tous les ans en rééducation, car, en Lorraine, le nombre d'orthophonistes en exercice est largement supérieur au nombre d'enfants qui sont adoptés dans des pays étrangers. Nous savons en revanche que certains orthophonistes en prennent plusieurs en charge actuellement. Cela peut dépendre à la fois de l'implantation géographique de ces orthophonistes, mais aussi de leur envie de prendre en charge ce type de population.

Nous pensions que le nombre de prises en charge d'enfants adoptés à l'étranger par les orthophonistes avait augmenté, du fait du fort accroissement du nombre d'adoptions internationales au début des années 1990. Cela n'a pas été confirmé dans notre étude, car nous n'avons pas réussi à recueillir d'indications chiffrées précises. Le ressenti des orthophonistes à ce sujet ne va pas en ce sens.

Considérant ces divers résultats, nous supposons toujours que de nombreux enfants adoptés à l'étranger consultent des orthophonistes chaque année.

Hypothèse 2 : Les enfants adoptés à l'étranger présentent des troubles orthophoniques spécifiques.

Cette deuxième hypothèse reposait sur le fait que la particularité de la situation adoptive, et principalement de la vie pré-adoption, entrainait des troubles orthophoniques spécifiques à cette situation.

Au vu des divers résultats que nous avons analysés, nous pensons que les troubles orthophoniques dont souffrent les enfants adoptés à l'étranger ne sont pas spécifiques à l'adoption internationale. En effet, les orthophonistes ont rapporté la rééducation de troubles courants, comme des retards de parole, retards de langage, troubles du raisonnement logico-mathématique, troubles spécifiques du langage écrit, etc. Il n'y a pas de pathologie typiquement liée à l'adoption.

Cependant, à travers les réponses des orthophonistes, nous avons pu identifier des particularités dans la rééducation des enfants adoptés à l'étranger, quels que soient les troubles pour lesquels ils consultent.

Ces prises en charge ne sont pas plus longues, mais elles sont différentes. Les orthophonistes ont observé des modifications dans leur façon de procéder au moment du bilan, et surtout au moment de la rééducation. La principale différence par rapport à une prise en charge *lambda*, semble être due à des troubles du comportement important de l'enfant. Le comportement de l'enfant a à maintes reprises perturbé les séances de rééducation selon les orthophonistes de cette étude. Cela a pu être un manque d'investissement de la part de l'enfant, ou au contraire un surinvestissement avec nécessité de réussite, ou un comportement perturbateur.

Les différences dans la rééducation ont tenu également aux décalages de ces enfants dans leurs capacités : alors qu'ils sont capables de produire des choses très élaborées, ils butent sur des choses très basiques. Cela est certainement dû au manque de manipulations dans la petite enfance. Comme nous l'avons exposé dans la partie théorique, ces manipulations sont essentielles dans le développement du raisonnement logique par la suite. Il n'est pas étonnant que de nombreuses orthophonistes aient repéré des troubles du raisonnement chez ces enfants, troubles parfois plus prégnants que chez des enfants biologiques, qui ont nécessité un retour à des activités extrêmement basiques lors de la prise en charge.

Hypothèse 3 : La situation adoptive est créatrice de facteurs de risques de développer des troubles orthophoniques.

Cette hypothèse reposait sur l'idée que la situation adoptive, du moment de l'abandon jusqu'à celui de l'adoption, était créatrice de traumatismes. L'enfant a souvent vécu dans des conditions de vie peu favorables à son développement avant l'adoption. Nous pensions que l'âge au moment de l'adoption, et donc par ce fait le temps passé dans un orphelinat, pouvaient être des facteurs de risques d'apparition de pathologies orthophoniques. D'autre part, nous supposions que le manque d'interactions et d'expérimentations pendant la petite enfance pouvaient avoir des répercussions sur le développement du langage et du raisonnement, et de ce fait pouvaient conduire au

développement de troubles orthophoniques du langage oral et du raisonnement logico-mathématique.

L'analyse des résultats est venue partiellement confirmer ce que nous pensions.

En effet, tout d'abord concernant l'âge au moment de l'adoption, nous nous sommes aperçu que ce ne sont pas les enfants qui sont adoptés le plus tardivement qui présentent le plus de troubles orthophoniques. En effet, ces enfants adoptés à plus de six ans semblent entrer facilement dans la langue française, et même si la majorité des consultations d'un orthophoniste ont eu lieu pour du langage oral, on peut imaginer que cela est dû à l'urgence de rapidement s'intégrer dans le nouvel environnement, et principalement à l'école. La maîtrise du français est alors indispensable.

Les enfants adoptés avant 7 mois dans notre étude ne présentent que des troubles du langage oral, le langage écrit et le raisonnement semblant préservés.

