

# Adoption et troubles psychiatriques émergents à l'adolescence

Eva Minneboo

► **To cite this version:**

Eva Minneboo. Adoption et troubles psychiatriques émergents à l'adolescence. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01302607

**HAL Id: dumas-01302607**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302607>**

Submitted on 14 Apr 2016

**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 Bordeaux 2 Victor Segalen  
**UFR DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2016

Thèse n° 3012

Thèse pour l'obtention du

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**  
**Spécialité Psychiatrie**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Mars 2016 par

**Eva MINNEBOO**

Née le 3 février 1987 à Rodez (12)

**Adoption et troubles psychiatriques émergents à l'adolescence**

Directeur de Thèse

Madame le Docteur Adeline KOMPE-TCHAMGOUE

Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD : Président

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE : Juge

Madame le Professeur Marie TOURNIER : Juge

Madame le Docteur Claire MESTRE : Juge

Madame le Docteur Alice LETESSIER : Juge

Madame le Docteur Adeline KOMPE-TCHAMGOUE : Juge

# Résumé

La redondance de situations cliniques impliquant des adolescents adoptés dans notre pratique nous amène à nous questionner sur le lien entre l'émergence de troubles psychiatriques à l'adolescence et l'histoire adoptive. L'adolescence entre en résonnance avec l'adoption par l'entrecroisement des problématiques de la filiation avec celles du questionnement identitaire et des origines, au travers des représentations parentales qui en découlent.

Dans ce travail, une revue de la littérature sur ces quinze dernières années met en évidence l'absence de lien de causalité directe entre l'adoption et l'émergence d'un trouble psychiatrique à l'adolescence. Il en ressort, cependant, que des facteurs de vulnérabilité existent, comme l'âge de l'adoption, les conditions de vie en pré-adoption et lors de l'adoption, l'origine géographique et l'environnement familial. Il y a, par exemple, moins de troubles psychiatriques chez les adolescents entretenant de bonnes relations avec leur famille adoptive.

Dans une étude descriptive que nous avons menée dans un service d'hospitalisation pour adolescents, les adoptés sont surreprésentés et diffèrent de leurs pairs non pas par leur diagnostic mais par l'intensité de leurs troubles (hospitalisations plus fréquentes, plus longues avec plus de signalements judiciaires). Les cas retrouvés dans cette étude sont des cas extrêmes qui ne représentent pas la majorité des adolescents adoptés. De manière générale, les adolescents adoptés sont plutôt bien adaptés mais il faut pouvoir reconnaître les situations à risque pour éviter leur aggravation. La prévention grâce à la connaissance des facteurs de vulnérabilité et l'accompagnement spécifique de ces adolescents sont des mesures essentielles à notre pratique.

**Mots clés :** Adoption, Adolescence, Troubles psychiatriques émergents, Troubles du comportement, Attachement, Filiation.

# **Adoption and psychiatric disorder emergence during adolescence.**

## **Summary :**

The clinical situations recurrence with adopted adolescents in our practice of medicine leads to question the connection between psychiatric disorders emergence during adolescence and the adoption background. Adolescence enters in resonance with adoption by the convergence of filiation issues with identity and origins questioning, through parental representations which result from this.

In the present study, a literature review over the last fifteen years highlights the absence of direct causal link between adoption and psychiatric disorder emergence during adolescence. But it attests the reality of vulnerability factors, like the child age at the time of the adoption, the pre-adoption living conditions, the adoption circumstances, the geographic origin (of the child) and the home environment. For instance, there is indeed less psychiatric disorders for teenagers who maintain good relationships with their adoptive family.

A descriptive study we carried out in a service of hospitalization for teenagers reveals that the adoptees percentage is more important than the one in general population. Furthermore, adoptees differ from their peers not by their diagnosis but by their disorders intensity (more frequent and longer hospitalizations, alongside with more legal actions). The cases presented in this study are extreme cases, which do not represent/reflect the majority of adopted teenagers. In general, adopted teenagers are well adapted but we should/must be able to detect situations at risk in order to avoid their aggravation.

Thanks to the knowledge of vulnerability factors, prevention and specific support of these teenagers are essential measures in our practice.

**Keys words :** Adoption, Adolescence, Mental disorder, Problem behaviour, Attachment, Filiation.

# Remerciements

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD,**

Vous avez accepté d'être le rapporteur de cette thèse et je vous en remercie. La qualité de vos enseignements m'a permis de découvrir votre vision riche et éclectique de la pédopsychiatrie. C'est un honneur de porter mon travail à votre lecture.

Merci pour l'intérêt que vous y avez porté.

**Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD,**

Je vous remercie de présider ce jury de thèse.

Votre passion pour votre métier est une véritable source d'inspiration.

Vos conseils et l'intérêt que vous avez porté à mon travail ont été d'une grande richesse.

Merci pour vos enseignements et votre accompagnement tout au long de ce cursus de DES et de DESC.

**Madame le Professeur Marie TOURNIER,**

Vous avez accepté de juger mon travail de thèse et je vous en remercie.

Merci pour vos enseignements et votre disponibilité.

**Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE,**

Vous avez accepté de juger mon travail et je vous en remercie

Merci pour vos enseignements et votre gentillesse.

**Madame le Docteur Adeline K.TCHAMGOUE,**

Merci de la confiance que vous m'avez accordé en acceptant de diriger cette thèse.  
Votre soutien et vos conseils m'ont été d'une aide précieuse.  
Travailler à vos cotés durant un semestre fut très enrichissant.  
Merci pour votre ouverture d'esprit et vos connaissances que vous avez pu me faire  
partager.

**Madame le Docteur Alice LETESSIER,**

Tu as accepté de juger mon travail de thèse et je t'en remercie.  
Tu représentes le pôle palois de mon jury, à la fois bienveillante et rassurante, incarnant les  
valeurs qui me font apprécier cet hôpital.  
Tes qualités humaines et professionnelles sont pour moi une réelle source d'inspiration.  
Je serai honorée de pouvoir, par la suite, travailler à tes cotés.

**Madame le Docteur Claire MESTRE,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.  
Merci de m'avoir accordé du temps pour partager votre expérience clinique sur ce sujet.  
Vous m'avez fait découvrir la psychiatrie transculturelle à travers les séminaires de MANA.  
Merci de nous transmettre votre passion.

**Monsieur le Docteur Jean-Jacques CHOULOT,**

Merci du temps que vous m'avez accordé et du partage de votre expérience dans le  
domaine de l'adoption.

## **A ma famille,**

A toi Maxime, qui représente à ce jour mon principal pilier, tu es mon point d'ancrage sur cette terre qui me permet de continuer de voler autour de celle-ci. Merci de partager ma vie et de ton soutien au quotidien.

A mes parents, Odile et Noël, pour leurs valeurs et la curiosité du monde qu'ils m'ont transmis. Vous m'avez permis de devenir ce que je suis aujourd'hui, votre amour et votre soutien me seront toujours vitaux.

A mes grands parents, Pierre, Maurice, Huguette et Jacqueline pour tout ce qu'ils m'ont appris. Je pense à vous, où que vous soyez à ce jour.

A mes frères et sœurs, Sara, Vincent et Héloïse. La fable du parvis de la cathédrale de Rodez doit probablement jouer un rôle dans le choix de ce sujet de thèse. Merci de former cette famille qui est un bien précieux.

A Christine et Emilien, Jean Louis et Jean Noël, Chloé qui élargissent ma famille.

A Michèle et Alain, Bertille et Jean qui m'ont accueillie et acceptée dans leur famille. Merci de votre gentillesse et de m'offrir un côté béarnais dans ma famille.

A Jahyan, Maël et Luce et tous les autres qui viendront agrandir et illuminer le ruban familial.

A mes oncles, tantes, cousins, cousines, Minneboo, Jacquemin, Escalona, Presset, Chantal. Que nous continuions tous ensemble de former cette grande famille car la famille est un archipel au milieu de l'océan.

*« Une famille qui crie est une famille unie »*

## **A mes amis,**

A Léa, Fabienne et Emmanuelle, pour toutes ces années d'amitié qui perdurent. J'ai grandi avec vous et j'espère vieillir avec vous. Merci d'exister et de continuer de tisser ce lien précieux qu'est l'amitié.

A Lucie, ma Chonchon, pour ton grain de folie qui m'égayé depuis tant d'années.

Aux années fac, à Anais, Mahaut, Audrey, Cécilia, Axel et Nicolas, pour tout ce que la médecine nous a appris et apporté dont le principal a été votre amitié.

A mes compagnons de l'internat, Mina, Baptiste, Clémence, Romain, Vano, Andy, Léa et Léon. Que de chemin parcouru en 4 ans. Merci de m'avoir accompagné et guidé dans ce travail. La petite dernière vous rejoint enfin au rang des grands docteurs.

A tout ceux que j'oublis mais qui sont importants dans ma vie.

*« La vraie amitié ce n'est pas d'être inséparable mais c'est d'être séparé et que rien ne change »*

## **A l'ensemble des médecins et services qui m'ont accueillie ces dernières années,**

Au CHS des Pyrénées, pour sa qualité d'accueil. Merci au Dr Lafitte, Dr Guidicelli, Dr Lesage et leurs équipes pour avoir accompagné mes premiers pas d'interne.

Merci aux Dr Alary et au Dr Augeraud pour leurs enseignements.

A toute l'équipe du centre de crise pour adolescents de Charles Perrens. Merci à Annie, secrétaire formidable qui m'a été d'un précieux soutien dans mon recueil de données.

A toute l'équipe de psychiatrie périnatale. Merci au Dr Anne Laure Sutter pour tout ce que j'ai appris dans ce domaine.

Au Dr Jean Yves Charlot et au Dr Mélanie Archimbaud ainsi qu'à toute l'équipe du CASADO et du CMP de la vallée du Tir. Vous m'avez accueillie avec la chaleur calédonienne et fait découvrir les merveilles humaines du caillou. Ces six mois à vos côtés resteront un de mes plus beaux souvenirs d'interne. Alors tata bisous !

Aux Clématites, à l'hôpital de jour des Jacinthes et à l'ensemble des médecins du pôle 4 de l'hôpital. C'est un plaisir de pouvoir continuer à travailler à vos côtés.

Merci au Dr Virginie Robert et au Dr Sébastien Cabasson pour leur accueil en pédiatrie. Vos connaissances et pratiques enrichissent mon expérience.

*A Flora,  
Petite adoptée vietnamienne devenue grande,  
Peut être un jour me liras-tu...*

# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>PARTIE THEORIQUE : ADOPTION, ADOLESCENCE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES</b> .....	<b>5</b>
<b>I. GENERALITES SUR L'ADOPTION</b> .....	<b>6</b>
1. <i>Définition</i> .....	6
2. <i>Données anthropologiques</i> .....	7
3. <i>Données historiques</i> .....	9
4. <i>Données quantitatives</i> .....	10
5. <i>Données législatives</i> .....	12
6. <i>Conclusion</i> .....	16
<b>II. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE L'ADOPTION</b> .....	<b>17</b>
1. <i>La filiation dans l'adoption</i> .....	17
2. <i>L'attachement dans l'adoption</i> .....	20
3. <i>Conclusion</i> .....	29
<b>III. ADOPTION ET ADOLESCENCE</b> .....	<b>30</b>
1. <i>Le processus adolescent</i> .....	30
2. <i>La problématique de la filiation</i> .....	32
3. <i>L'enjeu chez les parents</i> .....	36
4. <i>Conclusion</i> .....	38
<b>IV. TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET ADOLESCENTS ADOPTES : UNE REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	<b>39</b>
1. <i>Introduction</i> .....	39
2. <i>Matériel et Méthodes</i> .....	39
3. <i>Résultats</i> .....	40
4. <i>Discussion</i> .....	50
5. <i>Conclusion</i> .....	59

**PARTIE EXPERIMENTALE : ETUDE SUR UNE POPULATION D'ADOLESCENTS  
ADOPTES HOSPITALISES EN UNITE DE SOINS PSYCHIATRIQUES..... 60**

**I. INTRODUCTION .....61**

**II. MATERIEL ET METHODE .....62**

1. *Type d'étude* ..... 62

2. *Population*..... 62

3. *Méthode*..... 63

**III. RESULTATS.....64**

1. *Description de la population d'adolescents adoptés hospitalisés présentant un trouble psychiatrique émergent* ..... 64

2. *Description de la population globale d'adolescents hospitalisés*..... 68

3. *Comparaison entre groupe d'adolescents adoptés et le groupe de témoins* ..... 70

**IV. DISCUSSION .....72**

1. *Discussion des résultats*..... 72

2. *Perspectives et accompagnement*..... 76

**V. CONCLUSION .....80**

**CONCLUSION GENERALE ..... 81**

**BIBLIOGRAPHIE ..... 84**

# Introduction

L'adoption est de nos jours une question d'actualité. D'une part, au niveau sociétal, avec des lois qui évoluent et une procédure d'adoption de plus en plus complexe. Et d'autre part, au niveau médical, avec des situations cliniques où l'histoire adoptive du patient vient interroger. On recense de plus en plus de cas de patients adoptés en milieu psychiatrique d'où, l'émergence de consultations spécialisées et d'associations d'écoute et de soutien à l'adoption.

