

**Sébastien Roux**

Chargé de recherche au Cnrs, LISST-Cas (UMR 5193)

Avec le support du programme ANR ETHOPOL ANR-14-CE29-0002

## **PETITS CORPS MALADES DE LA VALEUR DES TARES DANS L'ADOPTION INTERNATIONALE**

### **Résumé :**

Depuis 2005 le nombre d'enfants adoptés à l'international a chuté d'environ 80 %. Cette contraction des flux s'est accompagnée d'une transformation du profil des enfants accueillis, et la majorité des adoptés appartiennent aujourd'hui à la catégorie dite « des enfants à particularités » ou des « enfants à besoins spécifiques ». Si ces expressions recouvrent en réalité une grande diversité de situations, la plupart des enfants n'en souffrent pas moins d'une pathologie ou d'un trouble, curable ou non, qui transforme singulièrement les modalités par lesquelles ces familles se constituent. A partir d'une enquête ethnographique conduite en France et au Vietnam, cet article interroge l'irruption de la médecine dans l'accompagnement à la parentalité adoptive et le poids des diagnostics dans la réalisation des projets de vie. En analysant les pratiques et les discours des acteurs impliqués, cette contribution révèle le processus ambigu qui accorde progressivement aux enfants moins désirés une valeur insoupçonnée, et interroge les modalités par lesquelles se façonnent et se transforment les vies familiales.

### **Mots clefs :**

adoption, famille, médecine, désir, institutions

### **Abstract :**

Since 2005, Inter-Country Adoption (ICA) has dropped by nearly 80%. This decrease in the rate of such adoptions correlates with a shift in the kinds of children who are adopted. Nowadays, the majority of adopted children belongs to the category known as "children with special needs". If this expression covers a wide range of circumstances, most of these children still suffer from a pathology or a disorder – curable or not – that significantly impacts the way these families are formed and the manner in which these matchings are performed. Based on an ethnographic fieldwork conducted in both France and Vietnam, this article examines the emergence of medicine as a factor in the making of adoptive families, and the actual importance of the clinic in the development of family planning. By analyzing the practices and discourses of the actors involved, this contribution reveals the ambiguous process that gradually bestows unanticipated value to traditionally less-desired children, and questions the ways in which family lives are shaped and transformed.

### **Keywords :**

adoption, family, medicine, desire, institutions

Printemps 2013. Le docteur Chabaud<sup>1</sup> est un homme de 56 ans, affable, d'allure soignée. Il jouit d'une certaine réputation dans le milieu français de l'adoption internationale. Pédiatre, il participe dans le sud de la France à des Consultations d'Adoption (CA), ces consultations spécialisées<sup>2</sup> qui accompagnent les familles avant, pendant et après l'adoption. Le Dr. Chabaud m'a autorisé à observer ses consultations, avec l'accord des patients. Mme Arly, femme blanche de 41 ans, entre dans un grand sourire. Cela fait 2 mois qu'elle attend de rencontrer le médecin. Conformément au droit français, elle a déjà suivi un long processus de certification administrative qui, sur la base d'entretiens psychologiques et sociaux, a déterminé qu'elle était apte à adopter. Mme Arly voulait un enfant sain et jeune (« sans préférence de genre ou d'origine »<sup>3</sup>, comme le précise son dossier) ; mais cela fait désormais 4 ans qu'elle attend une proposition d'enfant et, comme des milliers de candidats en France, elle commence à revoir ses positions. L'une des associations qui l'accompagne et la soutient lui a suggéré de s'orienter vers la Bulgarie ; « il y aurait là-bas des possibilités ». Mme Arly est un peu réticente, elle sait que le pays ne propose que des enfants dits « à besoins spécifiques ». Sofia impose même dorénavant aux candidats de remplir un questionnaire qui égrène les « particularités » ; aux futurs parents de se déterminer et de déclarer s'ils acceptent ou non les différentes pathologies en cochant « oui », « non » ou « peut-être » à côté des presque 200 items qui constituent la liste.

Mme Arly sort de son sac le questionnaire bulgare et sollicite le Dr. Chabaud pour l'aider à se déterminer. Habitué, il la conseille ligne à ligne, d'un ton affirmatif qui laisse peu de place à la discussion :

Allergies : Vous avez mis non, on peut mettre peut-être. Si c'est le lactose, ce n'est pas grave, le gluten, par contre, vous allez vous rendre la vie difficile.  
Eczéma : Oui. Rachitisme : Vous avez mis non, mais mettez oui, une ampoule de vitamines D et c'est réglé. Fentes labiales palatines : Vous avez dit non, c'est votre choix. De toute manière, vous avez peu de chances qu'on vous en propose. En Bulgarie il y en a peu. Mais bon, ça s'opère. Donc vous pouvez mettre oui, pour montrer l'ouverture. Strabisme : Vous avez mis non. Là je mettrais peut-être. Amputation : Vous avez mis non, je l'entends bien. Mais là vous avez un

---

<sup>1</sup> Tous les éléments potentiellement identifiants ont été modifiés afin de garantir l'anonymat des personnes rencontrées.

<sup>2</sup> Les *Consultations d'Adoption (CA)* – anciennement *Consultations en Orientation et en Conseils en Adoption (COCA)* – ont été créés de manière expérimentale au milieu des années 1990. Elles se sont fortement développées et, en mars 2018, le Ministère français des Affaires étrangères recensait 37 consultations dans des hôpitaux publics répartis sur tout le territoire. Les CA réunissent aujourd'hui différentes spécialités (pédiatrie, pédopsychiatrie, infectiologie, parasitologie, etc.)

<sup>3</sup> Dans le contexte français, ce terme renvoie implicitement à la question raciale -- qui prend un sens singulier dans un pays où l'administration s'est constituée comme une entité supposément aveugle à la couleur de peau [Roux, 2017a].

mélange de choses très bénignes (comme un doigt) et très graves. Vous êtes sûre ? Thalassémie mineure : Vous avez mis non, mais ce n'est rien du tout. Mettez oui. La drépanocytose, vous avez mis non. OK, mais vous ne risquez rien, de toute manière ce n'est que pour les Noirs. On continue. La tuberculose. C'est complètement bénin, j'aurais mis oui. Pour tous les retards de développement vous avez mis non, mais bon... C'est à vous de voir. Je l'entends mais il faudrait en discuter. Enfin, je ne veux pas vous forcer la main. Mais si vous mettez non, non, non... SAF<sup>4</sup> : vous avez mis non, et vous avez bien fait. Insomnie, somnambulisme, vous avez mis non...

Le médecin marque alors un silence prolongé, lève les yeux du formulaire et reprend, d'un ton durci :

Je vais aller plus loin. Je prends la casquette des services sociaux de Bulgarie. Et je me dis que cette dame n'est pas prête. Être mère c'est accepter la différence. Être mère adoptive encore plus. Parce que quand je lis votre questionnaire... déjà qu'ils n'ont pas d'enfants et je vais même aller au-delà : « Est ce que cette femme célibataire est prête à la moindre difficulté » ? Quand je vois que vous mettez non sur « crise de colère » ou « comportement sexualisé », si vous n'êtes pas prête à accepter ça, il ne faut pas adopter. Vous êtes tellement exigeante sur la qualité...

Mme Arly a les yeux qui s'embuent. Le médecin reprend :

Je vais être brutal. Vous menez une vie heureuse de célibataire. Vous avez 41 ans. Cet enfant va vous pourrir la vie. Pour moi la solution sage, et je vous demande pardon car je vais vous faire du mal, c'est de changer de projet, faire autre chose de votre vie. Vous n'avez pas 50 options. Une raisonnable, c'est de renoncer. Une très aléatoire c'est de mettre quelques oui. Moi, je ne peux pas me mettre à votre place. Je sais que je vous secoue un peu mais je ne suis pas là pour être gentil, je suis là pour vous faire réfléchir.

Cette fois-ci Mme Arly pleure franchement. Soudain, elle se ressaisit, se lève et quitte la pièce en lançant avec colère : « Mais docteur, je n'aurais pas fait l'agrément si je n'étais pas prête à être mère, je l'attends cet enfant. C'est un parcours difficile. Si je renonce, ça voudrait dire que ce n'est que des souffrances. »

Depuis le milieu des années 2000, le « monde »<sup>5</sup> de l'adoption internationale connaît un bouleversement d'une ampleur inégalée. En l'espace d'une quinzaine d'années le nombre d'adoptions internationales a chuté d'environ 80 % dans le monde entier<sup>6</sup>. Les causes sont

---

<sup>4</sup> Syndrome d'Alcoolémie Fœtale.

<sup>5</sup> J'emprunte la notion de monde à Howard Becker [1988] qui la pense de manière pragmatique comme une communauté d'individus travaillant ensemble (mais de manière spécifique) à la réalisation d'un projet partagé.