En revanche, le cas des enfants adoptés entre 3 et 6 ans de notre étude nous pose question. En effet, ce sont ces enfants qui ont présenté le plus de difficultés à entrer dans la langue française, puisque cela s'est fait lentement ou difficilement pour plus de la moitié des 10 enfants de cette tranche d'âge de l'étude. Les troubles orthophoniques pour lesquels ils sont suivis semblent indiquer des difficultés plus prégnantes. C'est également à leur sujet que les orthophonistes ont trouvé le plus de différences dans la rééducation par rapport à leurs rééducations habituelles. Un enfant adopté entre 3 et 6 ans semble donc présenter plus de difficultés. Cela est peut-être dû au fait qu'il quitte son pays d'origine alors qu'il est en plein apprentissage de nombreuses compétences au niveau langagier et moteur par exemple. Cela doit être extrêmement perturbateur au niveau de son développement.

Les conséquences du manque d'interactions et de manipulations dans l'apparition de pathologies orthophoniques n'est pas tout à fait évident. Cependant, nous pouvons remarquer qu'1 enfant sur 4 dans notre étude présente des troubles logico-mathématiques, troubles qui peuvent apparaître si les stimulations pendant la petite enfance sont trop pauvres. L'enfant ne peut pas tirer de lois des expériences qu'il fait car elles sont trop peu nombreuses. Nous supposons que cette pathologie a un lien direct

avec le vécu pré-adoption. En ce qui concerne les troubles du langage oral en français, diverses causes sont possibles. Ils ont pu apparaître suite à des interactions pauvres et irrégulières, mais aussi suite à des retards de langage dans la langue maternelle, ou être dus à la situation d'apprentissage d'une nouvelle langue. Nous gardons également à l'esprit les arguments de C. DELANNOY[62] pour expliquer les diverses difficultés qu'un enfant adopté à l'étranger peut rencontrer. Selon elle, l'histoire de ces enfants est tellement difficile à gérer qu'elle peut être à l'origine d'un refus d'investissement dans les apprentissages.

Nous ne pouvons pas aujourd'hui, au vu du corpus trop restreint de notre étude, affirmer avec certitude que les conditions de vie pré-adoption sont à l'origine de troubles orthophoniques. Nos hypothèses restent à confirmer par une étude ultérieure.

Nous avons pu, grâce à l'analyse des réponses données par les orthophonistes, appréhender leur prise en charge d'enfants adoptés à l'étranger. Leurs témoignages très riches nous ont permis d'entrouvrir une porte sur des sujets d'études ultérieurs.

[62] C. DELANNOY, *Au risque de l'adoption,* op. cit.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, nous avons cherché à mettre en évidence si de nombreux enfants adoptés à l'étranger sont suivis en orthophonie. Nous avons également voulu vérifier l'existence de troubles spécifiques chez ces enfants, ainsi que de critères de risque d'apparition de ces troubles. Nous avons pour cela élaboré un questionnaire destiné aux orthophonistes lorrains, afin qu'ils nous livrent leurs expériences et leurs ressentis au sujet des prises en charge des enfants adoptés à l'étranger.

Nous avons pu observer que les enfants adoptés à l'étranger qui consultent un orthophoniste présentent principalement des troubles du langage oral. Même si l'apprentissage de la langue française se fait globalement facilement pour ces enfants, ils ont besoin d'une aide pour parfaire leurs compétences, principalement au niveau syntaxique. D'autres pathologies sont également fréquentes : il s'agit des troubles logico-mathématiques, et des troubles spécifiques du langage écrit. Ces pathologies ne sont pas spécifiquement liées à la situation adoptive, mais on les retrouve fréquemment chez ces enfants adoptés. S'il n'existe pas de pathologie spécifique à l'adoption internationale, nous avons mis en évidence des particularités dans la prise en charge de ces enfants. En effet, il semble que les rééducations de ces enfants adoptés à l'étranger soient différentes, et ce pour diverses raisons. La plus fréquemment évoquée a été que l'enfant présente des troubles du comportement importants, ce qui a profondément modifié la prise en charge. Un décalage entre une réussite dans des domaines élaborés et un échec pour des choses plus basiques, associé à un manque d'expérimentations flagrant, font également partie des raisons de modifications de la prise en charge. Nous avons supposé que ces troubles orthophoniques avaient un lien avec le vécu de l'enfant avant son adoption. En effet, les troubles du comportement ainsi que le manque d'expérimentations, qui ont été évoqués comme des particularités de la prise en charge des enfants adoptés à l'étranger, peuvent avoir un lien étroit avec les conditions de vie pré-adoption.

Ainsi, nous pensons que la vie dans un orphelinat, où les stimulations sont peu variées, peuvent être à l'origine de troubles orthophoniques. Certains facteurs sont plus flagrants dans notre étude, comme l'âge au moment de l'adoption. Les enfants adoptés entre 3 et 6 ans semblent présenter plus de difficultés que les autres.

Nous ne sommes pas parvenue à estimer la proportion d'enfants adoptés à l'étranger pris en charge par les orthophonistes. Cependant, vu la proportion d'orthophonistes qui ont répondu avoir déjà pris en charge des enfants adoptés à l'étranger et le fait que certains d'entre eux en prennent plusieurs en rééducation actuellement, et vu le nombre d'enfants adoptés à l'étranger qui arrivent chaque année en Lorraine, nous pensons qu'un nombre important de ces enfants sont pris en charge par des orthophonistes.