Pourquoi s'intéresser à l'adolescent ? Tous les auteurs s'accordent à dire que l'adolescence est une période de construction identitaire et de plus grande vulnérabilité. Alors que l'adoption n'avait jamais semblé être un problème, ni même un centre d'intérêt particulier pour l'enfant, brutalement à l'adolescence, les questions de l'adoption et des origines reviennent au premier plan dans le discours de l'adolescent, des parents et des soignants. Et c'est à cette période-là que certains troubles peuvent émerger.

Le rapport sur l'adoption rendu en 2008 par JM. Colombani a fait un constat alarmant sur la situation de l'adoption en France [1]. Il pointe l'importance d'inclure l'adoption dans le domaine de la protection de l'enfance.

En effet, il semble nécessaire de prioriser les droits de l'enfant aux droits à l'enfant.

Cela plaide de l'utilité de prendre le temps d'une réflexion scientifique autour de l'adoption.

L'adoption est une nouvelle forme de parentalité dans laquelle la filiation repose sur des notions juridiques, sociales et psychologiques, et dont la dimension biologique fait défaut.

Cela questionne donc les déterminants psychosociaux à l'émergence d'un trouble mental à l'adolescence.

Ce travail va donc s'intéresser, dans une première partie, aux aspects théoriques de cette question de l'adolescence des adoptés. Nous évoquerons des généralités sur l'adoption pour la resituer dans un contexte historique et culturelle. Puis, nous nous intéresserons aux processus fondamentaux de l'adoption que sont l'attachement et la filiation. L'importance des interactions précoces dans le développement psychoaffectif de l'enfant est bien connue. Comment la théorie de l'attachement se lit elle en situation adoptive ?

Par la suite, ce travail exposera l'impact du processus de l'adolescence en situation adoptive. Une revue de la littérature nous aidera à déterminer si l'adoption peut être un facteur de risque de l'apparition d'un trouble psychiatrique émergent à l'adolescence.

Dans la deuxième partie, nous exposerons les résultats de l'étude longitudinale sur les adolescents adoptés que nous avons mené au Centre de Crise pour Adolescent de l'hôpital Charles Perrens à Bordeaux. Cette partie expérimentale nous permettra d'illustrer les différents points abordés tout au long de ce travail. L'intérêt de cette étude repose sur plusieurs données de la littérature qui indiquent que les adolescents adoptés sont surreprésentés dans milieu de consultations ou d'hospitalisation psychiatriques [2]. Nous avons fait l'hypothèse que cela était le cas dans ce service de soins hospitaliers pour adolescents et avons donc cherché à établir des liens entre l'adoption et l'émergence de troubles psychiatriques à l'adolescence. Ce travail clinique nous a permis également de réfléchir aux perspectives de prévention et d'accompagnement de ces adolescents adoptés afin d'enrichir la pratique clinique.

**Partie théorique :**

**Adoption, adolescence et troubles  
psychiatriques**

# I. Généralités sur l'adoption

## 1. Définition

La définition classique de l'adoption est la création juridique d'un lien de filiation entre deux personnes qui ne sont pas nécessairement parentes par le sang.

Étymologiquement, le mot adoption vient du mot latin « ad optare » signifiant « choisir » qui a, peu à peu, été transformé en « adoptare » signifiant « donner à quelqu'un le rang de son fils ou de sa fille ».

L'adoption a pour but d'établir un lien de famille ou de filiation entre un adopté, généralement l'enfant, et des adoptants, généralement les adultes souhaitant devenir parents. C'est une institution juridique encadrée par des lois précises qui donnent à l'adopté et aux adoptants des droits et des devoirs moraux et civiques.

En France il existe deux modes d'adoption selon la conception dualiste créée dans la législation française par la loi du 1<sup>er</sup> Juillet 1966 :

- L'adoption simple n'entraîne pas de rupture des liens familiaux entre l'adopté et sa famille d'origine. Elle ajoute au lien de filiation biologique, un lien de filiation adoptif en créant une double filiation.
- L'adoption plénière efface la filiation d'origine et confère à l'adopté le statut d'enfant légitime de ses parents adoptifs. « Le jugement, dans l'adoption plénière dote l'adopté d'un nouvel état civil, le faisant en tout point apparaître de manière définitive et irrévocable comme le fils légitime de ceux qui l'ont adopté dont il portera désormais le nom » [3].

L'adoption plénière est la plus pratiquée en France. Dans certains pays comme l'Angleterre ou Haïti, celle-ci n'existe pas et il n'y a que des adoptions simples possibles.

L'adoption a également la particularité de pouvoir être nationale ou internationale. L'adoption nationale concerne les enfants nés en France et déclarés « pupilles de l'état ». Les pupilles de l'état sont, aujourd'hui, les enfants qui n'ont aucun lien juridique avec leur famille biologique ou de substitution. La majorité des cas sont les enfants qui n'ont pas été reconnus à la naissance. Mais ils peuvent devenir pupilles de l'état suite à un abandon des géniteurs

ou à une déchéance des droits parentaux, ou encore à une situation d'orphelin par décès des parents.

L'adoption internationale représente la majorité des adoptions en France. Elle concerne des enfants nés à l'étranger, qui ayant été jugés adoptables par l'institution de leur pays, sont proposés à l'adoption internationale.

## **2. Données anthropologiques**

L'adoption a traversé le temps et les cultures et figure dans les mythes et légendes du monde entier [4].

L'adoption sous la forme de transfert d'enfant a toujours existé.

De tout temps et de manière universelle, elle a répondu à une fonction sociale.

L'adoption diffère en fonction des cultures, tout comme la parentalité, qui peut être exclusive comme dans nos sociétés occidentales mais qui peut parfois être partagée ou communautaire.

Détailler la dimension anthropologique de l'adoption est donc indispensable pour mieux la comprendre et nous aider à être vigilant au fait qu'il existe différentes formes d'adoption.

Dans notre société, le lien du sang est très prégnant, ce qui n'est pas le cas partout.

En Océanie, le processus adoptif se fait sous la forme de transfert d'enfant. Dans la culture du Pacifique, l'adoption, donc le don d'enfant, équivaut à un don de vie, un transfert, suivant la logique d'échange. Ces adoptions traditionnelles sont différentes des adoptions communes car elles découlent d'un don et non d'un abandon. C'est un mode d'alliance entre deux communautés [5].

Par exemple, l'adoption coutumière dans la société Kanak est un fait socialement et culturellement banal qui répond à des situations et des lois coutumières bien précises. Mais parfois, lorsque leurs modalités de fonctionnement ne sont pas respectées, elles peuvent être pourvoyeuses de troubles psychopathologiques. L'adoption peut être faite pour des raisons ne correspondant pas à la coutume comme pour les filles mères, ou ne pas respecter la volonté de chaque clan. Là aussi, une adoption tardive avec une rupture brutale des liens et des repères familiaux peut avoir des conséquences néfastes sur la suite de l'histoire adoptive [6].

Sur le même modèle, en Afrique subsaharienne, l'enfant est un bien appartenant au clan qui doit pouvoir circuler pour assurer une solidarité familiale.

Chez les Inuits, un enfant de trop, jugé représenter un danger pour la survie de la famille, peut être abandonné dès la naissance en étant placé hors de l'igloo. Si une personne, attirée par ses pleurs, souhaite le récupérer, alors il devient le parent de l'enfant sans autre cérémonie.

En Asie, l'adoption concerne la plupart du temps des petites filles. Les valeurs sociétales favorisant les garçons, les filles sont jugées comme inutiles et donc plus souvent abandonnées pour ne pas devenir une charge pour la famille.

En Amérique du Sud, il n'y a pas de raison culturelle à l'adoption mais c'est devenu une solution face à l'évolution sociétale avec la paupérisation de certains pays et l'émergence de la violence. L'adoption devient une source de revenu indéniable, entre le problème de trafic d'enfant avec la rumeur du trafic d'organe et les adoptions clandestines. C'est également une solution de placement des enfants retirés à leurs parents, situations de plus en plus fréquentes dans certains pays devant l'augmentation des violences sexuelles et des problèmes de toxicomanie.

En Europe de l'Est, les enfants sans familles ont longtemps été considérés comme malades et devaient donc être soignés en institution dans des conditions parfois très austères. L'adoption n'est apparue que tardivement lorsque ces situations d'institutionnalisation sont devenues inacceptables.

A ce jour l'adoption est autorisée dans 170 pays sur les 200 reconnus par l'Organisation des Nations Unis. Dans les 30 états où elle est interdite, la plupart sont de droits islamiques.

La religion interdit la modification de la filiation des enfants, par l'interprétation des versets 4 et 5 de la sourate 33 du Coran : « Dieu n'a pas mis deux cœurs à l'homme ; il n'a pas accordé à vos épouses le droit de vos mères, ni à vos fils adoptifs ceux de vos enfants ».

La stérilité n'a pas de place dans le monde musulman. Il existe certaines alternatives comme la kafala qui est une sorte de tutelle légale sur mineurs et certains contournements sont à ce jour possibles. Quelques pays musulmans comme l'Indonésie, la Tunisie et Turquie autorisent l'adoption dans certains cas.

Il est important de souligner que quelque soit la culture et le lieu, l'adoption doit être encadrée et répondre à des modalités précises pour éviter un avenir négatif.

### 3. Données historiques

En Occident, l'adoption est apparue à l'Antiquité et était pratiquée couramment chez les Romains. Sa réprobation l'a fait disparaître à la fin de l'Antiquité. Il faut attendre le XIX<sup>ème</sup> siècle, après la Révolution pour la voir réhabilitée.

L'adoption a toujours eu une fonction sociale. Dans l'histoire, les premières adoptions faisaient suite à une motivation patrimoniale: le désir de sauver la lignée et le patrimoine.

En adoptant la famille pouvait s'assurer de faire perdurer la lignée et la transmission de son patrimoine. L'adoption est donc un droit donné à la famille de se donner une descendance.

Les nombreuses guerres du dernier siècle ont fait émerger la motivation d'assistance à l'enfant, le désir de sauver un enfant. L'adoption permet alors de donner des parents à des orphelins. Cette motivation est retrouvée à ce jour dans des adoptions internationales à but humanitaire. L'adoption est donc un droit donné à l'enfant de pouvoir s'inscrire dans une famille.

De nos jours, et dans notre société occidentale, la principale motivation à l'adoption est la motivation à être parent. C'est le désir d'enfant comme fonction de progéniture sociale pouvant aussi entrer dans un désir de sauver le couple. L'adoption est donc un droit donné aux parents de pouvoir assouvir leur désir de parentalité.

En France, la pratique commune de l'adoption nationale est relativement récente et date du XX<sup>ème</sup> siècle, conséquence des nombreux orphelins des suites de la première guerre mondiale. L'adoption internationale a pris son essor dans la deuxième partie de XX<sup>ème</sup> siècle dans le but de répondre au problème d'infertilité et de désir d'enfant. Elle a été en constante croissance jusqu'aux années 2000.

Avant, l'adoption était un moyen de donner une famille aux orphelins. Aujourd'hui les enfants adoptés sont le plus souvent des enfants abandonnés que des orphelins. Elle est, aujourd'hui, la conséquence d'un choix. Cela va de paire avec l'arrivée naturelle d'un enfant, c'était autrefois quelque chose de subi qui est aujourd'hui choisi.

De nos jours, l'enfant émane d'un désir. Le désir d'enfant prend une place primordiale dans notre société. Aujourd'hui l'adoption vient combler ce désir d'enfant de couple stérile ou ne pouvant procréer tout en continuant de répondre au « bien de l'enfant ».

Les principales motivations au désir d'enfant de nos jours sont « d'aimer, d'être aimé et de s'épanouir » [7].

## 4. Données quantitatives

La France est, depuis les années 1960, un des principaux pays d'accueil en ce qui concerne l'adoption internationale. Il y a eu une explosion des adoptions à l'internationale dans les années 1980. Elles ont atteint 83% des adoptions plénières au début des années 2000. Sur les dix dernières années, les adoptions internationales représentent environ les trois quarts des adoptions totales en France.

Les adoptions nationales sont moins nombreuses devant le peu de pupilles de l'état adoptables, la société et la législation française privilégiant le maintien des liens biologiques. Par exemple en 2003, seuls 35% des pupilles de l'état ont bénéficié d'un projet d'adoption [8]. Seulement une centaine des enfants donnés à l'adoption sont issus d'un accouchement sous X en France [9].