<sup>6</sup> Construites sur une base nationale, les statistiques sur l'adoption peuvent difficilement être agrégées en toute rigueur – les catégories évoluant selon les pratiques et les modes de comptage.

multiples ; elles croisent des enjeux démographiques, économiques, juridiques, politiques ou moraux qui rendent le phénomène difficilement compréhensible pour les acteurs en présence, confrontés à l'indétermination anxieuse que produit la transformation radicale du monde de l'adoption. Ce moment de contraction violente produit ses conséquences aux quatre coins du globe : candidats endurent une attente devenue insupportable, administrations qui s'évertuent à traiter des demandes qu'elles ne peuvent satisfaire, ONG et associations qui ferment ou réduisent leurs activités, enfants qui s'entassent dans des orphelinats surchargés, assèchement des soutiens philanthropiques, etc. L'adoption internationale vit aujourd'hui une crise sans précédents.

Cette constriction de la « circulation internationale des enfants » [Leinaweaver, 2008] n'est pas qu'une réduction quantitative des migrations ou des mobilités ; elle impacte aussi le type d'enfants adoptés, appelant à des ajustements qui touchent l'ensemble du dispositif. Une nouvelle catégorie a ainsi émergé depuis la fin des années 1990 : les enfants à « besoins spécifiques ». Ce terme regroupe habituellement les fratries, les enfants âgés de 5 ans et plus, et les enfants atteints d'une pathologie ou d'un handicap (réversible ou non). Certes, la définition de ces « besoins spécifiques » peut varier à la marge en fonction des situations, que ce soit dans les pays d'accueil ou d'origine ; mais il désigne toujours des enfants moins désirés initialement, expérimentant une condition supposée requérir une compétence parentale singulière. Ces enfants sont considérés comme souffrant d'une tare requérant des formes spécifiques de parentalité (avec une sensibilisation technique préalable des candidats aux enjeux sanitaires, moraux et éducatifs induits, ainsi qu'un suivi post-adoption renforcé). La part des enfants à particularités parmi les adoptions internationales effectivement réalisées a augmenté ces dernières années, jusqu'à devenir majoritaire dans la plupart des pays d'accueil. En conséquence, ces enfants – auparavant moins sollicités parce trop âgés, trop nombreux, trop malades ou trop handicapés – sont aujourd'hui celles et ceux qui permettent aux parents de voir leur projet aboutir, aux orphelinats de continuer de fonctionner et aux associations de perdurer. Dès lors, et paradoxalement, celles et ceux qui étaient moins désirés, moins investis ou moins fantasmés comme enfants-idéaux apparaissent dorénavant comme les plus à même d'assurer le succès des projets parentaux, la réalisation des familles et le maintien du dispositif adoptif.

À partir d'une enquête multi-située conduite depuis 2013 sur l'adoption internationale, je souhaite interroger cette dynamique et la manière dont le monde de l'adoption s'ajuste à cette situation nouvelle, créant du désir pour des sujets initialement non désirés et

transformant leur valeur économique, symbolique et affective. En croisant des données recueillies en France et au Vietnam, je montrerai les processus sociaux à l'œuvre dans l'ajustement des projets et des volontés individuelles, avant de me concentrer sur les tactiques déployées par les agents pour que « les besoins spécifiques » de ces enfants demeurent dans les limites de « l'acceptabilité » parentale – servant la poursuite de desseins transformés.

## **Le problème adoptif**

Les travaux en sciences sociales sur l'adoption internationale se sont multipliés ces dernières années, permettant d'améliorer notre compréhension de cette forme particulière de migration. En anthropologie, les études sur l'adoption se sont majoritairement concentrées sur ce que cette pratique dit de la famille et de la manière dont se construit la parenté dans nos sociétés. Signe Howell, en 2009, appelait d'ailleurs à un approfondissement de ce questionnement [Howell, 2009]. La plupart de ces interrogations ont continué à être abordées : *commodification* des enfants désirés [Yngvesson, 2002 ; Dorow, 2006a], trouble dans la construction raciale des familles et des identités [Quiroz, 2008], conflits culturels et réification des différences [De Graeve, 2015 ; Leinaweaver, 2012], appartenances disputées et inégalités [Kim, 2010 ; Eng, 2010 ; Briggs, 2012], quêtes de soi et interrogations sur les origines [Yngvesson, 2003 ; Roux, 2017b], etc. Autant d'approches qui interrogent ce que l'adoption dit de la famille et de la parenté, pointant les rapports de pouvoir qui structurent ces migrations d'enfants particulières et façonnent de nouvelles subjectivités.

Or ces recherches, malgré leurs différences et leur variété, tendent à partager une double caractéristique. D'une part, la force des dispositifs politiques et bureaucratiques dans les apparentements<sup>7</sup> adoptifs tend à être minorée, au profit d'un intérêt centré sur la famille, l'intime ou le domestique. Cette tendance s'explique pour partie par la prééminence des enquêtes conduites dans le monde anglo-saxon – notamment américain – où l'État intervient moins directement dans l'édiction des possibles familiaux, et par des dispositifs méthodologiques davantage centrés sur les familles que sur les professionnels qui agissent pour leur réalisation (médecins, diplomates, associations, psychologues, etc.) D'autre part, la

---

<sup>7</sup> Le terme, constamment utilisé dans le monde adoptif, désigne l'identification de parents potentiels pour un enfant adoptable. Le mot – construit en miroir de la notion « d'enfantement » – rappelle le sens de la relation adoptive, telle que conçue aujourd'hui dans « l'intérêt supérieur des enfants » : déterminer les meilleurs parents possibles pour les besoins singuliers d'un enfant, et non pas allouer un enfant disponible à des parents potentiels.

grande majorité des travaux sur le monde adoptif – qu’ils soient critiques ou non du phénomène – tendent à se concentrer sur l’adoption réalisée plutôt que souhaitée : les enfants ont circulé, les familles sont réalisées, et les questionnements se déploient sur des agencements *déjà* existants. Le moment pré-adoptif suscite ainsi une moindre interrogation anthropologique ; moment d’attente, de formation, d’espoir ou de déception, il est souvent perçu comme un temps creux, vain, voire inutile alors même qu’il est déterminant pour la réalisation future des familles<sup>8</sup>.

Or la crise que traverse le monde adoptif agit justement sur ces deux points aveugles. Les conséquences de la contraction des circulations touchent d’abord l’ensemble du monde adoptif, sans jamais se limiter aux seules familles. Les institutions (États, orphelinats, associations, hôpitaux...) sont ainsi directement touchées par une dynamique que nul n’avait anticipé, et sont appelées à s’ajuster. Ensuite, la baisse du nombre d’arrivées fait du moment pré-adoptif un temps allongé de gestation angoissée qui, potentiellement, peut ne jamais aboutir. Les parents et/ou les institutions ne sont plus – s’ils ne l’ont jamais été – en capacité d’opter pour un enfant idéal et sont constamment appelés à composer avec des limites, des empêchements, des craintes ou des inquiétudes. Et c’est justement dans ce contexte et ce moment particulier que se formule la possibilité de l’enfant « à particularités » – par les parents comme par les professionnels du monde adoptif – invitant à repenser la valeur relative des enfants disponibles et, à travers elle, la désirabilité des futurs familiaux et individuels.

L’importance actuelle des questions médicales dans le monde adoptif reste peu traitée à ce jour. Certes, les travaux à l’intersection entre anthropologie, médecine et reproduction sont particulièrement dynamiques, à la suite du développement de nouvelles techniques médicales de procréation [Courduriès & Herbrand, 2014 ; Porqueres i Gené, 2017] : études sur les diagnostics prénataux [Rapp, 2000], enquêtes sur les pratiques et les politiques de la GPA [Pande, 2014 ; Deomampo, 2016], analyse de la mise en marché des produits humains reproductifs [Almeling, 2011 ; Tober, 2001], nouvelles circulations internationales des personnes et du vivant [Nahman, 2013 ; Inhorn, 2015]... Tous ces travaux témoignent de la diversité, de l’ampleur et de la force des évolutions qui transforment la production d’enfants sains, « normaux » et désirés comme tels. Dans la plupart des situations étudiées, les techniques, les savoirs, les discours – en bref, le dispositif reproductif – sont mis au service d’une réduction des imperfections, afin de conformer le plus possible les enfants aux

---

<sup>8</sup> Pour une réflexion anthropologique sur l’attente on pourra utilement se référer aux travaux de Carolina Kobelinsky, et notamment la version publiée de sa thèse sur l’accueil des demandeurs d’asile [2010].

*desiderata* de leurs parents (actuels ou futurs). Mais dans le monde de l'adoption internationale, la médecine ne fonctionne pas comme science projective qui servirait à éliminer l'incertitude, déceler les risques ou supprimer les situations qui divergeraient trop de la normalité désirée ; elle ne renforce pas la capacité de choisir. Elle agit au contraire sur des vivants déjà-là (parents et enfants), dont certains sont marqués par la maladie ou le handicap. Et si la médecine demeure centrale, elle intervient moins sur des corps que sur la faisabilité et la désirabilité des apparentements<sup>9</sup>.