Bien sûr, pour répondre plus précisément à ces différents objectifs, nous aurions dû recueillir des données plus précises. Il aurait fallu déjà pouvoir recueillir un corpus plus étoffé, le faible nombre de réponses ne nous permet pas ici de tirer des conclusions généralisables. Il aurait également fallu obtenir des données chiffrées sur le nombre de prises en charge d'enfants adoptés à l'étranger par an et par orthophoniste, afin de pouvoir évaluer s'il y a eu une augmentation. Il aurait également été intéressant de pouvoir comparer les résultats d'une population d'enfants hétérogène, par exemple avec le même âge au moment de l'adoption. Nous n'avons pas été en mesure de la faire cette année.

Il serait donc très intéressant de poursuivre le travail entrepris, en approfondissant certains points soulevés ici. Nous pensons que la piste de l'existence de troubles logico-mathématiques chez les enfants adoptés à l'étranger peut être très intéressante. Extraire des critères prédictifs d'apparition des difficultés pourrait également être un prolongement de ce mémoire. Cela aurait pour intérêt de pouvoir anticiper les difficultés de ces enfants, et d'y remédier précocement, mais aussi d'orienter les orthophonistes dans leurs prises en charge.

Le domaine de l'adoption internationale est vaste, et beaucoup de choses sont encore à obsever à ce sujet. L'intérêt des orthophonistes pour ces enfants particuliers met l'accent sur une des particularités de ce métier : considérer l'être humain dans sa globalité, avec son vécu présent, passé et futur.

Repères bibliographiques

OUVRAGES

BERGER M., *L'enfant et la souffrance de la séparation*,
Paris, Dunod, 1997.

BERGER M., *Les troubles du développement cognitif: approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent,*
Paris, Dunod, 2004.

BERTHIER N., *Les techniques d'enquête en sciences sociales, méthode et exercices corrigés,*
Paris, collection Cursus, Armand Colin, 2006.

BOIMARE S., *L'enfant et la peur d'apprendre,*
Paris, Dunod, 1999.

BOYSSON-BARDIES de B., *Comment la parole vient aux enfants,*
Paris, Odile Jacob, 2005.

BOWLBY J., *Attachement et perte,*
Paris, PUF, 1978.

BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., *Dictionnaire d'Orthophonie,*
Isbergues, Ortho Edition, 2004.

CHICOINE J-F, GERMAIN P., LERMIEUX J., *L'enfant adopté dans le monde en quinze chapitres et demi*,
Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2003.

CYRULNIK B., *Le murmure des fantômes,*
Paris, Odile Jacob, 2003.

DECERF A., *L'adoption, d'une fracture à une renaissance*,
Lyon, Chronique Sociale, 2001.

DELANNOY C*., Au risque de l'adoption,*
Éditions La Découverte, 2004.

DE SINGLY F., *L'Enquête et ses méthodes: le questionnaire.*
Paris, Nathan Université, 1992.

F. DOLTO, *La cause des enfants,*
Paris, Robert Laffont, 1985.

GLAUMAUD-CARRE M. et MANUELIAN-RAVET M. (sous la direction de), *Le bébé et les apprentissages – Genèse et incidences,*
Paris, Syros, 1995.

GOLSE B., *Le Développement affectif et intellectuel de l'enfant*
Paris, Masson, 2008.

LEMAY M., *J'ai mal à ma mère,*
Paris, Editions Fleurus, 1993.

MONLEON J-V de, *Naître là-bas, grandir ici*. *L'adoption internationale,*
Paris, Belin, 2003.

MONTAGNER H., *L'enfant acteur de son développement,*
Stock-Laurence Pernoud, 1993

MUCCHIELLI R., *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale,*
ESF, 10ème édition, 1993.

PEYRE J., *Le guide Marabout de l'adoption,*
Marabout.

SCHNEIDER B. (sous la direction de), *Emotions, interactions et développement,*
Paris, L'Harmattan, 2002.

SPITZ R. A., *De la naissance à la parole,*
Paris, PUF, 1979.

SZEJER M. (sous la direction de), *Le bébé face à l'abandon, le bébé face à l'adoption,*
Paris, Albin Michel, 2000.

TISSERON S., *La résilience,*
Paris, collection Que sais-je?, PUF, 2007.

WINNICOTT D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse,*
Paris, Payot, 1969.

REVUES

Heurts et bonheurs de l'adoption, Informations sociales, Caisse nationale des allocations familiales, n°146, Mars 2008.

Savoir(s), nos enfants et la scolarité,1ère partie, Revue Accueil, Enfance et Famille d'Adoption, n°2, Mai 2005.

Savoir(s), nos enfants et la scolarité,2ème partie, Revue Accueil, Enfance et Famille d'Adoption, n°3, Août 2005.