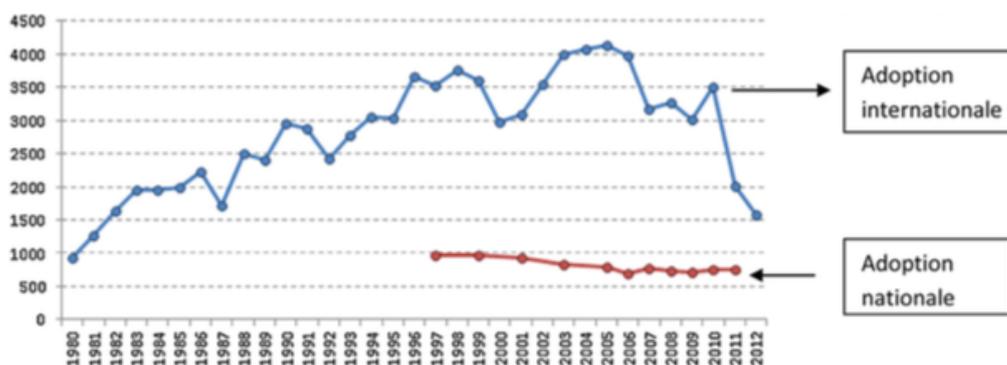
C'est une tendance particulière à la France car au niveau mondial, dans tous les pays confondus, 85% des adoptions de mineurs sont nationales [10].

En 2013, le nombre d'adoptions internationales était de 1343 enfants pour 800 pupilles de l'état adoptés [11]. Les pupilles de l'état sans projet d'adoption représentaient 1390 enfants. La cause principale étant des caractéristiques spéciales de l'enfant (pathologie, intégration dans la famille d'accueil, trouble grave du comportement).

Les adoptions internationales connaissent un important déclin depuis les années 2000 avec une chute de près de deux tiers depuis 2004. A ce jour, le nombre d'adoptions à l'internationales rejoint celui des années 1980.

Entre 2010 et 2013, l'adoption internationale est passée de 3508 enfants à 1343 enfants adoptés, soit une baisse de 62 % en trois ans. L'adoption nationale a, quant à elle, concerné 697 enfants pupilles de l'État en 2012

Tableau 1: Evolution de l'adoption internationale et nationale en France : [12]



Sources : enquêtes sur la situation des pupilles de l'État, DGAS, Oned, ministère des affaires étrangères, Mission de l'adoption internationale (MAI) puis Service de l'adoption internationale (SAI)

Ce déclin de l'adoption internationale s'explique par une diminution du nombre d'enfants adoptables à l'internationale et non pas par la modification de la demande qui, elle, ne cesse de croître. Cette pénurie s'explique par des facteurs structurels, démographiques et économiques. La première raison est le développement des pays d'origine des adoptés avec une diminution de la mortalité et l'augmentation du niveau de vie. Les pays d'origine prennent de mieux en mieux en charge leurs orphelins de manière intra-nationale. Le contrôle du nombre de naissance par une plus large diffusion de la contraception et le droit à l'avortement dans le monde influe également sur la diminution du nombre d'enfants donnés à l'adoption. Il faut également noter une évolution de l'encadrement de ces adoptions, évitant des dérives et limitant donc le nombre d'adoptions, avec par exemple une meilleure évaluation de l'adoptabilité des enfants.

Il en découle une modification du profil des enfants adoptables à l'internationale qui sont désormais en grande majorité à ce jour des « enfants à besoins spécifiques ».

Ils sont définis comme relativement âgés, de plus de 5 ans, en fratrie ou souffrant d'une pathologie physique ou mentale. Les adoptions de bébés sont de moins en moins fréquentes, pour les bébés de moins de 1 an, elles représentent seulement 8% des adoptions totales en 2013 alors qu'ils représentaient 22% en 2009.

Ces enfants concernent 63% des adoptions internationales avec 32% pour des enfants de plus de 5 ans ; 24 % pour l'accueil de fratries ; 26 % pour l'accueil d'enfants présentant des pathologies avérées. Certains de ces enfants peuvent présenter plusieurs de ces critères.

L'enfant adoptable correspond de moins en moins au bébé attendu, il s'avère donc nécessaire de le dé-idéaliser.

Le profil des adoptants a également évolué au cours des 10 dernières années avec des désirs de parentalité de plus en plus tardifs.

L'âge médian des adoptants était de 36 ans en 2003, il est de 42 ans en 2013. Les moins de 40 ans représentent seulement 25% des demandes. 34% des demandes émanent de couples âgés de 40 à 45 ans, 23 % de 45–50 ans et 18 % des plus de 50 ans. Devenir parent à l'âge de la grand-parentalité devient pensable pour 14 % des plus de 50 ans et pas uniquement pour des demandes d'enfants grands [7].

Cela interroge sur le désir d'enfant à tout prix. Le désir d'un enfant à tout prix peut glisser vers l'abus du « droit à l'enfant ». L'enfant ne doit pas devenir un bien social.

Le Rapport Colombani de 2008 montre cette évolution de l'adoption. Il note une chute du nombre d'enfants proposés par les pays d'origine et une modification de leur profil : ce sont des enfants grands au passé traumatique ou souffrant de pathologies. Les politiques de

protection de l'enfance sont également différentes. Il rappelle l'importance du principe de subsidiarité, allongeant le temps écoulé entre l'abandon et d'adoption [1].

## **5. Données législatives**

L'adoption est encadrée par des lois précises que ce soit sur le plan national ou international. Les textes faisant référence à l'adoption entrent dans le cadre du droit de la famille.

### **a. La procédure d'adoption**

La procédure d'adoption va nécessiter du temps et de nombreuses étapes.

En premier lieu, l'enfant doit être jugé adoptable, que ce soit par le préfet du département pour les pupilles de l'état ou par l'institution compétente du pays d'origine pour les enfants adoptés à l'international.

Du côté des parents, la première étape consiste en la demande d'agrément défini par le décret n° 2006-981 du 1er août 2006 relatif à l'agrément des personnes souhaitant adopter un pupille de l'État ou un enfant étranger. L'agrément est obligatoire pour toute demande d'adoption. Il peut être demandé par des célibataires, des couples mariés ou pacsés ou non mariés. Les postulants à l'adoption doivent être âgés de plus de 28 ans ou être mariés depuis plus de deux ans.

L'agrément est délivré par le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) placé sous l'autorité du président du conseil général du département. Des évaluations sociale et psychologique seront demandées pour cet agrément. Elles vont permettre d'évaluer la demande et d'accompagner le projet d'adoption tout en analysant sa faisabilité au travers de réflexions ainsi que de l'histoire personnelle et familiale des postulants.

L'agrément est délivré après la commission d'agrément composé de membres de l'ASE et de conseil de famille, la décision est prise par le président du conseil général.

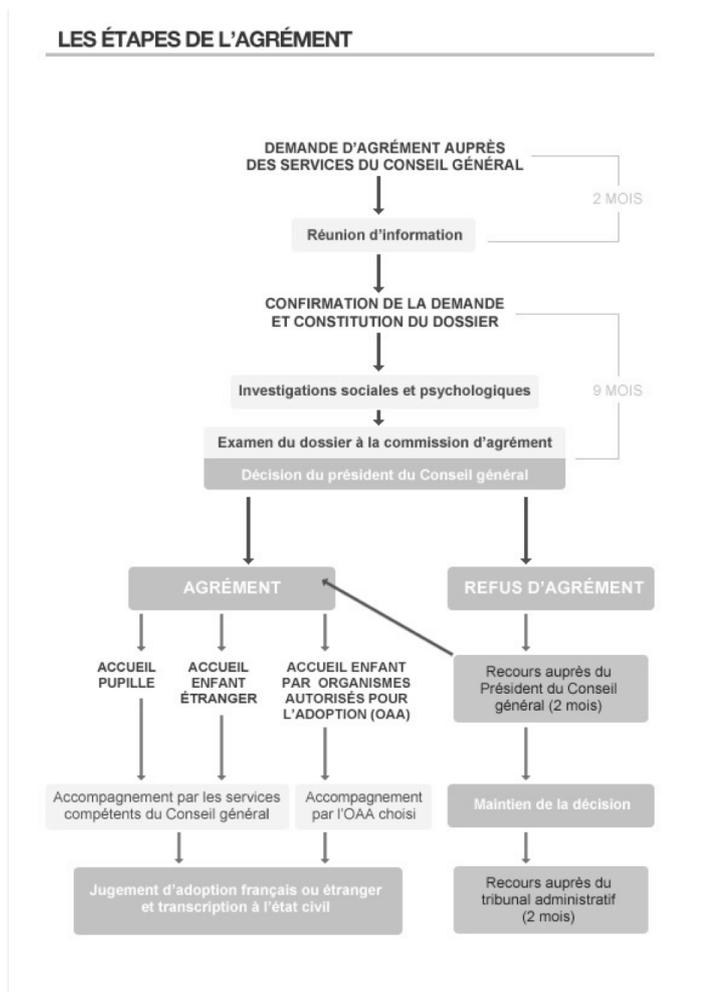
Une fois obtenu, il est valable 5 ans et peut servir pour plusieurs adoptions. En cas de refus, un recours est possible. 10,6 % des demandes reçoivent un refus. Tout refus doit être motivé. Un refus d'agrément est valide 30 mois, au bout de 30 mois une nouvelle demande peut être faite.

Avec l'agrément, les postulants sont inscrits automatiquement sur la liste départementale. Vient alors la période de l'apparement. Le temps administratif nécessaire aux formalités d'apparement est souvent long.

Pour un enfant français, c'est le conseil général et le conseil de famille qui font une proposition d'apparement. Pour une adoption internationale, on distingue deux démarches, soit une démarche individuelle et donc indépendante soit en passant par un organisme agréé. Il est possible de passer par des Organismes Agréés pour l'Adoption (OAA) de droits privés qui étaient les seules possibles avant la création de l'Agence Française de l'Adoption (AFA) en 2005 qui est le seule OAA publique. L'AFA a pour mission d'informer et de servir d'intermédiaire dans l'adoption internationale. Elle est habilitée pour tous les pays signataire de la convention de La Haye.

La dernière étape est l'inscription de l'enfant à l'état civil par jugement qui peut se faire uniquement après plus de 6 mois de résidence de l'enfant dans sa famille adoptive.

Document 1 : Le schéma de l'adoption



## **b. Les lois internationales**

Nous avons vu précédemment que l'adoption conserve une certaine diversité en fonction des pays, et qu'elle peut exister sous différentes formes, d'où l'importance de conventions internationales pour gérer les adoptions internationales.

Elle est donc gérée par des textes internationaux dont le but est d'organiser l'adoption, de protéger les droits de l'enfant et de faciliter la coopération entre deux pays.

Les deux principaux sont la CIDE et la convention de la Haye.

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), adoptée par l'Organisation des Nations Unies le 20 novembre 1989 a été signée par la France le 26 janvier 1990. Elle caractérise l'enfant comme un être humain vulnérable ayant des droits, une dignité et nécessitant d'être protégé. Elle crée une hiérarchie dans le système de la protection de l'enfance en plaçant l'adoption internationale comme possible lorsqu'aucune autre solution n'est envisageable dans le pays d'origine de l'enfant. Ce texte est en vigueur dans la quasi totalité du monde (190 états) excepté aux Etats Unis, en Somalie et au Soudan du sud.

La Convention de la Haye du 29 mai 1993 renforce la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption. Elle définit un cadre de coopération entre pays d'origine et pays d'accueil des enfants adoptés, pour assurer le respect des standards de la protection de l'enfance définis dans la Convention relative aux droits de l'enfant. Elle regroupe 89 états signataires.

Ces 4 grands principes sont :

- Le principe de subsidiarité : l'adoption internationale ne peut être envisagée uniquement à défaut de solutions nationales dans le pays d'origine.
- Garantir l'intérêt supérieur de l'enfant et le respect de ses droits fondamentaux.
- Prohibe tout profit et prévient l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants.
- Le passage obligé par des organismes agréés.

Le principe de subsidiarité, fondamental pour le respect de la culture de ces enfants, pose la question de ses propres limites, compte tenu de son rôle dans l'allongement de la durée entre abandon et adoption, comme on peut le constater sur les enfants adoptés tardivement [13].

## **c. Les limites**

Ces lois sont nécessaires pour éviter les dérives qui sont courantes dans le domaine de l'adoption.

Une des dérives découverte récemment est la pratique du *Private re-homing* ou *Child exchange*, exposée dans les médias aux Etats Unis suite à l'enquête de Reuters reprise par la presse internationale. « Plus de 200 enfants adoptés échangés par petites annonces. Selon les statistiques de Reuters, qui a étudié plus de 5000 annonces sur les groupes Yahoo et Facebook, 261 enfants auraient été donnés ou échangés contre de l'argent via ce procédé au cours des cinq dernières années. En moyenne, une annonce de *private rehoming* était postée chaque semaine sur ce marché noir. La plupart des enfants étaient âgés de 6 à 14 ans, le plus jeune d'entre eux avait à peine 10 mois et sont principalement originaires d'Éthiopie, de Russie ou encore de Chine ». Cette pratique permet de confier à une famille trouvée sur internet, un enfant adopté qui ne correspond plus au désir de ses parents, en dehors de tout cadre légal et de contrôle. La famille fournissant juste une délégation de l'autorité parentale à la nouvelle famille.

Cet exemple montre à quel point malgré un cadre législatif strict, des dérives persistent. Ces dérives sont d'autant plus importantes qu'il existe un fort décalage entre le nombre de postulants à l'adoption et le nombre d'enfants adoptables.

Par exemple, en France en 2013, pour 22700 agréments en cours de validité et 6000 nouveaux agréments par an, le nombre d'adoption dépasse à peine 2000 enfants par an. Lorsque le désir devient trop fort, il peut parfois dépasser les lois de la raison.