Enfin, ce travail encourage également une investigation anthropologique du traitement social des tares. Le terme, délicat, nécessite une clarification préalable. Je ne l'entends pas bien sûr comme une qualification objective de la qualité intrinsèque des enfants et de leur « défektivité » potentielle. Pour autant, le monde de l'adoption est un espace social traversé d'évaluations, de hiérarchisations, de classements, de jugements, d'anticipations, de craintes ou de projections qui organisent les désirs et les agencements familiaux. Ces logiques évaluatives ne se cantonnent pas aux enfants ; elles s'exercent au contraire sur l'intégralité des manières d'être et d'agir des acteurs en présence : les parents-candidats, les orphelinats, les procédures, les pays, les institutions, les administrations, etc. Or les enfants ont ceci de particulier que c'est en fonction d'eux que ce monde s'organise ou, plus précisément, en fonction des représentations et espoirs qu'ils suscitent. Ce désir d'enfant est saturé de représentations idéales sur lesquelles viennent buter les possibles réels. En employant le mot « tare », j'entends justement pointer la manière dont les acteurs envisagent la qualité des orphelins, non pas en soi mais relativement, à la fois entre l'enfant qu'ils se représentaient initialement et celui qu'ils vont être en capacité d'adopter (pour les plus chanceux) mais aussi entre les différents enfants disponibles. Ainsi, penser de manière anthropologique les « tares » des enfants ce n'est pas juger des corps ni des psychés ; c'est davantage inviter à interroger le traitement social de la différence, la prégnance des hiérarchies et des évaluations qui façonnent la fabrique des familles et la manière dont se formulent les désirs de vie bonne et de normalité.

---

<sup>9</sup> Certes, les enfants dits à « particularités » ou à « besoins spécifiques » sont systématiquement pris en charge une fois arrivés sur le sol français. Mais je me concentrerai ici uniquement sur le temps pré- et per-adoptif, laissant hors de l'analyse les soins qu'ils reçoivent une fois intégrés aux unités familiales.

## Méthode

Cette réflexion sur la valeur des besoins spécifiques, leur sens politique et leur gestion publique s'inscrit dans un projet de long terme sur l'adoption internationale mené depuis 2013<sup>10</sup>. Plusieurs séquences ethnographiques ont été conduites dans une pluralité d'espaces liés au monde de l'adoption. J'ai d'abord enquêté en France durant cinq mois, en 2013, sur le travail d'accompagnement social et psychologique conduit dans les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, afin d'observer la prise en charge institutionnelle des parents-candidats et le suivi pré-, per- et post-adoption. En 2014, j'ai ensuite assisté à des consultations dans des unités pédiatriques hospitalières afin de mieux saisir la manière dont les parents-candidats appréhendent les pathologies possibles de leurs futurs enfants. En 2015 et 2016, j'ai mené des observations et des entretiens en Éthiopie pendant 3 mois, davantage centrés sur les « retours au pays », les inquiétudes éthiques et les incertitudes biographiques. Enfin, en 2018, j'ai terminé ce cycle d'enquêtes par un trimestre au Vietnam, consacré cette fois-ci à la gestion des enfants à particularités, aux transactions économiques qui traversent les apparentements et aux hiérarchies sentimentales. Ces différents terrains, pensés comme des fragments distincts mais complémentaires, visent tous à éclairer des facettes de la question adoptive, chaque lieu d'enquête s'organisant autour d'une problématisation spécifique (morale, santé, encadrement, état-civil, etc.) Dans le cadre de cet article, je me fonderai seulement sur les données recueillies dans les contextes français et vietnamiens.

## Ajuster

Février 2013. Le service adoption du département de la Sauldre organise sa réunion d'information mensuelle. Une quinzaine de personnes sont présentes dans la salle du Conseil départemental ; la plupart sont venues en couple, quelques femmes seules s'assoient à l'écart. Les plus jeunes sont proches de la quarantaine. Toutes les personnes présentes ont rempli le questionnaire préalable où le service demandait aux « familles » de préciser leur projet adoptif initial. La directrice du service, Mme Legrand, est venue accompagnée de la responsable de l'adoption internationale, Mme Margan. En immersion depuis plusieurs semaines au sein du

---

<sup>10</sup> Cette recherche a bénéficié du soutien de l'ANR (projet ETHOPOL – ANR-14-CE29-0002), ainsi que d'un appui financier du CESSP (UMR 8102) et du LISST (UMR 5193).



service adoption, j'ai été présenté par les deux professionnelles comme « sociologue » et « observateur », et autorisé par l'ensemble des participants à assister à la rencontre. Après quelques mots d'accueil, les deux femmes lancent les diapositives de leur présentation. D'un ton neutre, factuel, elles exposent la procédure d'agrément et – plus largement – le type d'accompagnement que le département met en place pour la « prise en charge adoptive ». Une fois les étapes administratives précisées, Mme Legrand laisse Mme Margan détailler seule la « réalité de l'adoption internationale aujourd'hui ». Les données s'accumulent ; les visages se décomposent. Les candidats découvrent les temps d'attente, les difficultés annoncées, les faibles chances de succès. Sur les questionnaires que je feuillette seuls certains ont mentionné des préférences en termes de sexe ou d'origine mais tous, sans exceptions, ont précisé vouloir des enfants « en bas âge », en « bonne santé ». Mais les diapositives projetées sur l'écran montrent d'autres données, souvent sous une forme chiffrée. L'assistance entend risques, unités pédiatriques spécialisées, trithérapies, chirurgie réparatrice, retards de développement, syndrome d'alcoolémie fœtale... Dans l'assistance, une femme aux cheveux gris se met à sangloter aux côtés de son mari, d'une cinquantaine d'années. Mme Margan est une femme douce qui prend un soin particulier à « dire, informer, mais ne pas dramatiser ». Mais, m'expliquera-t-elle plus tard, « les faits sont là », et « il faut dire aux candidats ce qu'il en est ; c'est [s]on travail ».

Suite à la réunion d'information obligatoire, et s'ils remplissent les conditions juridiques<sup>11</sup>, les candidats à l'adoption doivent obtenir une autorisation administrative appelée « agrément ». Cette certification obligatoire a été instaurée en 1984 pour l'adoption nationale, avant d'être étendue l'année suivante pour l'adoption internationale. L'agrément est délivré pour une durée de 5 ans par des services départementaux en charge de la protection de l'enfance. Ces équipes sélectionnent les candidatures en suivant une procédure organisée autour d'enquêtes sociale et psychologique. Ce travail évaluatif prend une forme relativement standardisée : deux ou trois entretiens avec une assistante de travail social (dont une visite à domicile) et deux ou trois entretiens avec une psychologue<sup>12</sup>. Durant ces rencontres qui peuvent durer d'une à deux heures sont abordés des thèmes codifiés : trajectoire et parcours de vie, place dans la famille des postulants, représentations de l'enfant à venir, compréhension de la spécificité de l'adoption, etc. Une fois rédigés, les rapports sont transmis dans un délai

---

<sup>11</sup> En France, la loi rend possible l'adoption pour toute personne célibataire de plus de 28 ans ou tout couple marié, si tant est que leur union ait été contractualisée depuis plus de deux ans ou que les époux soient âgés l'un et l'autre de plus de 28 ans (article 343 du code civil).

<sup>12</sup> Ces emplois étant très majoritairement occupés par des femmes, j'emploie ici le féminin.

maximum de neuf mois à une commission qui se prononce sur la qualité relative des candidatures.

Le temps de l'agrément a longtemps été perçu comme une épreuve par les candidats. Ils se plaignent régulièrement d'une disposition française jugée inégalitaire – l'agrément est organisée au niveau départemental et les pratiques et les savoirs évaluatifs diffèrent en fonction des territoires – et de la puissance normative des professionnels de l'adoption. En effet, l'agrément est un temps où l'État exerce son pouvoir de « police des familles » [Donzelot, 1977] par la validation institutionnelle d'une compétence parentale supposée qui, *de facto*, hiérarchise les existences et valorise une représentation située de la configuration familiale idéale. Concrètement, l'observation des procédures d'agrément montre la prééminence accordée aux couples, aux hétérosexuels, aux Français, pour la plupart de couleur blanche, issus de classe moyenne et supérieure, valides, entre 30 et 50 ans, et pouvant attester d'un parcours d'aide médicale à la procréation infructueux. Mais, le pouvoir qui s'exerce n'est pas que sélection ; l'agrément est aussi le moment où se déploie une série de « techniques de normalisation » [Foucault, 1997] où les professionnels (assistants de travail social et psychologues) « dirigent » les candidats afin qu'ils acquièrent les aptitudes jugées nécessaire à la parentalité adoptive. Pour le dire autrement, l'agrément n'est pas que le lieu et le moment où s'édicte et s'administrent des préférences d'État adossées à des savoirs professionnels. C'est aussi un temps de relation pédagogique entre sujets (assujettis) et institutions (assujettissantes) où les professionnels déploient des techniques qui visent à « préparer les parents »<sup>13</sup>, à « les accompagner » face aux épreuves à venir, à les « aider à cheminer vers la parentalité », en bref, à les faire advenir comme les sujets qu'on espère qu'ils deviennent [Roux & Vozari, 2019].

Mme Vully, psychologue au sein du service du conseil général me tend le dossier des Malont. Dans leur fiche de renseignement initial, le couple avait écrit :

Au jour d'aujourd'hui, notre souhait est d'accueillir un enfant en bas âge, idéalement moins de deux ans. Il nous paraît difficile, pour une première adoption, de nous occuper d'un enfant ayant de lourds problèmes de santé ou de handicap. Nous espérons que les échanges avec l'assistante sociale et le psychologue nous aideront à préciser notre projet.