RAPPORTS

Ministère des Affaires Etrangères et Européenne, *Statistiques du secrétariat général de l'autorité centrale pour l'adoption internationale - année 2008,*
Paris, 2009.

UNICEF, *La situation des enfants dans le monde : regards sur la nutrition,*
Genève, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1998.

MEMOIRES D'ORTHOPHONIE

HUBERT M., *Adoption internationale et orthophonie: Comment les enfants adoptés à l'étranger s'approprient-ils la langue française?,* Nancy 2006.

SITES INTERNET

Site français sur l'adoption : www.adoptionefa.org

Site canadien sur l'adoption : www.meanomadis.org

ANNEXES

Annexe 1 : le petit questionnaire II

Annexe 1 : le questionnaire envoyé aux orthophonistes III

Annexe 2 : le mot d'accompagnement du questionnaire X

Annexe 2 : le tableau de résultats XI

Annexe 3 : la liste des graphiques et tableaux XIX

Annexe 1 : le petit questionnaire.

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie,
j'ai besoin de votre participation.

Avec le soutien de Mme Catherine COURRIER, je cherche à mettre en évidence si la scolarité des enfants adoptés à l'étranger est troublée par des pathologies qui relèvent de l'orthophonie, par le biais d'un questionnaire destiné aux orthophonistes lorrains.

Avez-vous, ou avez-vous eu, dans votre patientèle des enfants adoptés à l'étranger?

Oui Non

Si oui, acceptez-vous de participer à cette étude en remplissant un questionnaire qui peut vous être envoyé par courrier ou par Internet ?

Si non, pouvez-vous tout de même me répondre, afin que je puisse établir des statistiques? (Vous ne serez nullement sollicité ultérieurement)

Si vous souhaitez recevoir un questionnaire, ou si vous voulez en savoir plus, vous pouvez me contacter par ces différents moyens:

Mlle Bérengère GALMICHE
9 rue Villebois Mareuil
54000 NANCY
Tél: 0607577204
Adresse mail: mem.adoption2009@gmail.com

Merci de m'indiquer votre participation à l'étude avant le 10 janvier 2009. Le questionnaire sera envoyé courant janvier.

Merci de votre participation!

Annexe 2 : le questionnaire

1. L'ORTHOPHONISTE

1. Nom: .....
2. Prénom(s): .....
   (Ces données personnelles ne seront pas divulguées dans le mémoire)

3. Travaillez-vous: dans un cabinet libéral □
   en salarié □ (Précisez dans quelle structure)
   .....

4. Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'orthophoniste? .....

5. Combien d'enfants adoptés à l'étranger avez-vous rencontrés au cours de votre carrière?

   .....

6. Combien en avez-vous actuellement en rééducation? .....

7. Pensez-vous que le nombre de vos patients adoptés à l'étranger a augmenté au fil des années?

   Oui □ Non □

8. Avez-vous déjà hésité pour prendre en charge un enfant adopté en rééducation?

   Oui □ Non □

Si oui, pour quelle(s) raison(s)?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

2. L'ENFANT

1. Quel âge a cet enfant? .....
(ou quel âge avait-il au début de la prise en charge orthophonique?)

A. L'enfant et sa vie avant son adoption.

2. De quel pays est-il originaire? .....

3. A quel âge a-t-il été adopté? .....

4. Avant son adoption, a t-il vécu:
- avec sa famille biologique □
- dans un orphelinat □
- en famille d'accueil □
- NSP (ne sais pas) □

5. Combien de lieux de vie a-t-il connu avant son arrivée en France? .....

6. Maitrisait-il sa langue maternelle avant d'arriver?
- Couramment □
- Moyennement □
- Pas du tout □
- NSP □

7. A t-il été scolarisé dans son pays d'origine?
- Oui □
- Non □
- NSP □

Si oui:

8. A quel niveau scolaire? .....

9. A-t-il appris à lire dans sa langue maternelle?
- Oui □
- Non □
- NSP □

10. A-t-il appris à écrire dans sa langue maternelle?
- Oui □
- Non □
- NSP □

11. Présentait-il des difficultés à l'école?
- Oui □
- Non □
- NSP □

Si oui, de quelle nature étaient ces difficultés?

- .....
- .....
- .....
- .....

B. L'enfant et son arrivée en France.

12. L'intégration de l'enfant dans sa nouvelle vie s'est-elle bien passée?

Oui ☐
Non ☐
NSP ☐

13. Comment l'enfant s'est-il approprié la langue française?

Facilement ☐
Avec lenteur ☐
Difficilement ☐

3. L'ENFANT ET LE SUIVI EN ORTHOPHONIE

1. Qui a conseillé aux parents adoptifs de consulter un orthophoniste pour effectuer un bilan?

Les parents ont décidé seuls de cette démarche □
Des membres de la famille □
Des amis de la famille □
L'instituteur □
Le médecin de famille □
Autre(s) □
.....
.....