L'évolution de l'adoption entraîne de fortes difficultés dans l'appareil. Parfois, les limites même des postulants ne sont plus respectées. Sur les dernières années, 25 % des désirs exprimés lors des agréments n'avaient pas été respectés lors de l'appareil. Ce qui amène aujourd'hui aux résultats selon lesquels 35,5 % des problèmes en lien avec l'adoption émergent dorénavant dès l'arrivée de l'enfant [7].

La législation française ne prend en compte le désir de l'enfant qu'à partir de 13 ans. Qu'en est-il réellement du désir de l'enfant ?

La diminution du nombre d'enfants donnés à l'adoption et l'augmentation des demandes du côté des parents nous poussent à fermer les yeux sur le réel désir de l'enfant et la faisabilité de l'adoption de certains enfants. Tout enfant n'étant pas adoptable.

D'un point de vue légal, le consentement à l'adoption est requis en France pour les enfants de plus de 13 ans. D'autres pays retiennent un critère plus pragmatique. Ils exigent que les tribunaux décident de l'adoption dans le seul intérêt de l'enfant en prenant en considération « ses désirs et ses sentiments » compte tenu de « son âge et de sa compréhension ». En France, au-delà de 13 ans, l'enfant doit consentir personnellement à son adoption. A partir de 12 ans, il doit être entendu par le tribunal. L'enfant de moins de 12 ans peut être entendu que si le tribunal le souhaite et si son audition ne risque pas de lui nuire.

Il faut garder en tête que le droit de l'enfant doit primer sur le droit à l'enfant.

## 6. Conclusion

Cette première partie, exposant certaines généralités, nous illustre toute la complexité de l'adoption. Il est important de souligner que l'adoption a connu un important pic courant des années 2000 ce qui correspond à la population adolescente de nos jours d'où l'intérêt de notre travail sur la population adolescente.

L'évolution de l'adoption met en avant un fort contraste entre le profil des enfants destinés à l'adoption et le projet des postulants. Cette inadéquation entre le nombre d'agrément délivrés et le nombre d'enfants « disponibles » entraîne une certaine frustration. Le désir d'enfant comme objet narcissique est devenu très présent dans notre société actuelle ce qui explique que le renoncement est parfois impossible. Ceci entraîne de nombreuses dérives régulièrement mises à jour d'où l'intérêt d'un cadre législatif strict et d'un accompagnement spécifique que ce soit dans l'adoption tout comme dans parfois le renoncement à l'adoption.

## II. Aspects psychologiques de l'adoption

### 1. La filiation dans l'adoption

*« La filiation permet l'affiliation, et l'affiliation permet l'inscription dans la filiation » S. Lebovici*

Le premier but de l'adoption est d'instaurer une filiation entre deux personnes qui ne sont pas forcément issu du même sang. La filiation désigne un lien de parenté qui unit des générations entre elles. Elle inscrit un individu dans un réseau généalogique.

P. Lévy Soussan en décrit 3 composantes [14] :

- La filiation biologique : c'est celle de la procréation avec la transmission du patrimoine génétique. Elle favorise les représentations narcissiques par l'importance des « liens du sang ».

Cette filiation est très idéalisée et survalorisée par la société actuelle qui prône le primat du biologique. Pourtant, elle ne suffit pas à elle seule à créer une parentalité. La naissance de l'enfant ne fait pas forcément naître le parent.

- La filiation psychique : c'est celle de l'affectif et de l'imaginaire, elle se construit avec le temps via l'élaboration subjective de la parentalité. C'est le fantasme de sa venue qui va relier l'enfant à ses parents. Cette filiation se constitue par le désir et le besoin réciproque des parents et de l'enfant, qui alimentent le narcissisme de chacun.

- La filiation juridique : c'est celle du cadre législatif, elle définit les règles de filiation. La loi permet de définir la place de chacun dans le scénario familial. La loi est l'ossature, le support du lien de filiation. C'est elle qui donne à l'individu un statut sociétal, elle permet à un être humain de devenir sujet. Dans l'histoire, la loi a depuis toujours comme but « Vitam Instituere », instituer le vivant. La loi apporte à la filiation une valeur de contenance, elle inscrit l'enfant comme étant « issu du couple » de manière juridique en établissant un acte de naissance.

La littérature estime que seulement deux de ces composantes, le psychique et le juridique, sont nécessaires et suffisants à l'établissement des liens de parenté et de filiation.

Dans la situation adoptive, l'affectif et le législatif vont devoir pallier à la filiation biologique qui fait défaut. La filiation psychique va passer par une construction de la scène primitive qui substituera la rencontre à la naissance, en tant que « arrivée de l'enfant ». Cette rencontre entre un enfant et ses parents adoptifs est un moment clé qui va conditionner la suite de l'histoire adoptive.

L'enfant doit s'inscrire dans le mythe familial et les parents doivent lui offrir cette place. « Adopter c'est prendre un enfant pour le sien et prendre des parents pour les siens » [15]. Une adoption ne peut marcher que si l'enfant adopte ses parents adoptifs en retour [16].

L'expérience de la parentalité dans le cadre de l'adoption est plus tardive que dans la parentalité biologique, l'âge des parents adoptifs est d'en moyenne 38 ans. Les parents adoptifs sont, dans ce type de filiation, sur un plan d'équité. Il n'y a pas d'inégalité due à la gestation, ils démarrent leur parentalité au même moment, c'est une des spécificités de la filiation adoptive. Lors de problématique d'infertilité, le désir d'enfant biologique glisse peu à peu vers un désir d'enfant adopté. Le long parcours de l'adoption et l'attente créent un écart entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel. Le but du travail de filiation est de faire glisser cet imaginaire vers du réel pour que se crée un attachement entre l'enfant et les parents.

La qualité du *holding* en post adoption fera que l'enfant pourra se sentir enfant de ses parents et que les parents se sentiront parents. D. Winnicott écrit : « Dans le cas d'un environnement ayant perturbé sévèrement les premiers stades du développement affectif de l'enfant, il sera demandé aux parents adoptifs de soigner l'enfant plutôt que de prendre soin de lui » [17].

R. Neuburger parle de « greffe mythique » qui, si elle « prend », amènera l'enfant à réellement ressembler à ses parents adoptifs, quels que soient sa couleur de peau, ses gènes ou son origine géographique [18]. Plusieurs auteurs reprennent ce concept de « la greffe de l'adoption » qui illustre bien le mécanisme de la filiation adoptive [19].

L'inscription dans cette nouvelle filiation peut ne pas répondre aux attentes ou aux aptitudes des parents, elle ne pourra alors pas s'instaurer sans souffrance pour l'enfant et les parents. Une filiation ne peut être ni subie, ni imposée.

La filiation adoptive est une filiation vulnérable qui ne va pas toujours de soi et peut mettre en difficultés l'évolution de la parentalité.

Il ne faut pas oublier que toute adoption est précédée d'un abandon. A. Vinay définit bien ce phénomène : « La séparation et la rupture sont deux termes articulés dans l'expérience d'abandon. Alors que la séparation reste normale et nécessaire au développement de tout individu, la notion de rupture possède, elle, une signification de l'ordre du définitif » [20]. Cela illustre bien l'empreinte psychique de l'abandon.

Le processus d'adoption réciproque vient compenser la blessure primitive liée à l'abandon. L'inscription filiative d'un enfant dépend donc du désir des parents par rapport à sa venue, et

de leur capacité à intégrer le passé de l'enfant dans leur histoire familiale. Les parents doivent se réapproprier l'histoire de cet enfant.

M. Arnaud décrit la maternité adoptive comme « une construction psychique liée aux représentations imaginaires, aux imagos inconscientes et à l'héritage trans-générationnel. C'est la construction d'un lien sans engendrement de deux histoires jalonnées de traumatismes » [21].

Pour M. Delage : « L'adoption conduit à distinguer clairement ce qui relève de la parenté, et ce qui relève de la parentalité. La parenté concerne le niveau symbolique du lien et fait référence à un ordre généalogique. La parentalité relève de l'être parent et de la pratique de tâches nourricières et éducatives concrètes auprès de l'enfant » [22].

Parfois ce sont les parents qui ne peuvent pas inscrire leur enfant dans leur filiation, ceci est souvent dû à des blessures de filiations antérieures qui sont souvent à l'origine même de l'adoption [23].

L'adoption peut rentrer dans le cadre d'une problématique de réparation narcissique, « sauver l'enfant ou se sauver par l'enfant ». Dans ce cas, la filiation ne va pas s'établir équitablement et nous serons au centre de la problématique de la dette et du don [24].

La complexité de cette filiation adoptive montre bien que tous les candidats ne peuvent pas adopter. Certains ne peuvent faire ce travail psychique nécessaire à l'instauration de la filiation. L'adoption peut également réactiver des traumatismes antérieurs [19]. L'adoption nécessite une disponibilité psychique chez les parents et chez l'enfant car ils vont ensemble devoir élaborer et construire cette filiation.

De même, tous les enfants ne sont pas adoptables. Certains peuvent l'être juridiquement mais ne le sont pas psychiquement car ils n'ont pas fait le deuil de leur filiation biologique ou se sont créé une filiation imaginaire et dans ce cas, ils ne pourront pas s'investir dans une nouvelle filiation.

Certains auteurs définissent des dimensions permettant de pouvoir réfléchir à des critères d'adoptabilité. La dimension psychologique doit être évaluée en connaissant les capacités intellectuelles, les ressources imaginatives et les modalités d'attachement de l'enfant. Le but en est de connaître les particularités de l'enfant et d'évaluer ses capacités d'adaptation. Les autres dimensions à prendre en compte sont les dimensions interculturelles, médicales, sociales et légales [25].

## 2. L'attachement dans l'adoption

*« L'adoption est histoire de passages, d'une mère à une autre, d'une grossesse à un abandon, d'un abandon à une adoption, d'une vie à une autre, d'une culture à une autre »*

*S. Marinoupolos [26]*

L'attachement est décrit de manière classique comme « un sentiment d'affection, de sympathie ou de vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un » (définition du dictionnaire Larousse).

Il est aujourd'hui impossible de parler d'adoption sans parler d'attachement. La situation adoptive entraîne de manière incontournable un remaniement des liens pour l'enfant avec, le plus souvent, une rupture suivie d'une création de nouveaux liens. L'adoption active le système d'attachement de l'enfant mais également celui des parents.

Elle a pour but de donner une famille à un enfant qui n'en n'a plus et de lui permettre d'expérimenter des nouveaux modes relationnels en lui offrant une base de sécurité qui pouvait lui manquer.

Depuis les années 50, avec les expériences de J. Bowlby, nous avons découvert l'importance des relations dans la petite enfance et les impacts des carences affectives et des ruptures précoces sur le développement et la santé mentale des enfants. J. Bowlby rend en 1951 un rapport à l'OMS intitulé "Maternal Care and Mental Health", qui porte sur la situation des nombreux enfants institutionnalisés suite à la guerre. Il illustre les effets de la carence en soins maternels et montre qu'elle entraîne notamment, sur le plan des émotions, des relations affectives superficielles, une inaccessibilité à l'autre, ainsi qu'une absence de réaction émotionnelle. Son élève, J. Robertson, décrit les phases évolutives de la séparation durable chez le jeune enfant : protestation - désespoir - détachement.

Ces expériences ont donné naissance à ce qui s'appelle aujourd'hui la théorie de l'attachement.

N. Guedeney décrit que « La théorie de l'attachement expose comment la réponse adéquate aux besoins de l'enfant lui assure plus d'autonomie et lui donne un socle de flexibilité et de confiance en soi et en l'autre qui contribue à son développement optimal »[27].

Le lien d'attachement est le sentiment de sécurité procuré par la proximité de la figure d'attachement principale qu'éprouve le bébé ou l'enfant. L'attachement se réfère au lien émotionnel spécifique que le bébé développe avec la personne qui prend soin de lui pendant

la première année de sa vie. Il conditionne le besoin de sécurité dans les relations interpersonnelles et dans l'exploration de son environnement. Il est constitué ou en voie de l'être vers 12 mois. Le système d'attachement va se constituer comme un ensemble de « modèles internes opérants ».

La théorie de l'attachement développe le concept d'attachement « sécuritaire », où l'enfant a une base de sécurité suffisamment fiable pour explorer son environnement et ses relations, ou « insécure », où l'enfant n'a pas de sécurité interne suffisante pour se développer de manière optimale.

Il existe plusieurs patterns d'attachements insécures découlant des expériences de la « situation étrange » définie par M. Ainsworth :

- Attachement anxieux ambivalent (dit aussi résistant) : inefficacité à obtenir la sécurité de la part de la figure d'attachement, malgré des efforts répétés pour la solliciter. Méfiance de l'étranger, exploration pauvre, expression d'anxiété et de colère dans une recherche de réconfort.
- Attachement évitant : inhibition de ses besoins affectifs dans le but de limiter ou d'éviter le rejet ; dissimule ses besoins et ampute sa vie émotionnelle au risque de perdre la capacité de réguler ses affects.
- Attachement désorganisé : les parents n'ont pas pu être identifiés comme source de sécurité suffisante et sont plutôt à l'origine de souffrance. L'enfant va agir de manière incohérente et désorganisée et souffrir d'une instabilité émotionnelle et comportementale.