---

<sup>13</sup> En effet, pour l'intégralité des professionnels rencontrés, « être parent adoptif, ce n'est pas être un parent comme les autres ». Sans se prononcer sur le bien-fondé de cette croyance, la force du consensus [Lenoir, 1986] qui l'entoure participe directement à la justification même du travail produit par l'institution.

Trois ans plus tard, le rapport signé de Mme Vully, et rédigé à l'occasion d'une actualisation de l'agrément, précise :

Mr et Mme montrent une souplesse pour accueillir un enfant ayant des problèmes de santé impliquant un suivi ou une intervention médicale dès les premiers temps. Aussi, la prématurité, l'enfant pouvant développer un diabète, est accepté. [...] Mr peut énoncer une limite sur une histoire laissant entendre une situation de viol ou d'inceste. N'est pas en difficulté si les parents étaient alcooliques. [...] Mr et Mme expriment aisément leurs idées et leurs souhaits. Il offre une dynamique de couple souple et facile d'échange. Ils portent un intérêt au travail et à l'accompagnement proposé par le service.

En bas de la page, en caractères gras et soulignés, s'affiche un visible « **Candidature très intéressante** ». Et la psychologue de m'expliquer, dans un sourire, pourquoi ce couple « c'est exactement ce qu'on cherche ». Pour autant, en observant les prises en charge, je n'ai jamais assisté à des interactions où les tares des enfants seraient présentées comme une condition à leur adoption. Les professionnels attendent davantage que les candidats soient en mesure de spécifier « leurs désirs et leurs attentes », tout en intégrant que « l'enfant-réel » risque fortement de différer *in fine* de « l'enfant-idéal » – pour reprendre les termes employés au quotidien. Cette forme d'encadrement social – à la fois singulière dans ses modalités et représentative d'une évolution des politiques publiques – a fait l'objet d'investigations sociologiques variées, centrées notamment sur la manière dont les institutions invitaient les individus à déployer des techniques de subjectivation, transformant la prise en charge en invite à la réforme de soi [Fassin *et al.* 2013 ; Roux et Vozari, 2019]. Or, dans le cadre de l'adoption internationale, ce travail intègre désormais des savoirs médicaux, « vu le profil des enfants disponibles ». Les institutions articulent ainsi deux missions *a priori* paradoxales : une transformation progressive des désirs adoptifs – afin d'aligner les demandes parentales sur la réalité des enfants actuels – et une évaluation de la capacité des candidats à devenir les parents optimums des enfants à venir – dont on anticipe qu'ils s'écarteront nécessairement des espoirs initiaux.

## **Avant l'enfant**

Toutefois, ce travail de préparation institutionnel ne se limite jamais au seul temps de l'agrément. Il se prolonge au contraire durant les longues années d'attente qui séparent les

candidats d'un apparentement putatif. En effet, s'il est une condition préalable à toute démarche ultérieure, et une première familiarisation sélective au monde adoptif, l'agrément n'est jamais qu'une certification administrative. Les parents, s'ils sont agréés, sont ensuite invités à s'orienter vers d'autres institutions qui les accompagneront à leur tour vers l'adoption d'un enfant<sup>14</sup> : associations de droit privé habilitées pour intervenir à l'international (OAA - Organismes Autorisés pour l'Adoption), Agence Française de l'Adoption (AFA), Associations de parents par pays d'origine, Consultations d'Adoption (CA, ex-COCA), etc. Le monde de l'adoption est un monde complexe, ramifié, parfois difficilement lisible pour les nouveaux entrants. Sans chercher ici à cartographier trop en détails la nébuleuse<sup>15</sup> des intervenants ni spécifier les différents parcours entre lesquels les candidats sont appelés à arbitrer, deux aspects témoignent du poids actuel des questions sanitaires.

Tout d'abord, une fois l'agrément obtenu, le parcours vers l'adoption continue de produire sélection et hiérarchies. A l'international, les candidats ont deux possibilités : soit initier une démarche dite « individuelle », soit s'adresser à un opérateur tiers. Le premier cas devient minoritaire ; un traité international de moralisation de l'adoption – la Convention de la Haye – interdisant le non-recours aux opérateurs habilités<sup>16</sup>. Dans le second cas, si les candidats choisissent de s'orienter vers des pays extérieurs à la Convention, deux possibilités s'offrent à eux : déposer leur candidature auprès d'un Organisme Autorisé pour l'Adoption (OAA) – une association de droit privé habilitée – ou s'inscrire auprès de l'Agence Française pour l'Adoption (AFA) – une agence publique créée en 2005. Or les OAA, en tant qu'associations, se réservent le droit d'examiner la « qualité des dossiers » qui leur parviennent, procédant à leur tour à une sélection selon leurs critères propres. L'AFA, à l'inverse, comme agence publique, se doit d'accepter « toute candidature sans discrimination »<sup>17</sup>. Cette situation engendre *de facto* la distribution suivante : adopteront en dehors de la Convention de la Haye, les personnes ayant les ressources et les capitaux suffisants (économiques, juridiques et scolaires notamment), et qui ont la possibilité de

---

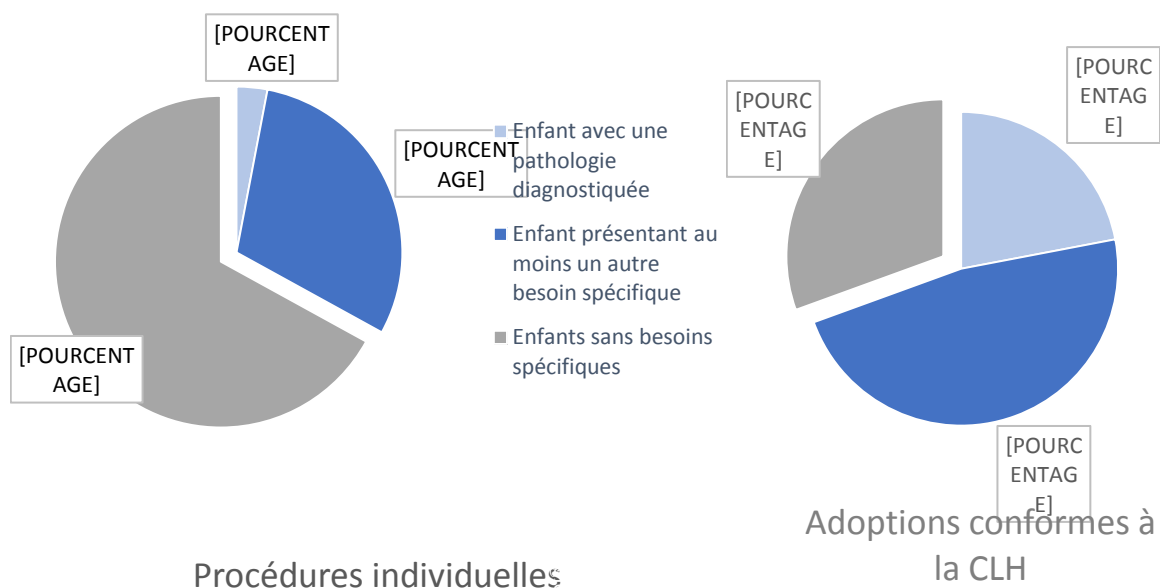
<sup>14</sup> Je ne traite pas ici des adoptions dites « individuelles » qui se déroulent en dehors de la Convention de la Haye et pour lesquelles les candidats ne sont pas obligés de recourir à des associations habilitées. Ce type d'adoption est devenu minoritaire (cf. *infra*).

<sup>15</sup> Le terme renvoie ici aux réflexions de Christian Topalov sur les « champs mous » développés dans ses analyses sur le mouvement philanthropique français à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle [Topalov, 1999].

<sup>16</sup> Je développe *infra* certaines conséquences du traité, mais on peut noter que les enfants adoptés par démarche individuelle tendent à être exempts de « particularités » même si des soupçons quant à l'éthique des procédures entachent souvent ces démarches conduites dans des pays moins régulés. N'ayant pas conduit d'enquête sur ces procédures particulières je ne développerai pas ici ce type d'adoption.

<sup>17</sup> <http://www.agence-adoption.fr/lafa/presentation-de-lafa/>

s'orienter en priorité vers les enfants sans particularités ; à l'inverse, ceux qui désirent inscrire leur démarche dans le cadre de la Convention de la Haye et dont les propriétés les rendent « attractifs » ou « intéressants » s'orienteront vers les associations de droit privés aux critères de sélection qui leurs sont propres ; enfin, les candidats qui, tout en étant agréés, ont un profil moins favorisé seront contraints de s'orienter vers l'agence publique. Dès lors, si les adoptions d'enfants aux besoins spécifiques sont le résultat de démarches dites « éthiques », les individus qui disposent des capitaux et des ressources suffisants ont davantage la possibilité de s'en affranchir pour procéder à l'adoption d'enfants sans particularités. Les hiérarchies sociales se réfractent ainsi dans l'agencement des familles et l'éthique, moins qu'un impératif universel, s'apparente en réalité à une contrainte qui s'exerce de manière différentielle en fonction des positions.