2. Pour quelle(s) raison(s) les parents sont-ils venus vous consulter?
(par exemple: difficultés de lecture)

.....
.....
.....

3. Quel diagnostic orthophonique avez-vous posé?

Retard de parole □
Retard de langage □
Trouble d'articulation □
Troubles spécifiques du langage écrit □
Troubles de la logique et des mathématiques □
Bégaiement □
Autre(s) □
.....
.....

4. L'anamnèse a-t-elle été particulière? Oui □ Non □
Si oui, en quoi a-t-elle été particulière? (exemple: les questions sur l'adoption ont été .....évitées)

.....

.....

.....

.....

5. Lors du bilan, avez-vous été obligé(e) de modifier votre façon de procéder?
Oui □ Non □

De quel point de vue? .....

.....

.....

.....

6. Avez-vous entrepris une rééducation pour cet enfant?

Oui □ Non □

7. Pour un même trouble, cette rééducation a-t-elle été plus longue que celle pour un enfant biologique? Oui □ Non □

8. La rééducation a-t-elle été différente de celles que vous entreprenez habituellement?

Oui □ Non □

Si oui, en quoi?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

9. Avez-vous remarqué des difficultés spécifiques chez cet enfant adopté à l'étranger?

Oui□ Non □

Si oui, quelles sont ces difficultés?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

10. Si vous avez eu l'occasion de suivre plusieurs enfants adoptés à l'étranger, est-ce qu'ils ont tous présenté le même type de difficulté?

Oui□ Non □

4. L'ENFANT ET L'ECOLE

1. L'enfant est-il bien intégré à l'école
   auprès de ses instituteurs? Oui □ Non □
   auprès des autres enfants de sa classe ? Oui □ Non □
   auprès des enfants de son âge? Oui □ Non □

2. A son arrivée en France, l'enfant a-t-il intégré une classe qui correspondait à son âge?
   Oui □ Non □

   Si non, est-il passé en niveau supérieur en cours d'année? Oui □ Non □

3. L'enfant a-t-il redoublé une classe pendant sa scolarité? Oui □ Non □
   Si oui, laquelle? .....

4. L'enfant a-t-il des domaines dans lesquels il se sent plus à l'aise?
   Oui □ Non □
   Lesquels?
   - .....
   - .....
   - .....
   - .....

5. Existe-t-il des domaines dans lesquels il se sent en échec? Oui □ Non □
   Lesquels?
   - .....
   - .....
   - .....
   - .....

6. L'enfant est-il suivi par le Réseau d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficultés (RASED)? Oui □ Non □

7. A votre avis, les troubles pour lesquels l'enfant est suivi en orthophonie ont-ils une incidence sur sa réussite à l'école?
   Certainement □
   Probablement □
   Pas du tout □

8. L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi: psychologique? □
psychothérapeutique? □
psychomoteur? □
autre(s) □
.....
.....

Questions complémentaires:

a. Souhaiteriez-vous bénéficier d'informations supplémentaires sur l'adoption internationale?

Oui □ Non □

Quels aspects vous intéresseraient plus particulièrement?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

b. Accepteriez-vous que nous nous rencontrions afin d'approfondir quelques points particuliers du questionnaire?

Oui □ Non □

Si oui, pouvez-vous me donner un numéro de téléphone pour que je puisse vous contacter? .....

Merci d'avoir pris un peu de votre temps pour participer à cette enquête et d'avoir bien voulu répondre au questionnaire.

Madame, monsieur,

Au mois de décembre, je vous ai contacté afin de vous demander de participer à l'étude que je mène sur l'adoption internationale et l'orthophonie. Ce mémoire fait suite à celui de Maud Hubert, qui traitait des troubles du langage oral chez les enfants adoptés dans des pays étrangers. Je cherche aujourd'hui à mettre en évidence si les enfants adoptés à l'étranger présentent des troubles orthophoniques particuliers, troubles qui pourraient particulièrement apparaître au moment des apprentissages scolaires. L'objectif à long terme serait d'établir une plaquette d'information à l'attention des parents adoptifs, et de proposer un complément d'informations aux orthophonistes intéressés.

Je vous envoie en pièce jointe le questionnaire. Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour le remplir. Il a été enregistré en format Word, donc normalement vous ne devriez pas avoir de problèmes particuliers pour l'ouvrir. Si toutefois vous aviez un souci, je vous conseille d'enregistrer la pièce jointe, puis d'ouvrir Word, et enfin d'ouvrir le questionnaire. Je suis à votre disposition pour vous l'envoyer sous un autre format si besoin est.

Le questionnaire est composé de quatre volets: « l'orthophoniste », « l'enfant », « l'enfant et le suivi en orthophonie », « l'enfant et l'école ».
Si vous avez suivi plusieurs enfants adoptés, vous serait-il possible de remplir un questionnaire séparé par enfant, et de les différencier en notant à chaque fois enfant 1, enfant 2,....?