Les patterns d'attachement insécures dans l'enfance sont des adaptations provisoires qui maximisent, dans la mesure du possible, le maintien de la proximité avec la figure d'attachement dans un contexte d'indisponibilité ou de disponibilité intermittente de cet adulte [28]. Mais cette insécurité avec un manque d'assurance sur la fiabilité des objets affectifs entraîne une crainte de l'abandon.

La qualité de cette relation d'attachement va influencer le développement psychologique de l'enfant. Le lien d'attachement est un mécanisme intuitif et possède un caractère universel. La relation d'attachement influence tous les êtres humains quelque soit leurs normes culturelles et leurs pratiques éducatives.

N. Guedeney différencie plusieurs types de troubles de l'attachement [29] :

- Les troubles de non attachement : aucune figure d'attachement n'est constituée. Assez rare en pratique, il faut des conditions extrêmes de déprivation pour qu'un bébé ne s'attache pas. Mais ces troubles peuvent être retrouvés chez des enfants qui ont grandi en institution.

- Les troubles de la base de sécurité : il existe une figure d'attachement principale mais la relation à cette figure est altérée.
- Les troubles liés à la rupture du lien d'attachement : conséquence d'une séparation ou d'un deuil. La rupture brutale avec une figure d'attachement a des conséquences indéniables, quelque soit la qualité de l'attachement.

Dans le cadre de l'adoption, ces trois types de troubles peuvent s'entrecroiser.

Les troubles de l'attachement rendent l'enfant adopté vulnérable, il aura alors besoin de temps pour s'adapter et s'engager dans de nouvelles relations.

Plusieurs facteurs peuvent influencer cette relation d'attachement dans les situations d'adoption. La relation est caractérisée par la rencontre des parents et de l'enfant.

Nous allons maintenant développer ces différents facteurs du côté des parents, de l'enfant et de la rencontre.

#### **a. Les parents**

Les parents doivent agir comme des « tuteurs de résilience » pour leur enfant adopté. L'adoption nécessite un travail psychique en amont tel que la « grossesse psychique » qui correspond à l'ensemble de remaniements préparatoires à l'accueil d'un enfant dans de bonnes conditions psycho affectives. Dans l'adoption les parents accueillent un enfant qui n'est plus un nouveau-né, ils vont devoir faire preuve d'autant plus d'adaptation.

Pour M. Delage : « Tout l'enjeu de la parentalité adoptive consiste à passer d'une insécurité relationnelle de départ à une relative sécurité » [22]. L'attachement de l'enfant est forcément réactivé et chamboulé lors de l'adoption, si celui des parents est également fragilisé alors cela peut conduire à des malentendus relationnels.

Les représentations de l'attachement des parents vont influencer l'attachement de l'enfant via la transmission transgénérationnelle des schémas d'attachement et de l'histoire familiale qui subsiste même en situation adoptive. Il existe une dépendance à ces représentations d'attachement intériorisées des parents et à leur histoire familiale qu'ils vont forcément transmettre à leur enfant par le processus d'adoption réciproque. La question de la transmission transgénérationnelle de l'insécurité de l'attachement est au cœur de la théorie de l'attachement.

La sécurité de l'attachement des parents influence donc la construction des modèles d'attachement sécurisés chez les adoptés ce qui semble établir que le mécanisme de transmission intergénérationnelle de l'attachement n'est pas génétique [30].

L'attitude parentale va également avoir un impact sur l'évolution de l'attachement des enfants adoptés. Les parents adoptifs doivent reconnaître les pertes antérieures de l'enfant et utiliser des stratégies favorisant l'adaptation de l'adopté dans sa nouvelle famille ce qui finalement, favorisera l'attachement sécurisant.

Les stratégies parentales souples et adaptatives contribuent à une relation parent-enfant sécurisée, alors qu'un rôle parental inflexible avec des attentes irréalistes sur les résultats des enfants contribuera à une sécurité de l'attachement plus faible [31].

Les parents doivent être dotés de capacité d'empathie et de tolérance pour se lancer dans l'aventure de l'adoption.

N. Guedeney nous rappelle que des différences dans le *caregiving*, c'est à dire cette motivation à protéger et à réconforter ceux que l'on élève, donnent lieu à des différences dans la qualité de l'attachement. Les conditions de l'adoption peuvent aussi altérer l'expression du *caregiving* des adoptants [29].

Les représentations d'attachement des parents, leur capacité de *caregiving* et leur attitude vont influencer le lien d'attachement. Les parents ne sont pas les seuls acteurs et nous allons voir par la suite l'impact des conditions d'adoption et des facteurs liés à l'enfant.

## **b. La rencontre**

Ce moment de la rencontre est souvent appelé la « naissance adoptive ». C'est l'instant de la re-co-naissance mutuelle entre les parents et l'enfant. La qualité de cette rencontre va prédire l'ajustage entre les parents et l'enfant.

Les modalités concrètes de cette rencontre sont cruciales pour le devenir du couple parent-enfant. Ce moment reste souvent gravé dans la mémoire des adoptants. C'est le début de l'histoire relationnelle entre parents et enfant, c'est une sorte de deuxième naissance pour l'enfant. C'est lors de cette rencontre que toutes les projections imaginaires des parents et de l'enfant s'ancrent dans le réel, c'est un moment déterminant pour la qualité de l'attachement futur.

Par exemple, les voyages multiples des adoptants, multipliant les séparations et accentuant l'angoisse de l'enfant, peuvent être un facteur de risque pour la construction d'un attachement sécurisé [30].

La séparation avec le milieu d'accueil de l'enfant doit être préparée pour ne pas être vécue comme une nouvelle rupture. Cela favorisera l'attachement à la famille adoptive et la socialisation de l'enfant [20].

Après la rencontre, il est couramment observé 3 phases :

- La régression: c'est à la fois une protection face à cette période de transition et à la fois une manière de revivre un temps de sa petite enfance pour rejouer les cartes de son attachement. L'enfant va être en demande de maternage et cherchera à être l'objet d'attention du couple parental. Cette phase va permettre de mettre en place un accordage parent-enfant.
- La lune de miel: si l'accordage est de bonne qualité l'enfant va pouvoir s'individuer et développer un sentiment d'appartenance à sa nouvelle famille.
- La réparation: ce processus va entraîner une réactivation de souffrance et de traumatisme avec une peur du rejet et de l'abandon. La question des origines réapparaît avec l'ambiguïté du questionnement identitaire. Les parents devront résister à l'insatisfaction de l'enfant pour permettre un remaniement de son histoire et que celui-ci trouve sa place dans sa double filiation.

### **c. L'influence de l'âge de l'adoption**

Il est couramment avancé que l'enfant avant 3 ans n'a pas de souvenirs conscients. La période entre la naissance et 3 ans est une période d'amnésie infantile mais durant laquelle le passé laisse des traces mnésiques.

Les premières études faites au cours de la seconde guerre mondiale de D. Burlingham, A. Freud (lors des bombardements de Londres) et R. Spitz (aux Etats Unis) ont mis en évidence une période de vulnérabilité maximale, entre 6 mois et 3 ans, au cours de laquelle une rupture aurait des conséquences dramatiques. C'est à partir de 6 mois que l'enfant peut reconnaître sa figure de sécurité principal et en conserver une image mentale [32]. Aujourd'hui, il est avéré qu'un nourrisson pourrait reconnaître sa mère dès l'âge de 1 mois par des stimuli sensoriels.

En fonction de l'âge de la rupture le trouble de l'attachement sera différent.

Entre 6 et 12 mois, c'est la période de la formation des relations différenciées, avec vers 7-10 mois la période de la peur de l'étranger, moment charnière dans le développement du système d'attachement. L'enfant se raccroche alors à 2 ou 3 figures d'attachement et

s'adapte mal à un changement de son environnement. Si une rupture se fait durant cette période, la qualité de l'attachement peut être altérée car l'attachement n'est pas encore complètement constitué, l'enfant pourrait donc développer un trouble de la « base de sécurité ».

Après 24 mois, il y a une stabilisation de l'attachement, une séparation avec la figure d'attachement entraînerait donc un trouble lié à la rupture du lien d'attachement.

Lors de l'adoption, il existe pour l'enfant une rupture plus ou moins brutale avec son environnement et sa ou ses figures d'attachement principales. Il semblerait logique que l'âge de l'adoption, donc l'âge de cette rupture, influence le lien d'attachement futur. A ce jour aucun lien de causalité direct n'a pu être démontré.

Certaines études montrent un pourcentage plus important d'attachement désorganisé parmi les adoptés précocement institutionnalisés avec un risque plus marqué quand l'adoption se fait après 6 mois [30].

L'étude de 2009 de F. Van den Dries est la plus grande méta analyse sur l'attachement des enfants adoptés. Les auteurs faisaient l'hypothèse que les enfants adoptés puissent être plus à risque d'attachement précaires. Les attachements des enfants adoptés avant 12 mois ne sont significativement pas différents de leur pairs non adoptés. Les enfants adoptés après 12 mois présentent des attachements plus fragiles. Globalement les enfants adoptés montrent plus d'attachements désorganisés que leurs pairs non adoptés mais moins que leurs pairs restés en institution. Comparativement aux enfants institutionnalisés, l'adoption se révèle être une intervention efficace dans le domaine de l'attachement [33].

Une enquête faite sur le devenir des enfants adoptés met en avant qu'une adoption précoce serait un facteur positif sur l'adaptation de l'enfant et sur le développement de ses relations affectives avec ses parents, sa famille élargie et son milieu social [12].

B. Golse souligne que la quantité d'histoire n'est pas seulement proportionnelle à l'âge du sujet et que même les bébés ont d'emblée une aptitude à la narrativité. Même les bébés ont besoin d'une histoire relationnelle [34]. Pour lui, l'âge de l'adoption n'est pas un facteur d'influence principal mais c'est la capacité de l'adulte à intégrer l'histoire de l'enfant et à l'inscrire dans une narrativité qui va influencer l'attachement.

L'enfant construit différentes stratégies adaptatives pour répondre à son environnement : ses adaptations vont participer à la construction de son attachement. Plus l'enfant grandit, plus il

aura des difficultés à s'adapter autrement que par son fonctionnement développé dans la petite enfance. C'est à dire que si un enfant évolue dans un environnement maltraitant ou carencé, il va développer des stratégies pour se protéger, plus il grandira dans cette environnement peu sécurisant, plus il sera difficile pour lui de s'adapter autrement lorsqu'il changera d'environnement.

Une fois adopté, l'enfant peut avoir des réactions paradoxales, ou ne pas montrer de satisfaction pour les soins reçus. Ces réactions peuvent mettre à mal les parents alors que cela est dû à son système d'attachement parfois pathologique mais qui lui avait permis une adaptation et une survie dans son environnement.

Une adoption tardive diminue les capacités d'adaptation et de résilience chez l'enfant mais influe aussi sur les parents. Plus l'enfant est grand, plus les stimuli du système de *caregiving* diminuent. Il est moins facile de prendre soins d'un enfant déjà grand. De plus, une adoption tardive va majorer le décalage déjà existant entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire.

Au-delà de l'âge de l'adoption, il faut prendre en compte la durée de latence entre l'abandon et l'adoption. Parfois l'enfant connaît des déplacements successifs dans cette période. Un consensus s'applique à dire que lorsque cette période dépasse un an et demi en institution ou quatre lieux différents, l'enfant sera plus vulnérable dans ses relations d'attachement, de part une forte dépendance institutionnelle, et aura plus de mal dans l'instauration du processus d'attachement lors de l'adoption [20].

L'âge de l'adoption et la durée de latence entre abandon et adoption sont essentiels mais il est également important de pouvoir connaître les relations d'attachements d'avant l'adoption. Pour cela, il faut s'intéresser au contexte de vie en pré-adoption et aux caractéristiques liés à l'abandon, qui vont jouer dans le processus d'attachement de l'enfant.

#### **d. Le contexte de vie en pré-adoption**

Les conditions de vie de l'enfant en pré-adoption vont influencer son système d'attachement. R. Spitz a introduit, dans les années 1960, la notion d'hospitalisme qui décrit l'ensemble des troubles psychoaffectifs et psychomoteurs dus à une carence affective et survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie.

L'institutionnalisation en orphelinat ou la vie en famille d'accueil ne vont pas avoir les mêmes répercussions. Par exemple, une étude a montré que les jeunes élevés en institution échouaient plus fréquemment dans leur tentatives de relation que leurs pairs en famille [20].

L'Étude *English and Romanian Adoptees* (ERA) menée au Royaume-Uni entre 2001 et 2006 sur les enfants roumains adoptés a montré que des situations inadaptées de délaissement et de vie en institution peuvent engendrer, à moyen ou à long terme, des désordres majeurs sur le développement psychoaffectif et psychomoteur, qui persisteront chez beaucoup d'enfants une fois adultes [35].