Les candidats à la parentalité adoptive tendent, dans la mesure de leurs possibles, à intégrer la dimension sanitaire à la géographie de leurs désirs familiaux. Les blogs, les guides

<sup>18</sup> Mission de l'adoption internationale, *Statistiques de l'adoption internationale en France en 2017*, Ministère des affaires européennes et étrangères, 2018. (Les adoptions intrafamiliales ne sont pas comptabilisées).

ou les forums que les candidats fréquentent régulièrement, voire les associations ou les pédiatres qu'on leur conseille et auxquels ils se réfèrent, produisent et relaient un discours qui tend à régionaliser les différentes pathologies. Ainsi par exemple, dans un article publié dans *Enfances & Psy*, Jean-Jacques Choulot, médecin pédiatre qui fait référence dans le monde de l'adoption, écrit dès 2005 :

Pour les enfants originaires des pays de l'Europe de l'Est, il n'est pas rare d'être confronté au diagnostic de séquelles de fœtopathie de mère alcoolique chez les enfants les plus jeunes. La prévalence de l'hépatite B 2, voire de la syphilis chez certains nouveau-nés, est loin d'être nulle, comme pour les enfants originaires d'Asie. En Amérique du Sud, l'état de santé des enfants est souvent bon et généralement les enfants ont été bien évalués sur le plan médical et psychologique, mais nous craignons les séquelles de dénutrition de la première année, qui entraînent, même chez les enfants bien renutris par la suite, un retard important du développement, avec microcéphalie. En Afrique, on s'attachera particulièrement à rechercher des séquelles de dénutrition, on sera vigilant sur les risques d'hépatite B et une électrophorèse de l'hémoglobine permettra de dépister la drépanocytose, une maladie grave de l'hémoglobine entraînant un handicap physique chronique.<sup>19</sup>

Or, si le constat s'adosse certainement à un savoir et une expérience clinique, il n'en demeure pas moins producteur d'une spatialisation et d'une spécification des pathologies qui transforment les pratiques adoptives. Les candidats, lorsqu'ils s'orientent vers un pays particulier – en fonction de préférences raciales ou, plus souvent, à la suite d'opportunités qui s'offrent à eux via l'AFA ou une OAA – tendent à anticiper la pathologie possible de l'espace désigné. Un tel, orienté vers la Russie, va développer à la fois une sensibilité et une expertise relative aux SAF (Syndrome d'Alcoolémie Fœtale) ; une autre, davantage « attirée » vers le Vietnam, anticipera la probabilité d'un enfant séropositif ; un dernier, auquel on parle « d'ouvertures » vers la Chine, se renseignera sur les opérations des fentes labio-palatines et les possibles séquelles d'une chirurgie tardive.

Dès lors l'attente, moins qu'un temps vide est en réalité un moment central de l'adoption internationale, le temps crucial où les candidats développent un savoir singulier sur eux-mêmes comme sur l'enfant qu'ils espèrent. Ainsi, non seulement leurs positions déterminent leurs possibles, ce dont les candidats ont conscience vu la force avec laquelle se rappellent et s'exercent les hiérarchies du monde adoptif, mais les futurs parents sont également contraints de se prononcer sur l'acceptabilité relative du possible qu'on leur assigne. Dans leurs situations respectives, dont ils doivent devenir les propres experts, quel

---

<sup>19</sup> CHOULOT, Jean-Jacques, 2005, « Les difficultés de l'adoption internationale », *Enfances & Psy*, n°29, p. 37.

enfant peuvent-ils légitimement souhaiter ? *Via* quelle procédure ? Dans quel pays ? Et pour quelle pathologie ? Et les candidats tâtonnent ainsi pendant des années, ajustant en fonction de leurs ressources et de leurs possibilités leur désir d'enfant à sa réalisation potentielle.

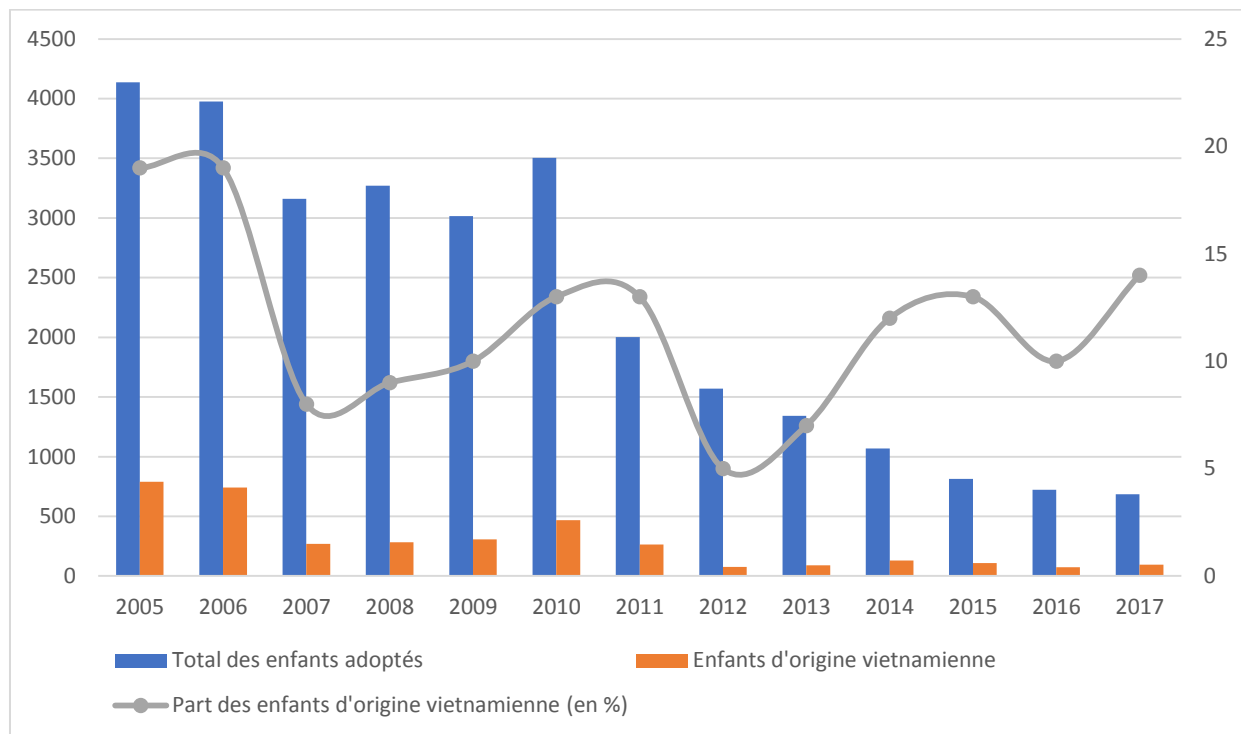
## **Tris humanitaires**

Le 1<sup>er</sup> février 2012, au Vietnam, la Convention internationale de la Haye (CLH) est entrée en vigueur. Le pays rejoint alors les États membres du principal traité qui, depuis 1993, régle les circulations internationales d'enfants à des fins adoptives. Le texte affirme un certain nombre de principes obligatoires pour garantir l'adoption comme pratique « éthique » ; pour la plupart des experts du monde adoptif, le texte – qui fait aujourd'hui relativement consensus – fait partie des (multiples) causes expliquant la réduction des circulations adoptives [Mignot, 2015]. Durant les années 2000, le Vietnam était une destination privilégiée des adoptants Français. Mais Hanoï était aussi attaqué pour des pratiques jugées « non éthiques » : le gouvernement, accusé de laxisme, était régulièrement dénoncé pour son incapacité (réelle ou supposée) à contrôler les orphelinats publics dont certains avaient la réputation de demander aux parents des « défraiements » ou des « cadeaux » financiers importants lors des apparentements.

Au début des années 2010, la ratification de la Convention a ralenti pour quelque temps l'adoption d'enfants vietnamiens. Cette diminution, inscrite dans la contraction générale des arrivées d'enfants (figure 2), s'est traduite par un déclassement du Vietnam dans la hiérarchie des pays d'origine. Si, en 2010, avec 469 adoptions réalisées, le Vietnam était le second pays d'origine pour les adoptants Français, il a d'abord rétrogradé à la 4<sup>e</sup> puis la 5<sup>e</sup> place en 2011 et 2012 (avec, respectivement, 264 et 76 adoptions). Toutefois, à la suite de l'intégration des nouvelles procédures par l'ensemble des intermédiaires, le Vietnam a rapidement retrouvé une position centrale : premier pays d'origine des adoptions françaises à l'international en 2015 (n=108), second en 2016<sup>20</sup> (n=74, après Haïti), et – de nouveau – premier en 2017 (n=95).

---

<sup>20</sup> L'année 2016 a été marquée par l'arrivée massive et exceptionnelle d'enfants issus de République Démocratique du Congo. Les chiffres mentionnés ne tiennent pas compte de ces adoptions singulières.