Je vous demanderais de me renvoyer le questionnaire avant le 1er mars.
Je suis disponible pour répondre à vos questions. Si vous avez besoin que je vous envoie la version papier, n'hésitez pas à me contacter.

Voici mes coordonnées:

Mlle GALMICHE Bérengère
9 rue Villebois Mareuil
54000 NANCY
tél: 0607577204
mail: mem.adoption2009@gmail.com

Dans l'attente de vous lire, je vous souhaite une très bonne continuation.
Bérengère.

X

Annexe 3 : le tableau de données.

	QUEST 1	QUEST 2	QUEST 3	QUEST 4	QUEST 5	QUEST 6
Variable n°1	1	2	1	1	1	3
n°3	4	5	5	3	3	2
n°3	3	3	3	1	2	1
n°4	2	2	2	2	2	1
n°5	9	2	2	2	2	2
n°6	1	2	2	2	2	2
n°7	1					
n°8	2	2	2	1	1	1
n°9	1	12	14	13	10	7
n°10	3	2	2	2	3	3
n°11	2	2	9	2	2	2
n°12	2	1	9	1	1	9
n°13	2	3	3	3	2	3
n°14	2	2	2	2	2	2
n°15						
n°16						
n°17						
n°18						
n°19	1	1	2	1	1	1
n°20	2	2	1	3	1	3
n°21	1	4	3	4	3+4	4
n°22	1	7	3	8	1	5
n°23	1 et 2	8	5	1+2	2+3	7
n°24	2	2	2	1	1	1
n°25				2	4	2
n°26	1	2	2	2	2	1
n°27	3					4
n°28	1	1	1	1	1	1
n°29	2	1		1	1	2
n°30	1	1	2	1	1	2
n°31	1+ 2	2+6		2	3	
n°32	1		2	1	1	1
n°33	2	4		1+7	1+3	1
n°34	1	1	2	2	2	

n°35	1	1	1	1	2	
n°36	1	3	1	1	2	
n°37	1	3	1	1	2	
n°38	1	1	1	1	1	
n°39						
n°40	2	1	2	2	1	
n°41					1	
n°42	2	2	2	1	1	
n°43				1+2	4	
n°44	1	1	1	2	2	
n°45	5	5+1	1			
n°46	2	1	1	1	1	
n°47	1	1	1	2	1	
n°48	2	1		1	2	
n°49	1	2		2	1	
n°50	2	1		1	2	
n°51				2		
n°52	1		2	2		2
n°53						

	QUEST 7	**QUEST 8**	**QUEST 9**	**QUEST 10**	**QUEST 10.1**	**QUEST 11**
Variable N°1	1	1	1	1		1
n°2	4	1	5	2		2
n°3	1	1	3	1		1
n°4	2	2	3	1		3
n°5	2		2	2		2
n°6	2	2	2	2		2
n°7						
n°8	2	3	3	2	2	2
n°9	4	9	5	2	8	13
n°10	2	3	1	2	1	2
n°11	3	2	2	2	2	2

n°12	2	2	1	9	9	1
n°13	3	2	3	9	3	3
n°14	2	1	2	2	2	2
n°15		1				
n°16		2				
n°17		2				
n°18		9				
n°19	1	1	1	1	1	1
n°20	1	3	3	1	1	2
n°21	3	1	1+6	3	3	1
n°22	2	4	5	2+3	1	2
n°23	4	4+5	1+2+3+7+10+11	4+5	3	4
n°24	2	1	2	2	2	1
n°25		3				1
n°26	2	1	2	2	2	2
n°27		2				
n°28	1	1	1	1	1	1
n°29	2	1	2	2	2	2
n°30	2	1	1	2	2	2
n°31		4+8	5			
n°32	2	1	1	2	2	2
n°33		2	1+2			
n°34	2		2	2	2	2
n°35	1	1	1	1	1	1
n°36	1	1	1	1	1	1
n°37	1	1	1	1	1	1
n°38	1	1		1	1	1
n°39						
n°40	2	2	1	1	2	2
n°41						
n°42	1	1	1	1	2	2
n°43	3	2	1	1		
n°44	1	1	1	1	2	2
n°45	4	1+2+3+4	1+2+3	1+2		
n°46	2	2	1		2	2
n°47		1	1	1	3	1
n°48	1	2	1	1	2	

n°49	1	2	1	2	2	
n°50	2	2	1	2	2	
n°51	1+2					
n°52		1	1	1		2
n°53						

	QUEST 11.1	**QUEST 12**	**QUEST 12.1**	**QUEST 12.2**	**QUEST 13**	**QUEST 13.1**
Variable N°1		3			1	
n°2		4			5	
n°3		2			2	
n°4		1			2	
n°5		2			2	
n°6		2			2	
n°7						
n°8	1	2	3	3	1	2
n°9	3	1	10	13	6	1
n°10	3	4	2	4	1	2
n°11	1+2	2	1+2	2	2	1+2
n°12	2	9	2	2	1	2
n°13	2	2	3	3	3	3
n°14	2	2	2	2	2	2
n°15						
n°16						
n°17						
n°18						
n°19	2	2	1	3	1	1
n°20	3	2	1	2	1	1
n°21	1	3+4			3+6	4
n°22	1	1+2			1+6	2
n°23	1+2	1+2+4+5	1+2	1+2+3	1+3+6+10	3
n°24	1	2			2	2
n°25	1				4	