L'attachement antérieur de l'enfant en pré-adoption a une importance. La présence d'une figure d'attachement stable durant cette période va amoindrir les effets négatifs sur le développement [4]. Ce paramètre va être fonction des différents événements de vie de l'enfant en pré-adoption. A t'il vécu dans différents lieux d'accueil ? A t'il déjà vécu dans sa famille biologique ou en famille d'accueil ? A t'il vécu des traumatismes, des deuils, des conditions d'insécurité ?

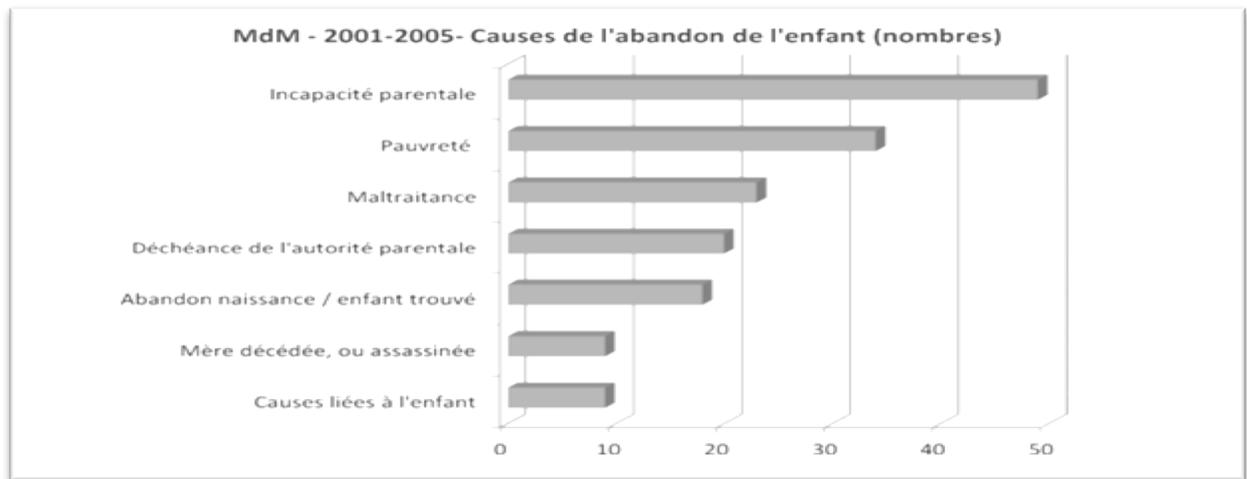
Tous ces événements traumatiques et de ruptures influencent le développement de la personnalité de l'enfant. Ils vont différer en fonction de l'âge de l'adoption et du pays d'origine lors des adoptions internationales (par exemple dans les pays en guerre). Le passé traumatique vécu par l'enfant impacte les relations d'attachement qu'il développera avec ses parents adoptifs.

Toutes ces variables sur les conditions de vie de l'enfant avant son adoption sont à prendre en compte pour déterminer la qualité de son attachement futur à sa famille adoptive.

#### **e. Les caractéristiques liées à l'abandon**

Les causes de l'abandon peuvent différer en fonction du contexte politico-socio-économique des différents pays. L'impact de l'abandon n'est pas le même en fonction de son contexte (raison de l'abandon, âge de l'enfant, événement brutal ou traumatisant). Ces facteurs influencent également la relation d'attachement car ils marquent le psychisme de l'enfant et conditionnent son système d'attachement.

L'ONG Médecins du monde présentent les différentes causes d'abandon de l'enfant dans la figure ci dessous : [12]



A ce jour, les connaissances en matière d'attachement nous permettent d'insister sur l'importance de préserver suffisamment une continuité des liens et des processus d'attachement dans les situations d'adoption.

La qualité d'attachement reste malléable et un enfant arrivant dans une famille assez bienveillante, contenante et sécurisante pourra améliorer son système d'attachement. Cela est bien montré dans une étude sur les adoptées chinoises qui rétablissent de manière positive la qualité relationnelle à leur mère [36].

J. Levine a développé le concept de zone d'incommunabilité pour l'enfant adopté. L'enfant ne serait jamais totalement présent dans l'espace de sa famille adoptive ; une partie de lui-même serait ailleurs, engagée dans un dialogue secret à propos de sa situation, et c'est cette zone qu'il nomme la zone d'incommunabilité. Cette zone peut être très réduite, voir imperceptible et située dans le domaine de l'inconscient, mais elle peut aussi être hypertrophiée, ce qui peut être pathologique et désorganisant.

Si les liens d'attachements de l'enfant adopté à ses parents adoptifs sont fragiles, alors la place de cette zone d'incommunabilité sera plus grande et donc plus destructurante [37].

### 3. Conclusion

Il est montré dans ce chapitre la complexité de la mise en place de ce lien adoptif, que ce soit par l'inscription dans la filiation ou par l'influence du système d'attachement de l'enfant et des parents. Nous comprenons l'importance de prendre en compte une multitude de facteurs différents, concernant l'enfant, les parents et le contexte, qui vont agir sur cette rencontre entre l'enfant et ses parents. L'adoption est une rencontre d'êtres humains qui sont tous empreints d'une histoire singulière: c'est l'alchimie de ces histoires qui va conditionner l'histoire adoptive.

Il existe à ce jour, de nombreuses étapes et modalités d'accompagnement en pré-adoption. Mais l'accompagnement des premiers liens dans ces situations adoptives est peut-être à repenser.

M. Soulé résume bien cette complexité : « le véritable risque de l'adoption est lié aux mésententes entre l'adoptant et l'adopté et plus simplement entre un enfant et ses parents. Reporter la responsabilité de cette mésentente sur l'adoption elle-même, sur l'enfant, sur ses parents limite la compréhension d'un problème composé de multiples facettes » [38].

### **III. Adoption et adolescence**

Comment l'adolescence vient questionner l'histoire adoptive ?

La littérature et la clinique nous montrent que l'adolescence, reconnue comme une période déjà complexe pour tous, l'est encore plus pour les enfants adoptés. L'adolescence des enfants adoptés est une période clé au cours de laquelle il peut être observé une irruption symptomatique brutale et polymorphe contrastant avec une enfance relativement calme .

Il va de soit que chaque adolescent et chaque adopté est unique, nous ne pouvons pas généraliser sur cette problématique bien spécifique mais nous pouvons chercher à dégager l'impact du processus de l'adolescence sur les particularités liées à l'adoption évoquées au chapitre précédent.

L'adolescence serait pour l'adopté une période propice au surgissement de difficultés psychologiques, consécutives au questionnement sur ses origines et son rôle dans la famille adoptive [2]. Dans la littérature scientifique, nous retrouvons que les enfants comprennent la signification de l'adoption entre 8 et 12 ans [40]. Ce qui atteste bien l'importance de cette période de l'adolescence dans les situations d'adoption.

#### **1. Le processus adolescent**

Le processus adolescent est la deuxième phase du processus de séparation-individuation dont la première phase a déjà eu lieu dans la petite enfance. Il a pour but l'accès à une indépendance, permettant à l'adolescent de parvenir à une place sociale en se séparant psychiquement des objets de l'enfance pour s'en différencier, tout en restant attaché à ses parents. C'est donc déjà un paradoxe en lui-même : comment se séparer suffisamment, tout en restant suffisamment ancré et pour être suffisamment rassuré dans son évolution vers l'âge adulte ?

L'adolescent est donc pris dans des mouvements d'aller-retour entre deux positions antagonistes, la position l'individuation et la position de recherche de sécurité avec ses premiers liens d'attachement.

Ce processus se fait grâce à une triple maturation :

- Physique : maturation sexuelle (la puberté entraîne des changements physiques avec l'apparition de caractères sexuelles secondaires dont le but est la procréation) et maturation neurologique (nouvelle répartition de la substance grise

et substance blanche, prolifération de connexions inter neuronales dans le cortex frontal).

- Psychique : maturation sur le plan affectif, sexuel et cognitif.
- Sociale : recherche d'une indépendance vis à vis de la famille et d'une identification groupale.

Lors de l'adolescence, les cartes de l'enfance sont rebattues ; c'est l'occasion d'une remise en jeu des figures de l'enfance ; l'adolescent revisite son histoire infantile et celle ci se réactive. Sa sécurité de base est souvent mise en péril, l'adolescent a besoin de s'assurer de la solidité des liens. Les enjeux de l'adolescence réactivent les premières insécurités vécues. L'adolescent a souvent bien du mal à élaborer les émotions que lui procurent tous ces remaniements.

Pour P. Jeammet, une des problématiques centrales à l'adolescence est l'articulation entre réalité interne et réalité externe [41]. A l'adolescence, le moi interne est fragilisé par des transformations physiques et psychiques, d'où le besoin d'étayage sur des objets externes.

Il peut expliquer que : « L'adolescence est ainsi révélatrice de la qualité de ce que l'on a pu emmagasiner, intérioriser pendant l'enfance. Plus on arrive à l'adolescence pourvue d'une sécurité intérieure, d'une estime de soi suffisante, nourrie de la qualité des liens avec l'environnement, plus on sera capable de gérer la distance avec une certaine souplesse. Mais plus on y accède avec un passif important, des traumatismes, une dépendance exagérée à l'environnement, plus ce sera difficile » [42]. Lorsque les assises narcissiques sont fragiles, il est plus difficile pour l'adolescent de rentrer dans un processus d'individuation et de séparation et des troubles psychopathologiques peuvent alors apparaître.

La qualité du lien d'attachement avec les parents et la sécurité interne a donc un impact dans le processus d'autonomisation.

Pour s'émanciper psychiquement, l'adolescent passe par des mouvements affectifs ambivalents d'amour et de haine, liés à la nécessité de repousser l'objet d'amour primitif et à désidéaler les parents [43].

Ce processus de l'adolescence est donc bien plus complexe dans les situations d'adoption, il demande plus d'énergie au jeune adolescent qui n'a pas toujours accès à la totalité de son histoire infantile, et qui manque souvent de repères précoces et de représentation de ses origines [44]. Les deux composantes principales de cette complexité vont être la question de la filiation et la résonance traumatique chez les parents.

## 2. La problématique de la filiation

L'adoption est une filiation à risque pour le processus adolescent qui fait écho à plusieurs plans [45]. La problématique de l'adolescence et celle de l'adoption entrent en résonance de par la question de l'autonomie et de l'appartenance.

### a. La résonance de l'abandon

Chaque adoption est nécessairement liée en amont à un abandon. La période de l'adolescence, durant laquelle il est demandé à l'adolescent de faire le deuil de ses objets d'amour primitifs, va réactiver le premier temps de deuil dû à l'abandon.

C'est à l'adolescence que le jeune adopté prend pleinement conscience de son rejet initial [46]. Le processus de séparation propre à l'adolescence peut être compliqué pour ces adolescents qui ont déjà été confrontés à des pertes et des abandons.

Les angoisses d'abandon peuvent alors ressurgir. Comment se séparer sans craindre d'être abandonné à nouveau?

L'abandon et les carences multiples vécus pendant l'enfance provoqueraient à l'adolescence des difficultés à élaborer des relations d'attachement sécurisées et donc des difficultés à s'appuyer sur la réalité externe. Le défaut de cet appui sur les objets externes de ces adolescents, qui ne peuvent pas élargir et diversifier leurs investissements, peut également expliquer la fragilité des adoptés à l'adolescence.

L'adoption et l'abandon représentent une réalité externe qui vient déséquilibrer et amplifier la réalité interne. Cet abandon initial peut donc être source d'une atteinte narcissique et altérer l'estime de soi [39]. Ces adolescents sont donc empreints d'une « blessure primitive ».

Certains auteurs s'accordent à dire que les difficultés à l'adolescence trouveraient leur origine uniquement dans cette blessure primitive de l'abandon et que celle-ci serait irréversible [44]. Cette approche semble quelque peu réductrice.

Le risque étant de stigmatiser l'adoption et de réduire les difficultés de l'adolescent à celle-ci, sans prendre en considération d'autres facteurs d'influence tel que la relation aux adoptants et l'histoire familiale.

## **b. La quête identitaire**

Pour certains auteurs, la quête d'une identité à la fois personnelle et sociale constitue la tâche majeure de l'adolescence. Le remaniement corporel entraîne un remaniement identitaire. De par les transformations corporelles, l'adolescent a tendance à se focaliser sur le corps et sur l'image de soi. Il va alors se comparer à ses pairs mais aussi aux autres membres de sa famille. Au vu des changements physiques, l'adolescent ne peut souvent plus ignorer le défaut de ressemblance lié au biologique, il ne peut plus s'identifier physiquement à ses parents adoptifs. Il va alors prendre conscience de sa différence.

La quête identitaire est un travail d'élaboration nécessaire à la structuration psychique. Pour l'adolescent adopté, il est difficile de se construire alors que son existence a été marquée par un rejet initial et des identifications multiples imaginaires et réelles [46].

L'adoption vient compliquer cette identification par le dédoublement des imagos parentales. L'adolescent doit s'inscrire dans une double généalogie. Il peut donc être pris dans un conflit de loyauté entre parents biologiques auxquels il doit la vie, et parents adoptifs qui prennent soin de lui. L'adolescent découvre le sentiment de dette envers ses parents adoptifs, il va se sentir redevable de son adoption et ceci peut vite devenir insupportable [44].