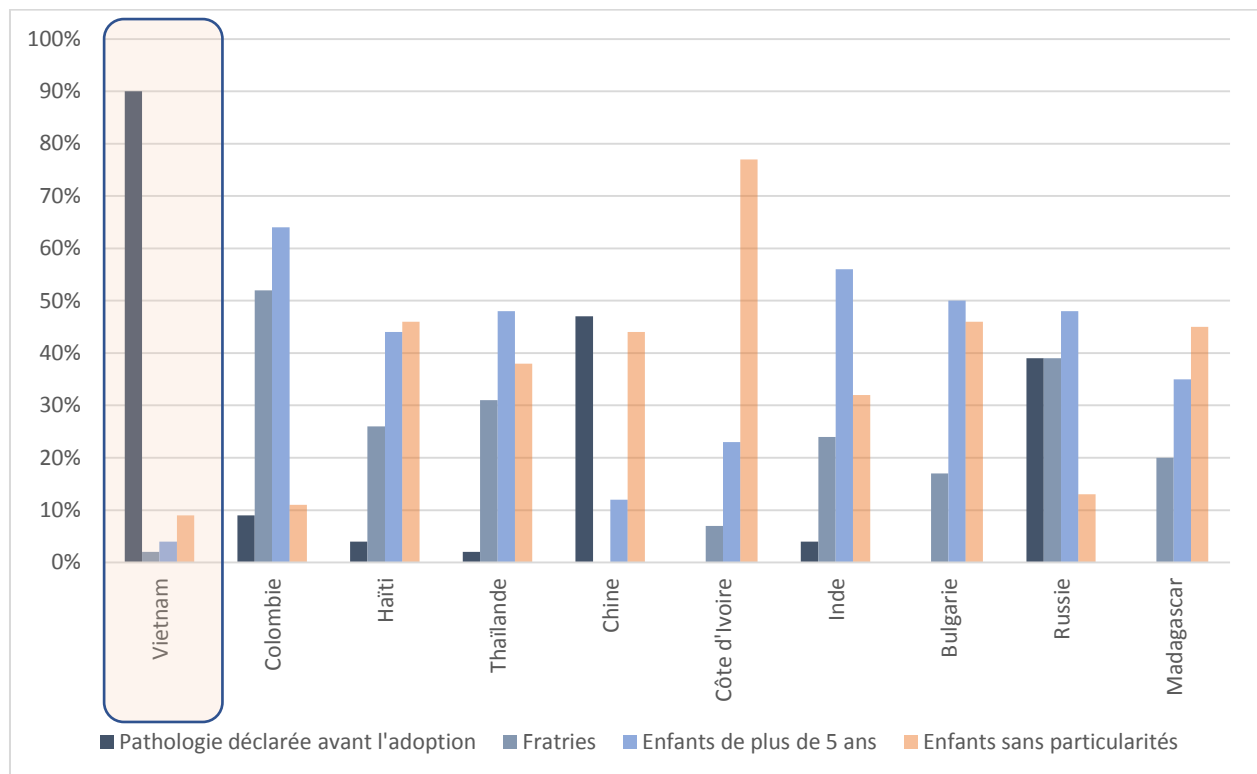


**Figure 2 - Arrivées des enfants d'origine vietnamienne en France depuis 2005**  
(source : *Mission de l'adoption internationale*)

Or ces chiffres dissimulent en réalité une profonde transformation du *type* d'enfants adoptés. En 2017, d'après les données chiffrées fournies par le Quai d'Orsay, 90 % des enfants adoptés au Vietnam présentaient une pathologie diagnostiquée<sup>21</sup>. Dans son rapport statistique annuel, la Mission pour l'adoption internationale illustre la singularité du cas vietnamien (figure 3).

<sup>21</sup> Il faudrait, en toute rigueur, comparer ce chiffre avec la part des enfants sans pathologie diagnostiquée avant 2011, au Vietnam. Mais, marque supplémentaire de la nouveauté du phénomène, la part des EBS et la raison de leur inclusion dans la catégorie n'était alors pas recensée par le Quai d'Orsay. Tous les acteurs que j'ai rencontrés au Vietnam m'ont assuré qu'avant 2011 presque aucun enfant adopté ne présentait de problème de santé diagnostiqué.





**Figure 3 - Proportions d'enfants dans les 10 premiers pays d'origine**  
(source : *Mission de l'adoption internationale*)<sup>22</sup>

Si le Vietnam est redevenu le 1<sup>er</sup> pays d'origine pour les Français adoptant à l'étranger, c'est en grande partie le produit de sa « spécialisation » dans la mise à disposition d'enfants malades. En effet, l'adoption de la Convention de la Haye s'est accompagnée de profondes réformes administratives et juridiques. Par la loi sur l'adoption du 17 juin 2010, le pays a créé un système singulier visant à réduire la latitude des orphelinats et des administrations locales. Le gouvernement vietnamien a d'abord créé un Département de l'Adoption (DA), rattaché au Ministère de la Justice. Cette institution est désormais officiellement en charge de l'appareillement, remplaçant les Comités Populaires des provinces auparavant souverains. Certes, le DA se charge uniquement de recevoir les candidatures internationales, d'envoyer les dossiers aux comités de province et de « valider » leurs décisions, mais cet exercice de contrôle n'en reste pas moins déterminant dans un pays où les autorités provinciales disposent habituellement d'une forte autonomie bureaucratique<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Mission de l'adoption internationale, *Statistiques de l'adoption internationale en France en 2017*, p. 12. (Hors adoptions intrafamiliales. Un même enfant peut appartenir à plusieurs catégories).

<sup>23</sup> Cette disposition aligne Hanoï sur la Convention de la Haye qui précise, dans son article 6, que « chaque État contractant désigne une Autorité centrale chargée de satisfaire aux obligations qui lui sont imposées par la

Surtout, Hanoï a mis en place un système de classement singulier. Les services des Comités populaires des provinces signalent à l'autorité centrale les enfants adoptables, qui sont classés et inscrits de manière exclusive sur deux listes. Sur la première, appelée « liste 1 », les autorités inscrivent uniquement les enfants sains ; ils seront, dans leur très grande majorité, exclus de l'adoption internationale et destinés en priorité à l'adoption domestique par des parents de nationalité vietnamienne. Sur la seconde, la « liste 2 », sont inscrits tous les enfants « à besoins spécifiques », ici exclusivement des enfants souffrant d'une pathologie diagnostiquée<sup>24</sup>. Les enfants inscrits sur la liste 2 sont exclusivement proposés à l'adoption internationale.

Hanoï justifie cette mesure par des préoccupations sanitaires et morales. La procédure est d'ailleurs simplifiée et les frais administratifs réduits : pour les enfants inscrits en liste 2, les adoptants sont dispensés du paiement d'un forfait administratif de 50 millions de dong (environ 1900 euros), et les délais sont raccourcis. L'inscription sur la liste 2 serait ainsi une opportunité pour les orphelins de bénéficier d'un traitement préférentiel, « humanitaire », permettant de bénéficier de soins sinon difficiles voire impossibles. Pour autant, cette disposition n'en reste pas moins le produit d'une hiérarchisation bureaucratique de la qualité des enfants qui facilite l'émigration des corps malades et valorise, pour ses ressortissants, les sujets jugés de qualité supérieure. Véritable biopolitique de l'adoption [Foucault, 2004], cette disposition classe et traite les enfants en fonction de leurs tares et, par le traitement bureaucratique et médical qui leur est imposé, offre à chacun la vie qui correspond à son état, réservant les plus désirés aux plus légitimes et renvoyant les moins qualifiés aux étrangers.

Or, et l'on peut pointer ici la force d'un paradoxe, la législation vietnamienne est le produit singulier de la ratification de la CLH et donc de la « moralisation » de l'adoption internationale. Certes, la loi vietnamienne est unique à ma connaissance, et la création de ces listes n'est pas le résultat de la transcription directe du traité. Pour autant, le cas vietnamien montre comment la préférence nationale s'exerce sur la qualité supposée des enfants, dans le respect formel des critères éthiques internationaux : aux ressortissants nationaux les enfants sains, aux autres – pour raison humanitaire – ceux qu'on juge de qualité moindre. La préoccupation éthique, au cœur de la CLH, appuie et justifie l'exercice d'une politique nationaliste qui distribue les orphelins en fonction du poids de leurs tares relatives, renvoyant

---

Convention », imposant ainsi une hiérarchie administrative et une centralisation des responsabilités, des habilitations et des contrôles

<sup>24</sup> Les enfants de plus de 5 ans et les fratries ne sont pas inscrits sur la liste 2 qui recense uniquement les tares médicales.

les moins désirables au-delà des frontières symboliques et politiques de la communauté nationale.

## **Tactiques et contournements**

L'inscription des enfants sur l'une ou l'autre des listes est un processus opaque mais déterminant. Il est toujours le résultat d'une évaluation médicale préalable qui sert de fondement à la répartition des enfants. Les médecins et les intermédiaires que j'ai rencontrés au Vietnam n'ont pas pu ou n'ont pas souhaité me communiquer les critères – variables et changeants – qui présidaient à l'inscription des enfants sur l'une ou l'autre liste, à une exception près : le Dr. Mon. Le Dr. Mon n'est pas de nationalité vietnamienne mais travaille depuis plusieurs années dans le pays, au service d'institutions hospitalières locales et d'ONG internationales. Pédiatre, il consulte régulièrement des enfants orphelins et participe à leur suivi médical<sup>25</sup>. En février 2018, le Dr. Mon me rencontre dans un café et m'explique qu'il a « enfin réussi à connaître les critères de la liste », après « avoir demandé depuis plusieurs années ». Bien sûr, il savait plus ou moins quel diagnostic se traduisait par une inscription des enfants dans le registre des « besoins spécifiques », mais – d'après lui – le « problème c'est que [cette liste] évolue constamment » et que les autorités vietnamiennes n'ont jamais accepté d'en faire état.