n°26	2	1			2	1
n°27		1				1
n°28	1	1			1	1
n°29	2	1				2
n°30	2	1			1	1
n°31		1			7	
n°32	1	1	1	1		2
n°33	1	1+3	4	4+5+6		
n°34	2	1			1	2
n°35	1	1	1	1	2	1
n°36	1	3	1	1	2	1
n°37	1	3	1	1	1	1
n°38	1	2	1	1	1	1
n°39		2				
n°40	2		2	2	2	2
n°41						
n°42	2	1	1	1	1	2
n°43		2	5	3	6	
n°44	2	1	1	1	2	2
n°45		1+2+3+4+5	6	1+2+4		
n°46	2	1	1	2	1	2
n°47	2	1			1	1
n°48	1	2	2	2	1	1
n°49	2	2	1	1	2	2
n°50	2	2	1	2	2	2
n°51						
n°52		2	2		2	
n°53						

	QUEST 13.2	**QUEST 13.3**	**QUEST 13.4**	**QUEST 14**	**QUST 14.1**	**QUEST 15**
Variable N°1				1		1
n°2				4		3
n°3				3		3
n°4				3		3

n°5				1		1
n°6				2		2
n°7						
n°8	2	1	2	2	3	1
n°9	1	5	1	3	11	7
n°10	3	1	3	3	2	2
n°11	1+2	1+2	9	2	2	1+2
n°12	2	2	9	1	9	2
n°13	3	3	2	1	3	3
n°14	2	2	9	2	2	2
n°15						
n°16						
n°17						
n°18						
n°19	1	1	1	1	1	1
n°20	1	3	1	1	1	2
n°21	4	5	1	1+4	1	4
n°22	2	1	3+4	1	1	1
n°23	4	1+2+3	4+5	1+2	1+3+5	1+2+3+5
n°24	2	2	2	2	1	2
n°25					2	
n°26	1	2	2	2	2	1
n°27	1					4
n°28	1	1	1	1	1	1
n°29	2	1	1	2	1	2
n°30	1	1	1	1	1	1
n°31	7	2	3	1	3	4
n°32	2	1	2	1	2	2
n°33						
n°34	2	2	2	2	2	1
n°35	1	1	1	1	1	1
n°36	1	1	1	1	1	1
n°37	1	3	1	1	1	1
n°38	1		1	1	1	1
n°39						

n°40	2	1	1	2	1	2
n°41		1	1		1	
n°42	2	1	1	1	1	1
n°43		1	1	1	2+4	
n°44	2	1	1	2	1	1
n°45		1+2	1+2+3+4+5		1+3+4	5
n°46	2	1	1	1	1	2
n°47	1	1	1	2	1	2
n°48	1	1	1	2	1	2
n°49	2	2	2	2	1	2
n°50	2	2	2	2	1	2
n°51						
n°52				1		1
n°53				1+2		3

	QUEST 15.1	**QUEST 16**	**QUEST 16.1**	**QUEST 17**
Variable N°1		3		3
n°2		5		3
n°3		3		1
n°4		4		2
n°5		1		
n°6		2		2
n°7				
n°8	2	3	3	3
n°9	14	5	10	14
n°10	4	3	3	4
n°11	1+2	1+2	2	2
n°12	2	9	9	9
n°13	1	2	2	1
n°14	1	9	9	1
n°15	2			2
n°16	1			1
n°17	1			1
n°18	9			9

n°19	1	1	3	9
n°20	1	2	2	1
n°21	1	3	3	3
n°22	1	3	3	1
n°23	2	2+5	5	2
n°24	2	1	1	
n°25		5	5	
n°26	2	2	2	1
n°27				
n°28	1	1	1	1
n°29	2	1	1	2
n°30	1	2	2	1
n°31	4	4	4	4
n°32	1	1	1	
n°33	8	9	9	
n°34	1	1	1	
n°35	1	1	1	1
n°36	1	1	1	1
n°37	1	1	1	1
n°38	1	1	1	2
n°39				1
n°40	2	1	1	2
n°41			2	
n°42	1	1	1	2
n°43	1+3	3	5	
n°44	2	1	1	2
n°45		1+2+3+4	1+2+3	
n°46	2	2	1	2
n°47	2	1	1	2
n°48	2	2	1	1
n°49	2	1	1	2
n°50	2	2	1	2
n°51				
n°52		1		
n°53		3		

Liste des graphiques et tableaux

Partie théorique :

Graph. 1. Nombre d'enfants adoptés à l'étranger par an.

Graph. 2. Nombre d'adoptions internationales entre 1998 et 2008.