Un adolescent adopté à l'étranger doit inventer et construire sa propre identité en puisant dans les identifications et les affiliations de deux mondes différents [39].

P. Jeammet insiste sur l'importance de cette quête identitaire car lorsque les adolescents sont aux prises avec des difficultés identificatoires, c'est là qu'ils ont le plus souvent recours à l'agir [41]. Lorsque cette quête est trop pesante, certains adolescents s'inscrivent dans une identité négative et vont chercher la répétition traumatique de l'abandon [47].

## **c. La quête psychique des origines**

La recherche des origines concerne le développement de tout enfant, elle émerge en concomitance avec la curiosité sexuelle [44]. Pour D.Winnicott, c'est durant cette période de l'adolescence que les enfants commencent à s'intéresser à l'hérédité [48].

Le questionnement sur ses origines est inévitable chez l'adolescent adopté.

L'adolescent adopté peut se poser des questions telles que : « Ai-je été désiré ? Suis-je un enfant de l'amour ? Suis-je désirable et aimable ? ». Ces questions le ramènent également à s'interroger sur l'abandon : « Pourquoi ai je été abandonné par mes parents ? Est ce que cela était véritablement un geste d'amour ? Qui sont mes parents et que faisaient-ils ? ».

L'adolescent cherche tout simplement à recoller les morceaux de son histoire et à lui donner un sens. Il exprime des interrogations sur son identité et sur ses identifications.

L'accès à la question des origines est indispensable à l'évolution de l'adolescent adopté. Il doit pouvoir se questionner sur ses parents biologiques sans se sentir déloyal envers ses parents adoptifs. Il ressent le besoin de revisiter son passé, de le reconstruire pour mieux se construire [45].

La question des origines est inévitable et peut s'entendre sous deux pôles : celui des fantasmes en lien avec le secret des origines et celui de la réalité historique en lien avec les événements qui ont jalonné la vie de l'enfant [49]. C'est une double quête, identitaire et narcissique. C'est également une façon pour l'adolescent d'essayer de pouvoir mettre des mots sur son histoire infantile.

Il est aujourd'hui connu que le secret n'est pas bénéfique sur la construction identitaire de l'enfant. Les non-dits concernant les origines peuvent avoir un caractère mortifère et laissent une place au fantasme. Ils peuvent avoir de graves conséquences sur la structuration psychique de l'enfant. Il faut trouver un équilibre entre, donner suffisamment d'information pour que l'adolescent puisse se situer dans son histoire tout en respectant sa maturité, et ne pas être dans le trop de savoir qui pourrait être inapproprié. D'ailleurs aujourd'hui, la plupart des parents ne font pas mystère de l'adoption, ce qui est une bonne chose [43]. L'adolescent ne pourra pas s'intégrer dans sa filiation adoptive si sa désaffiliation biologique est énigmatique.

Pour D. Widlöcher , « l'adoption fonctionne comme un amplificateur fantasmatique entraînant une grande proximité entre la réalité et le fantasme avec un risque de collusion entre les deux » [50]. C'est au moment de l'adolescence que le fantasme des origines est le plus fort avec très souvent une idéalisation des parents biologiques et une désidérialisation des parents adoptifs. Un des moyens pour arriver à se séparer psychiquement des parents adoptifs, va être une possible identification à l'image des parents biologiques qu'il pourra se représenter comme idéale. Les parents adoptifs pourront être disqualifiés et parfois réduits à des voleurs d'enfants dans l'imaginaire de l'adolescent. Car la réalité est que l'adoption a bien souvent un coût financier. L'adolescent pourra projeter tout le négatif sur eux et parfois même les rendre responsables de son abandon [43].

C'est dans cette rencontre entre les deux imaginaires familiaux que l'enfant adopté acquiert son identité filiale [44]. Et c'est en rassemblant l'histoire de ses parents biologiques et celle de ces parents adoptifs qu'il pourra créer sa propre histoire.

L'adolescence est également la période où émerge l'exposition au regard d'autrui. L'adolescent issu de l'adoption internationale va être questionné par son altérité. Il peut alors en découler un sentiment d'étrangeté qui va altérer le processus de filiation et d'identification. C'est ce que M. Soulé appelle le « fantasme de l'étranger dans la maison » [38]. L'altérité de l'enfant peut exacerber son questionnement identitaire.

R.M. Lee appelle cela le « paradoxe de l'adoption visible » : l'adolescent doit appartenir à la fois à un groupe par son milieu familial et à un autre groupe par son apparence physique [51].

L'adolescent et ses parents doivent donc reconnaître et accepter cette altérité sans ressentir de l'étrangeté. Les adolescents issus d'une adoption internationale peuvent être confrontés au racisme et à la difficulté d'établir une identité culturelle ce qui peut être source de souffrances [39].

#### **d. L'inscription dans la filiation imaginaire**

C'est un processus d'autant plus important car la filiation biologique fait défaut.

L'inscription dans une filiation se fait grâce à une adoption réciproque entre l'enfant et son parent. Pour permettre cette inscription il faut mettre en perspective l'histoire de l'adolescent et l'histoire de ses parents adoptifs [44]. C'est ce que B. Golse appelle la « co-écriture » de l'histoire du côté des enfants et des parents.

Pour P. Lévy-Soussan, il existe un parallélisme entre le processus de filiation et celui de l'adolescence, les deux ayant pour but de permettre à un être humain de devenir sujet à ses yeux et aux yeux des autres [23].

A l'adolescence, l'enfant va indéniablement se questionner sur la place qu'il occupe dans l'histoire familiale. L'adolescent va mettre à l'épreuve ses parents pour tester la solidité du lien et apaiser ses angoisses d'abandon.

La complexité de l'adolescent adopté est dû au conflit de loyauté entre le mythe d'origine qui ne peut coexister harmonieusement avec le mythe de sa famille adoptive [44].

Il doit comprendre et accepter de s'inscrire dans une lignée tout en sachant qu'il vient d'ailleurs.

C'est à travers toute cette difficulté que l'adolescent doit résoudre le processus de filiation dans lequel il est inscrit par l'adoption. Lorsque ce travail de filiation ne peut se faire et que l'adolescent est pris dans ce conflit de loyauté au milieu des non dits et des contradictions alors là, des symptômes peuvent apparaître. L'adolescent pourra être confronté à un

sentiment de vide interne, ou un trop plein de haine envers lui-même [45]. Les troubles du comportement qui en découlent ont à voir avec la quête d'une limite, d'une contenance et avec un dysfonctionnement de la régulation émotionnelle lié à un défaut d'accordage psychique suffisant [52].

### **3. L'enjeu chez les parents**

L'adolescence du jeune vient désorganiser le système familial et faire résonance chez les parents. Elle entraîne souvent un remaniement de l'organisation familiale. Cette crise d'adolescence vient compromettre la relation entre adoptants et adoptés. Les parents décrivent souvent cela comme une effraction brutale, un coup de tonnerre dans un ciel tranquille. L'adolescence vient fragiliser les parents dans leur fonction parentale.

La qualité des liens entre adoptés et adoptant se fait sur la réussite du processus d'adoption réciproque avec un sentiment d'appartenance réciproque. Lors de l'adolescence, les parents adoptifs sont à nouveau confrontés à la question du rapport entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire. L'écart entre les deux peut se creuser à l'adolescence puisque plus l'enfant grandit, plus il s'éloigne de l'idéal parental. Les parents sont parfois pris dans ce piège et vivent ce renoncement de l'enfant imaginaire, comme un échec de l'adoption.

Les parents sont parfois dans une exigence de reconnaissance de la part de leur adolescent. Pour M. Soulé et P. Lévy-Soussan « cette exigence de reconnaissance de l'enfant envers eux cache un processus d'idéalisation lié à l'attente de réparation narcissique des parents par l'enfant » [53]. Ce besoin de reconnaissance accentue le sentiment de dette de l'adolescent et ses sentiments ambivalents envers ses parents.

L'adolescence de l'enfant adopté vient rouvrir une blessure narcissique chez les parents, de par ces mouvements de distanciation et cette autonomisation recherchée. L'absence de filiation biologique entraîne une angoisse de perte chez certains parents.

L'adolescence de leur enfant et les conflits qui en découlent vient réactiver le vécu des parents lors de l'adoption. Le parcours que réalisent les parents adoptifs est souvent compliqué et parsemé d'obstacles, c'est une période douloureuse qui pose son empreinte sur le psychisme des parents.

Ce lien parent-enfant qui est testé à l'adolescence s'est construit en fonction du vécu réciproque des parents et de l'enfant dans ces premiers moments [39].

A cette période les parents adoptifs peuvent se sentir en rivalité avec les parents biologiques. Il peuvent ressentir un sentiment de culpabilité et perte de légitimité.

D. Winnicott disait que « la spécificité de la situation adoptive est d'assumer dans le présent les conséquences d'une histoire dont les parents ne sont pas responsables » [48].

L'adolescence est également source de fantasmes pour les parents. Comme M. Soulé le dit, l'imaginaire des parents structure celui de l'enfant et réciproquement [53]. Les parents sont souvent pris par l'angoisse d'une hérédité biologique négative, dès que l'adolescent exprime une souffrance.

L'adolescent met à l'épreuve la parentalité. L'adolescent adopté vient encore plus tester la solidité des liens pour pouvoir s'assurer que les parents seront toujours présents même s'il s'autorise à grandir, il vient vérifier la nature du lien et le fait qu'il ne puisse pas être à nouveau « abandonnable ». Les parents peuvent ne plus se sentir légitime dans leur rôle parental lorsque les adolescents vont trop loin dans leur recherche de réassurance, ils peuvent donc ne plus répondre convenablement, ce qui est déstructurant pour l'adolescent et peut renforcer la position agressive prise par l'adolescent.

L'émergence de la puberté chez l'adolescent adopté vient questionner l'interdit de l'inceste chez les parents. L'absence de lien biologique comme rempart renforce la peur de transgression, ceci pouvant conduire à un rejet du parent envers son enfant comme moyen défensif. Il en va de même pour l'adolescent qui peut provoquer une rupture avec ses parents. Parfois la puberté de leur enfant avec l'accès à une capacité à procréer peut venir raviver la blessure de leur stérilité. L'advenue de la génitalité peut se révéler particulièrement conflictuelle dans le cadre de l'adoption [54].

Toute la difficulté du côté des parents, est de pouvoir inscrire dans leur filiation et dans leur imaginaire non seulement l'enfant mais aussi son histoire dont son abandon et ses géniteurs.

Si les parents n'inscrivent pas leur enfant dans leur filiation, ils sont insécurisés dans leur attachement à leur enfant et ce lien est fragilisé. Alors ils auront du mal à faire face au processus adolescent, et ne pourront pas bien gérer la distanciation. C'est dans ces cas-là que des symptômes peuvent apparaître chez l'adolescent, et au niveau familial.

## 4. Conclusion

Dans la majorité des cas l'adolescence des adolescents adoptés se déroule sans particularité mais la complexité de la situation adoptive et du processus adolescent peuvent entraîner certaines fragilités.

Lorsqu'ils apparaissent, les troubles du comportement de l'adolescent en situation adoptive sont multifactoriels. Ils peuvent être en lien avec des troubles de l'attachement et des carences précoces, une difficulté d'inscription dans la filiation adoptive, un défaut d'identification et de différenciation, ou un environnement familial défaillant.

Il ne faut donc pas résumer la souffrance d'un adolescent adopté à sa seule adoption.

Il faut prendre en compte la transmission de l'héritage traumatique liée à ses propres origines mais aussi à l'histoire de la famille adoptive [52].

Les réponses de l'entourage vont être déterminantes dans ces situations, car elles sont le miroir des liens tissés durant l'enfance. La solidité de ces liens est indispensable pour pouvoir résister à cette « tempête » qu'est l'adolescence [43].

C'est pour cela que dans la prise en charge et l'accompagnement de ces situations, nous ne devons pas être centrés seulement sur l'adolescent et son adoption comme seul symptôme, il faut garder une place pour la famille et pour l'histoire des parents adoptifs.

Il est donc parfois nécessaire de mettre en place des consultations pour aider parents et adolescents à se réajuster dans leur place et fonction respectives et à parler de leurs propres blessures.

A. Vinay résume bien la complexité de l'adoption à l'adolescence : « L'adoption reste une expérience de vie empreinte d'interrogations, de souffrances et de richesses. Les adolescents adoptés sont porteurs de ces émotions diverses et ils les expriment à travers leurs relations aux autres. En décidant d'adopter la vie qui leur est offerte, ils abandonnent une partie d'eux-mêmes et c'est là toute la difficulté » [46].

## **IV. Troubles psychiatriques et adolescents adoptés : une revue de la littérature**

### **1. Introduction**

Nous avons vu précédemment comment l'adolescence vient questionner l'histoire adoptive. L'adolescence est une période où la question identitaire prend une importance aigüe, c'est également une période de remaniement psychique où dans certains cas, des troubles psychiatriques peuvent émerger. Nous allons donc essayer de déterminer en quoi l'adoption influe sur l'émergence de troubles psychiatriques à l'adolescence.