Le document qu'il me tend liste 56 pathologies, pour la plupart regroupées au sein de 14 catégories : « Handicap », « Handicap de l'organe génital externe », « Maladies ophtalmologiques », « Maladies cardiaques », « Maladies sanguines », « Certaines maladies infectieuses, contagieuses ou maladies infectieuses néonatales de la mère à l'enfant », « Hernies », « Maladies dermatologiques », « Maladies de déficience endocrinologique », « Enfants ayant des besoins spéciaux », « Allergies », « Langage », « Croissance », « Autres maladies ». Certains items sont mentionnés sans être classés, comme « retard mental » ou « problèmes émotionnels ». D'autres sont étrangement intégrés dans les catégories pré-citées : on trouve par exemple « doigts et orteils surnuméraires » au sein du groupe « Handicap de l'organe génital externe ». La liste, son format et son organisation douteuse contraste singulièrement avec le ton clinique et professionnel adopté par le document. A la droite de

---

<sup>25</sup> Pour des raisons de confidentialité, on comprendra que soit passée ici sous silence toute information potentiellement identificatoire (âge, parcours, sexe, nationalité, location, etc.), à fortiori dans un pays autoritaire et policier.

chacun des items, deux colonnes : liste 1 et liste 2. Pour chaque pathologie, l'une des cases est cochée, signifiant à quel groupe l'enfant sera rattaché s'il est diagnostiqué. Ainsi, par exemple, l'hépatite A intègre l'enfant dans la liste 1, l'hépatite C dans la liste 2. Dans certains cas, c'est moins la pathologie en elle-même que son degré qui détermine l'orientation des enfants. Ainsi, par exemple, pour les hernies ombilicales le document précise qu'une hernie d'un « diamètre inférieur à 1,5 cm » ne « nécessite pas de chirurgie » et classe l'enfant dans la liste 1 ; à l'inverse, les hernies au « diamètre supérieur à 1,5 cm » appellent « une intervention » et orientent donc l'enfant vers la liste 2. D'autres distributions sont moins objectives, comme par exemple « l'anémie ferriprive » qui ne classe les enfants en liste 2 qu'à partir du moment où elle est jugée de « niveau moyen ou grave », sans que les seuils ne soient ici précisés.

Découvrant la liste, j'interroge le Dr. Mon sur la manière dont les bilans sont organisés. Je lui demande notamment la manière dont les diagnostics sont formulés et s'ils sont influencés par l'anticipation de leurs effets. Il m'explique :

Bon, ce qu'il faut dire quand on fait le bilan... On a un petit peu en tête les listes, et par exemple si je vois un enfant qui a une sérologie syphilis qui est... Je ne sais pas si on peut le dire... S'il a une sérologie syphilis qui est juste à la limite du positif, je mets qu'il a la syphilis parce que ça permet qu'il soit adopté.

*Pour passer en fait...*

Voilà. Pour trouver quelque chose. Ça peut être une hernie ombilicale, ce qui n'est rien du tout ; une hernie inguinale, ce n'est rien ; une plagiocéphalie<sup>26</sup>, ce n'est rien... Alors quand on n'a rien, pour un enfant qui va franchement bien c'est ce qu'on marquait. Surtout avant. C'était un peu exagéré, mais ça passait.

*Ça permettait de les passer en liste 2, c'est ça ?*

Oui. Et c'est des enfants qui vont très bien ! Qui allaient très bien, qui n'avaient pas de soucis. [...] Les hernies inguinales... les strabismes... C'est vrai que j'en voyais beaucoup de réels, parce que souvent ce n'est pas pris en charge au Vietnam. Donc ça comptait pour la liste 2... Ensuite, toutes les anémies – on les explore beaucoup – on demandait beaucoup d'analyses de l'hémoglobine, il y a énormément de thalassémies ici... d'hémoglopathies qui permettent, lorsqu'elles sont sévères, de passer en liste 2. Pareil pour la rubéole... [C'est comme] le cytomégalovirus (CMV), ils sont presque tous positifs au cytomégalovirus. Soit la mère l'a transmis en fin de grossesse, soit ils l'ont attrapé à l'orphelinat, et quand on fait le bilan ils sont positifs.

---

<sup>26</sup> Syndrome de la tête plate, dont les symptômes disparaissent après quelques mois dans sa forme légère.

Le Dr. Mon n'est pas critique du système des orphelinats vietnamiens. À l'instar de plusieurs de ses collègues, il explique à plusieurs reprises « qu'ici ce n'est pas la Russie », les « enfants sont bien soignés ». Bien sûr, « on peut toujours faire mieux », mais « vu leurs moyens, ils font du super boulot ». Les enfants sont « stimulés », « ils reçoivent des câlins », les « nounous sont super » et même s'il « faut faire attention parce qu'ils n'aiment pas trop la critique », les « Vietnamiens » sont jugés « compétents » en pédiatrie et attentionnés dans leurs pratiques éducatives. Pour autant, il lui arrive fréquemment de sur-diagnostiquer les enfants afin de faciliter leur inscription en liste 2, et donc leur adoption internationale. Comme plusieurs de ses collègues, il m'explique d'abord que de nombreux enfants inscrits en liste 1 « ne sont pas adoptés et grandissent dans les orphelinats », alors même qu'il y a des candidats potentiels à l'international. Mais son comportement n'est pas que pragmatique ; il est aussi motivé par sa représentation de la vie souhaitable pour ces enfants. Je l'interroge plus avant :

*Est-ce que vous avez le sentiment – et le mot est peut-être mal choisi – d'avoir un peu « sauvé » des enfants d'un destin un peu compliqué, au Vietnam ou ailleurs, ou est-ce que ce n'est pas du tout comme ça que vous envisagez les choses ?*

Si. Si. Si, c'est ça. Comme certains des enfants que j'ai vu adopter et avec lesquels j'ai gardé contact. Franchement je me dis qu'ils sont heureux. Je ne sais pas ce qu'ils seraient devenus, mais ils sont heureux maintenant –c'est sûr. Quand même, vivre sa vie ici en orphelinat... [silence].

J'interroge enfin le Dr Mon sur les parents et lui demande leurs réactions lorsqu'ils découvrent, une fois au Vietnam, que l'enfant malade pour lequel ils se préparent depuis des années est parfois moins souffrant qu'ils ne l'ont cru. Il sourit, pointe l'enregistreur qu'il me demande d'éteindre et déclare, les yeux malicieux : « Vous savez, je n'ai jamais vu personne se plaindre. »

Les propos du Dr. Mon montrent que la manière dont on observe, évalue et diagnostique le corps des orphelins les oriente vers des vies singulières, et les inscrit dans des trajectoires radicalement différentes. En jouant avec les catégories dont il a progressivement saisi les contours, le Dr. Mon met son expertise et sa légitimité scientifique et médicale au service des enfants – selon son interprétation et sa représentation de ce que sont les vies souhaitables (« ils sont heureux », « quand même, vivre sa vie ici en orphelinat... »). Son témoignage rappelle ainsi que la vérité des diagnostics n'est jamais objective, certaine ou définitive. Elle est au contraire le produit de confrontations où les sujets agissent en fonction

de leurs intérêts et leurs croyances, en fonction de leurs capacités. Ainsi, dire « la vérité » des pathologies – « tu as » – et des conditions – « tu es » – est une action qui ne se limite ni ne se réduit à l'évaluation des tares, à la détermination des pathologies ou à la classification des individus. Les discours sur les sujets, y compris – et peut-être surtout – lorsqu'ils s'adosent à la matérialité des corps, reflètent moins leur vérité qu'ils ne la produisent, faisant ainsi du savoir sur les personnes un pouvoir sur leurs existences et des diagnostics médicaux un discours social à dimension performative.

### **Conclusion : une libidinisation des tares**

Dans le 4<sup>e</sup> tome de son *Histoire de la sexualité*, Michel Foucault développe une réflexion inachevée sur la « libidinisation du sexe » [Foucault, 2018 : 325 *et suiv.*]. L'auteur montre que le christianisme a conçu le sexe comme un péril et une opportunité. S'il est en effet le domaine premier où s'exprime la faiblesse de l'Homme, il est aussi le moyen par lequel le sujet lutte pour se faire meilleur et tendre vers le salut. La chair, c'est la tentation ; mais l'envie, l'attraction ou le penchant invitent également le sujet à se soumettre à l'enquête. En scrutant, surveillant, contrôlant ou tempérant son corps, en bref, en agissant sur soi et sa carnalité, l'Homme se travaille, se transforme et agit pour diriger son âme vers Dieu. Le désir sexuel est une menace, certes ; mais c'est justement *parce qu'il* est danger qu'il requiert un dispositif réflexif où le sujet est invité à s'examiner pour tenter d'accéder par l'effort, la vigilance et l'attention à un état d'inspection permanente. Ainsi, pour Michel Foucault, la libidinisation du sexe peut se saisir comme ce moment paradoxal où le désir (ici sexuel) devient – dans le même temps – problème et salut. Si la tentation est une alarme, le travail sur soi qu'elle requiert devient un mode privilégié à partir duquel le chrétien accède à Dieu et se voit sauvé.