Graph.3. Age des enfants au moment de l'adoption.

Graph 4. Evolution des continents d'origine des enfants adoptés à l'étranger depuis 2005.

Graph. 5. Principaux pays d'origine des enfants adoptés à l'étranger en 2008.

Partie expérimentale :

Graph 6. Répartition par département des orthophonistes exerçant en Lorraine

Graph. 7. Mode d'exercice des orthophonistes en Lorraine.

TAB 1. Comparaison du nombre d'orthophonistes en exercice à ceux qui sont syndiqués par département lorrain.

TAB 2. Réponses suite à la sollicitation des syndicats départementaux.

Partie analyse des résultats :

Graph. 8. Taux de réponses obtenues sur sollicitation des syndicats départementaux.

Graph. 9. Réponses des orthophonistes lorrains au petit questionnaire

Graph. 10. Réponses aux sollicitations par téléphone.

Graphe 11. Type d'exercice des orthophonistes.

Graph. 12. Nombre d'années d'exercice des orthophonistes de notre étude.

Graph.13. Nombre d'enfants adoptés à l'étranger en rééducation en fonction du nombre d'années d'exercice.

Graph. 14. Nombre d'enfants adoptés à l'étranger actuellement en rééducation orthophonique.

Graph. 15. Avis des orthophonistes quant à l'augmentation des prises en charge de patients adoptés à l'étranger.

Graph. 16. Age de l'enfant au moment de la prise en charge en orthophonie.

Graph. 17. Pays d'origine des enfants.

Graph. 18. Les zones géographiques d'origine des enfants.

Graph. 19. Age des enfants au moment de l'adoption

Graph. 20. Age d'adoption des enfants en fonction de leur pays d'origine.

Graph. 21. Les lieux de vie pré-adoption.

Graph. 22. Les différents lieux de vie avant l'adoption.

Graph. **23**. Nombre de lieux de vie où l'enfant a vécu avant son adoption.

Graph. 24. Niveau de maîtrise par l'enfant de sa langue maternelle.

Graph. 25. Niveau de maîtrise de la langue maternelle selon l'âge d'adoption.

Graph. 26. Bonne intégration de l'enfant dans son pays d'adoption.

Graph. 27. Manière dont les enfants se sont approprié le français.

Graph. 28. Entrée dans la langue française en fonction de l'âge d'adoption.

Graph. 29. Entrée dans la langue française en fonction de l'intégration de l'enfant dans son nouveau milieu.

Graph. 30. Entrée dans le langage en fonction du niveau de maîtrise de la langue maternelle.

Graph. 31. Personne qui a conseillé la consultation d'un orthophoniste.

Graph. 32. Domaine d'appartenance du trouble soupçonné.

Graph. 33. Diagnostic orthophonique posé pour les enfants adoptés à l'étranger.

Graph. 34. Nombres de troubles orthophoniques diagnostiqués par enfant.

Graph. 35. Les associations de troubles les plus fréquents dans la population d'enfants adoptés à l'étranger.

Graph. 36. Diagnostic orthophonique en fonction de l'âge d'adoption.

Graph. 37. Particularités de l'anamnèse faite avec un enfant adopté à l'étranger.

Graph. 38. Modifications du bilan ?

Graph. 39. La rééducation a été plus longue que pour un enfant biologique ?

Graph. 40. Différences dans la rééducation ?

Graph. 41. Existence de troubles spécifiques chez les enfants adoptés à l'étranger ?

Graph. 42. Retrouve-t-on les mêmes troubles chez tous les enfants adoptés à l'étranger ?

Graph. 43. Bonne intégration auprès des instituteurs ?

Graph. 44. Bonne intégration auprès des enfants de sa classe ?

Graph. 45. Bonne intégration auprès des enfants de son âge ?

Graph.46. Intégration d'une classe correspondant à l'âge de l'enfant lors de l'arrivée en France ?

Graph. 47. Redoublement d'une classe pendant la scolarité.

Graph. 48. Age au moment de l'adoption des enfants qui ont redoublé une classe.

Graph. 49. Existence de domaines de prédilection chez l'enfant adopté à l'étranger en question.

Graph. 50. Les domaines de prédilection des enfants des enfants adoptés à l'étranger.

Graph. 51. Y-a-t-il des domaines dans lesquels l'enfant se sent en échec ?

Graph. 52. Domaines en échec chez la population d'enfants adoptés à l'étranger de notre étude

Graph. 53. Suivi par le RASED.

Graph. 54. Influence des troubles orthophoniques sur les difficultés de l'enfant à l'école.

Graph. 55. Les différentes prises en charge de l'enfant (autres qu'en orthophonie).

Graph. 56. Intérêt des orthophonistes pour avoir des informations supplémentaires au sujet de l'adoption internationale.

TAB. 3. Nombre d'enfants adoptés à l'étranger suivis par l'orthophoniste.

TAB. 4. Scolarisation dans le pays d'origine**.**

TAB. 5. Classe redoublée pendant la scolarité.