Le monde de l'adoption internationale est aujourd'hui traversé d'une logique partiellement similaire. Bien sûr, ce n'est pas le sexe que l'on « libidinise » ici, et le terme – tellement associé à la sexualité depuis sa formalisation par Freud – peine à se voir exporter dans d'autres sphères du monde social<sup>27</sup>. Pour autant, il me semble que le traitement qu'on

---

<sup>27</sup> Cependant, Freud ne limite pas la libido à la génitalité ; pour lui elle est plutôt force vitale qui s'enracine dans la sexualité au sens large (intégrant des formes d'amour et de désir pluriels : de soi, des autres, de la vie, des plaisirs, etc.) C'est davantage dans cette acception initiale que je l'entends ici, bien plus que dans une lecture restrictive de la notion aux seules activités sexuelles.

réserve aux tares des enfants suit une dynamique pour partie comparable. En effet, dans un contexte particulièrement difficile où les projets s'allongent, se complexifient et se ralentissent, où les migrations sont freinées et les espoirs de familles amoindris, les enfants à besoins spécifiques font désormais l'objet d'un désir tout à la fois produit, problématique et salvateur.

D'abord, les institutions tentent de déceler, qualifier et circonscrire au plus profond du « for intérieur » [Memmi, 2016] des parents-candidats leur volonté et leurs souhaits initiaux. Pour ce faire, elles exigent des candidats qu'ils adhèrent à un processus d'introspection constante qui vise à délimiter la nature de leur « désir d'enfant », que les requérants doivent déterminer tout en le pensant problématique. Vu « l'état de l'adoption aujourd'hui », les intervenants pluriels du monde adoptif s'attèlent ensuite, par des moyens concordants mais non coordonnés, « d'ouvrir les possibles » vers des adoptions d'enfants auparavant moins souhaités parce que jugés trop « âgés », trop « malades », ou trop « abimés » (pour reprendre les mots violents d'un médecin pédiatre hospitalier rencontré en France). Enfin, ils réalisent pour partie ce désir qu'ils façonnent en le déplaçant suffisamment pour le faire autre, et pour ajuster – par un travail de conviction et d'éducation – l'amour des parents à un enfant qu'ils ne souhaitaient pas aimer initialement. Ainsi, en France, psychologues, médecins, associatifs ou travailleurs sociaux interviennent pour conseiller, aider, accompagner, mais aussi décourager ou prévenir les candidats qui reformulent progressivement leurs souhaits et leurs désirs en intégrant toujours davantage la probabilité d'un enfant non-idéal. À l'international, de nouvelles réglementations voient le jour et participent d'une limitation des circulations d'enfants sains, et d'une concentration de l'attention sociale, philanthropique et bureaucratique sur les enfants « à particularités ». Enfin, les acteurs s'arrangent des catégories et des diagnostics pour faciliter le départ des enfants catégorisés comme tels, tout en assurant à chacun que les futurs s'alignent *in fine* aux volontés exprimées. Le désir d'enfant à particularités se fabrique ainsi dans la relation ambiguë des institutions aux candidats qu'elles encadrent ; et les tares apparaissent aujourd'hui conjointement comme le « problème » et la « solution » de volontés parentales toujours-déjà problématiques.

Ainsi, à toutes ces échelles, et selon des modalités propres, se produit une logique analogue : un retournement de la valeur des vies. Ceux que l'on rejetait deviennent l'objet même de désirs, mais de désirs domestiqués, contrôlés, régulés. Le handicap, la pathologie ou la maladie sont ainsi progressivement « libidinisés » ou, pour le dire autrement, mis en désir et façonnés comme volontés sans que ce processus éminemment personnel ne soit jamais

extérieur aux institutions qui le régulent. Au contraire, c'est à travers la prise en charge et les interventions que ces formes familiales adviennent, et qu'elles sont tout à la fois produites, administrées et tempérées. Se développe ainsi une rationalité qui favorise le pathologique par rapport au sain, accorde (pour un temps) une valeur supérieure à l'enfant malade et fait, paradoxalement, du désir des non désirés un succès de prise en charge.

## Références bibliographiques

Almeling Rene, 2011, *Sex Cells: The Medical Market for Eggs and Sperm*, Berkeley, University of California Press.

Becker Howard, 1988 [1982], *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion.

Courduriès Jérôme & Herbrand Cathy, 2014, « Genre, parenté et techniques de reproduction assistée : bilan et perspectives après 30 ans de recherche », *Enfances, Familles, Générations*, 21 [En ligne].

De Graeve Katrien, 2015, « “They Have Our Culture”: Negotiating Migration in Belgian-Ethiopian Transnational Adoption », *Ethnos*, 80 (1) : 71–90.

Deomampo Daisy, 2016, *Transnational Reproduction: Race, Kinship, and Commercial Surrogacy in India*, New York, New York University Press.

Donzelot Jacques, 1977, *La Police des familles*, Paris, Minit.

Dorow Sara, 2006a, *Transnational Adoption : A Cultural Economy of Race, Gender, and Kinship*, New York, New York University Press.

Dorow Sara, 2006b, « Racialized Choices: Chinese Adoption and the ‘White Noise’ of Blackness », *Critical Sociology*, 32 (2–3) : 357–379.

Eng David, 2010, *The Feeling of Kinship: Queer Liberalism and the Racialization of Intimacy*, Durham, Duke University Press.

Fassin Didier, *et al.*, 2013, *Juger, Réprimer, Accompagner. Essai sur la morale de l'État*, Paris, Le Seuil.

Foucault Michel, 1997, « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France, 1975-1976*, Paris, Gallimard.

Foucault Michel, 2004, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*, Paris, Gallimard.

Foucault Michel, 2018, *Histoire de la sexualité. 4, Les aveux de la chair*, Paris, Gallimard.

Howell Signe, 2009, « Adoption of the Unrelated Child: Some Challenges to the Anthropological Study of Kinship », *Annual Review of Anthropology* 38 (1) : 149–166.

Inhorn Marcia, 2015, *Cosmopolitan Conceptions: IVF Sojourns in Global Dubai*, Durham, Duke University Press.



Kobelinsky Carolina, 2010, *L'accueil des demandeurs d'asile. Une ethnographie de l'attente*, Paris, Le Cygne.

Kim Eleana, 2010, *Adopted Territory: Transnational Korean Adoptees and the Politics of Belonging*, Durham, Duke University Press.

Leinaweaver Jessaca, 2008, *The Circulation of Children Kinship, Mobility, and Morality in Ayacucho*, Durham, Duke University Press.

Leinaweaver Jessaca, 2012, « Little Strangers: International Adoption and American Kinship. A Review Essay », *Comparative Studies in Society and History*, 54 (1) : 206–216.

Lenoir Remi, 1986, « Groupes de pression et groupes consensuels. Contribution à une analyse de la formation du droit », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 64, 30-39.

Memmi Dominique, 2016, « Une discrète naturalisation de la maternité : le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction », *Sociologie*, 7 (4), p. 413-422.

Mignot Jean-François, 2015, « L'adoption internationale dans le monde : les raisons du déclin », *Population et Sociétés*, 515.

Nahman Michal, 2013, *Extractions: An Ethnography of Reproductive Tourism*, New York, Palgrave Macmillan.

Pande Amrita, 2014, *Wombs in Labor: Transnational Commercial Surrogacy in India*, New York, Columbia University Press.

Porqueres i Gené Enric (dir.), 2017, « Le Corps reproductif », *Ethnologie française*, 167.

Quiroz Pamela A., 2008, « From Race Matching to Transracial Adoption: Race and the Changing Discourse of US Adoption », *Critical Discourse Studies*, 5 (3): 249.

Rapp Rayna, 2000, *Testing Women, Testing The Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*, New York, New York University Press.

Roux Sébastien, 2017a, « The Colour of Family Happiness: Adoption and the Racial Distribution of Children in Contemporary France », *Social Anthropology*, 25 (4): 509–524.

Roux Sébastien, 2017b, « L'État des origines. Histoires adoptives, conflits biographiques et vérités passées », *Genèses*, 108 : 69-88.

Roux Sébastien & Vozari Anne-Sophie (dir.), 2019, *Familles, nouvelle génération*, Paris, PUF.

Tober Diane, 2001, « Semen as Gift, Semen as Goods: Reproductive Workers and the Market in Altruism », *Body & Society* 7 (2–3) : 137–160.

Topalov Christian, 1999, *Laboratoires du Nouveau Siècle : la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France*, Paris, EHESS.

Yngvesson Barbara, 2002, « Placing the “Gift Child” in Transnational Adoption », *Law & Society Review*, 36 (2) : 227–256.

Yngvesson Barbara, 2003, « Going “Home”: Adoption, Loss of Bearings, and the Mythology of Roots », *Social Text*, 21(1) : 7–27.