La littérature montre une surreprésentation d'adolescents issus de l'adoption dans les services de soins pédopsychiatriques que ce soit en soins ambulatoires ou en unités d'hospitalisation [2].

A travers cette revue de la littérature, nous allons tenter de mieux comprendre ce qu'il se joue à l'adolescence dans ces situations d'adoption, de déterminer si les enfants adoptés ont plus de risque de développer une pathologie psychiatrique à l'adolescence, et quels sont les facteurs d'influence sur l'apparition de ces troubles.

### **2. Matériel et méthode**

Nous avons donc effectué un état de l'art de la littérature anglophone et francophone sur les banques de données informatisées.

Nous avons recherché les articles contenant les mots *Adoption* and *Adolescence* associés à *Mental health*, *Behavior problem*, *Psychiatric disorder*.

Nous avons utilisé les moteurs de recherche : *Pubmed*, *PsycInfo*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* et *Science Direct*.

Nous avons sélectionné les articles parus entre 2000 et 2015.

Nous avons sélectionné les articles incluant des études contrôlées concernant une population d'adolescents adoptés entre 12 et 18 ans, portant sur le sujet de troubles psychiatriques, troubles du comportement et difficultés psychiques en situation adoptive.

Nous n'avons pas retenu les articles portant sur les enfants de moins de 12 ans et les pathologies de développement de l'enfant.

### 3. Résultats

La présentation des différentes études est faite dans les différents tableaux suivants. Dans la discussion nous reviendrons sur les résultats en les exposants en fonction des différents troubles psychiatriques classées en 3 catégories :

- Troubles du comportement externalisés : Trouble des conduites, trouble oppositionnel, trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH), trouble de l'adaptation avec prédominance sur les conduites, trouble du comportement alimentaire.
- Troubles du comportement internalisés : Troubles affectifs, épisodes dépressifs, troubles somatoformes, trouble anxieux, trouble de l'adaptation avec prédominance sur les émotions.
- Troubles psychotiques : troubles d'allure schizophrénique, épisode psychotique bref.

Une autre partie des résultats sera présentée dans le chapitre sur l'identification des facteurs de vulnérabilité.

Tableau 1 : Les Méta Analyses :

<b>Etude</b>	<b>Objectif</b>	<b>Matériels Méthodes</b>	<b>Résultats</b>
Bimmel N. et al 2003 [40]	Apparition de troubles du comportement chez les adolescents adoptés à l'international. Evaluations des conduites internalisées et externalisées.	Méta analyse sur 10 études entre 1990 et 2002. 2317 Adolescents Adoptés (AA) comparés à 14345 Adolescents Non Adoptés (ANA). Agés de 12 à 20 ans.	Les AA présentent plus de troubles du comportements externalisés que les ANA ( $p=0,02$ ) mais la différence reste faible. Pas de différence significative pour les troubles internalisés ( $p=0,12$ ) Pas de différence significative entre les sexes.
Juffer F. et al 2005 [55]	Problème de comportement et de santé mental chez les adoptés internationaux.	Méta analyse sur deux tranches d'âge 12 -18 ans (que nous retenons) et moins de 12 ans. 25281 adoptés comparés à 80260 non adoptés. Analyse de 34 articles concernant la santé mentale et 64 articles sur les troubles du comportement	Chez les 12 -18ans : Surreprésentation des AA dans les services de santé mentale. Plus de troubles externalisés chez les AA que chez les ANA mais la différence est faible. Plus de problèmes de comportements internalisés et externalisés avec une plus grande représentation en service de santé mentale chez les AA nationaux que internationaux. L'adversité en pré-adoption est un facteur de risque pour le développement de trouble du comportement externalisés à l'adolescence chez les AA à l'international. Pas de différence significative entre les sexes.

Tableau 2 : Les études transversales

<b>Etude</b>	<b>Objectif</b>	<b>Matériels Méthodes</b>	<b>Résultats</b>
Burrow A. et al 2004 [56]	Adaptation psychologique des AA.	609 AA comparés à 11940 ANA en population générale. Age de 12 à 19 ans. Mesure par auto-questionnaire de l'adaptation des adolescents (scolarité, relation familiale, santé physique et psychique avec évaluation des comportements externalisés et internalisés).	Pas de différence significative de l'adaptation à l'adolescence entre les AA et les ANA. Pas de différence entre adoption nationale et internationale.
Canter Graae E. et al 2007 Danemark [57]	Risque d'apparition d'un trouble schizophrénique chez les AA.	10278 AA comparés à 1051372 ANA Recoupement entre les registres psychiatriques et les registres d'adoptés. Analyse rétrospective sur dossier.	Risque supérieur de développer une schizophrénie chez les AA.
Hjerne A et al 2002 Suède [58]	Prévalence de troubles psychiatriques sévères chez les jeunes adolescents adoptés à l'international.	11320 AA issus de l'adoption internationale comparés à un groupe contrôle de 853419 ANA. Utilisation de diagnostic des dossiers et des registres nationaux.	Les adoptés ont 3 à 4 fois plus de problèmes de santé mentale sévère que les non adoptés (Tentative de suicide, suicide abouti, admission en psychiatrie), 5 fois plus de dépendance aux drogues, 2 à 3 fois plus de conduites délinquantes. Les troubles psychologiques et de l'adaptation sociale sont plus élevés chez les AA que chez les ANA du même âge et du même milieu socio-économique. Corrélation significative entre âge de l'adoption et risque suicidaire.

Habersaat et al 2010 Quebec [59]	Facteurs de risque de difficultés de comportement chez les adolescents adoptés.	Evaluation de 358 AA entre 1985 et 2002 au Québec, âgés de 12 à 18 ans. Utilisation de questionnaires remplis par les parents et auto reportés sur les problèmes de comportement, l'âge de l'adoption, le genre et le pays de provenance.	Influence de l'âge de l'adoption sur l'apparition de comportements pathologiques. Pas de différence significative entre les AA et les ANA pour les troubles du comportement internalisés. Influence du sexe : Plus de trouble du comportement internalisés chez les filles adoptés Plus de troubles du comportement externalisés chez les garçons adoptés avec principalement : hyperactivité, trouble de l'attention et trouble des conduites. Influence du pays d'origine : plus de vulnérabilité à l'apparition de pathologie psychique chez les adoptés en Europe de l'Est que en Asie du Sud est.
Beine et al. 2008 Belgique [2]	L'adoption comme facteur de risque d'hospitalisation en psychiatrie.	Etude préliminaire. Collecte rétrospective des diagnostics de 148 AA hospitalisés dans une clinique psychiatrique.	Surreprésentation de diagnostics de troubles du comportement chez les AA hospitalisés. Aucune différence diagnostique entre les adoptions nationales et internationales.
Escobar MJ et al 2013 Chili [60]	L'attachement des adolescents adoptés.	25 AA comparés à 25 ANA. Appariement sur l'âge, le sexe et le niveau socio économique. Evaluation du modèle d'attachement par un entretien semi structuré.	Différence significative entre AA et ANA. Les AA montre un attachement plus précaire avec une majorité d'attachement insécuré et évitant.
Altinoglu D et al 2014 Turquie [61]	Comparaison des troubles émotionnels et du comportement entre les AA et les ANA en Turquie.	61 AA comparé à 62 ANA Age entre 6 et 18 ans. Appariement sur le sexe et l'âge. Auto évaluation des problèmes de comportement et émotionnel pour les 11-18 ans.	Chez les 11-18 ans : Pas de différence significative dans tous les scores d'échelles de trouble émotionnel et du comportement entre les AA et ANA. Pas de corrélation retrouvé entre l'âge de l'adoption et l'apparition de trouble du comportement. Corrélation entre la révélation tardive de l'adoption et l'apparition de trouble du comportement et des émotions.

<p>Vandepoel D. et al 2014 Belgique [62]</p>	<p>La déprivation affective comme facteur de risque pour les pathologies narcissiques identitaires chez l'adolescent adopté.</p>	<p>Matériel clinique collecté dans le cadre d'une étude sur la recherche du développement AARN (Attachment Adoption Research Network) qui inclut 80 adolescents adoptés belges et leurs parents. Comparaison de 25 AA à 25 ANA Age de 10 à 16 ans. Appariement sur le statut socio économique des parents, l'âge et le sexe.</p>	<p>Différence significative pour les troubles somatoformes (<math>p=0,02</math>), plus importants chez les AA. Pas de différence selon le sexe. Plus de trouble anxieux chez les AA sans différence significative.</p>
<p>Ierago et al 2010 Ile de Palau, Micronésie [63]</p>	<p>L'adoption comme facteur de risque de développement d'un trouble psychotique chez une population génétiquement à risque de trouble psychotique. Rôle de la relation à la famille adoptive</p>	<p>Evaluation de 184 adolescents à haut risque de trouble psychotique dont 47 adoptés. Evaluation de symptômes psychotique par l'échelle KSADS-pl. Evaluation des relations familiales par le Youth Self Report.</p>	<p>Les AA sont plus susceptibles de développer un trouble psychotique que les ANA. La qualité de la relation familiale est un facteur protecteur de l'apparition de troubles psychotiques chez les adoptés et chez les non adoptés.</p>

Tableau 3 : Les études longitudinales

Etude	Objectif	Matériels Méthodes	Résultats
Tieman, Verhulst et al. 1990 à 2006 Pays Bas [64] [65] [66][67]	Troubles du comportement chez les adolescents adoptés : prévalence et influence de l'âge de l'adoption.	2148 AA à l'étranger comparé à 933 ANA de même âge en population générale. Auto évaluation par l'adolescent et hétéro évaluation par la famille.	Plus de problème de trouble du comportement externalisés chez les AA. Les garçons adoptés sont plus vulnérables au trouble hyperactif et au syndrome de délinquance. Plus l'adoption est tardive, plus le score de la Child Behaviour Checklist (CBCL) est élevé. Prévalence des troubles psychiatriques à 14 ans chez les AA : 28% (22% chez les filles et 36% chez les garçons).
Beckett C. Sonuga-Barke et al 2006 Angleterre [68]	Effets de la privation sévère précoce sur le potentiel cognitif au début de l'adolescence. Lien entre la durée de la privation et le QI.	Suite de l'étude ERA (English and Romanian adoptees) comparant un groupe d'enfants adoptés d'origine roumaine à un groupe d'enfants adoptés d'origine anglaise. Mesure du potentiel cognitif par des échelles à l'arrivée de l'enfant puis à 4 ans, 6 ans puis 11 ans. A 11 ans, comparaison faite sur 128 AA roumains comparés à 52 AA anglais.	A 11 ans, la différence entre les deux groupes n'est plus significative (elle l'était à 6 ans). Constatation d'un rattrapage du QI. A l'adolescence, il n'y a plus de corrélation entre l'effet de la privation institutionnelle et les difficultés cognitives.
Burt S. et al 2007 [69]	Rôle de l'environnement dans les conduites délinquantes chez les adolescents adoptés.	1199 AA de 10 à 18 ans issus de la population générale. Evaluation des conduites délinquantes par auto-questionnaire et de la relation familiale par questionnaires remplis par les parents. Familles avec AA comparées à des familles avec ANA.	L'environnement familial et la relation parent-enfant ont un impact sur l'apparition de conduites délinquantes à l'adolescence.

Von Korff L. et al 2006 [70]	Ajustement psychologique chez les AA en fonction du lien avec la famille biologique.	Evaluation des troubles du comportement externalisés chez 177 familles adoptives à 2 temps : pendant l'enfance par questionnaire aux parents puis à l'adolescence par auto-questionnaires.	Moins de troubles externalisés chez les AA étant restés en contact avec leur famille biologique.
Harol D. Grotevant et al. 2011 [71]	Relation entre l'apparition de troubles du comportement externalisés à l'adolescence et le rapport à la famille adoptive.	Inclusion de 190 familles de nourrissons adoptés avec suivi pendant l'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte. Utilisation d'un modèle d'équation structurelle (SEM) pour analyser les facteurs prédictifs de comportements externalisés.	Diminution des comportements externalisés chez les AA lorsqu'il existe une bonne relation avec la famille adoptive. Un faible niveau de satisfaction de la relation avec la famille adoptive est prédictif de l'apparition de trouble du comportement externalisés à l'adolescence.
Beijersberg en et al 2012 Pays-Bas [72]	Evaluation de la continuité de l'attachement de l'enfance à l'adolescence en situation adoptive.	Etude d'une cohorte de 125 AA. Evaluation de l'attachement et du soutien des parents à 14 ans.	Pas de mise en évidence d'une continuité de l'attachement entre l'enfance et l'adolescence. L'environnement familial et la qualité du soutien maternel influent sur un mode d'attachement plus sécure.
Klahr A. et al 2010 Etats Unis [73]	Etude de la relation potentielle entre les troubles du comportement chez les AA et les conflits parents enfants.	Etude d'une cohorte de 672 AA âgés de 11 à 19 ans dans 405 familles adoptives : 2 temps d'évaluation à 4 ans d'intervalle. Mesure des troubles des conduites par l'échelle DBI. Mesure de la relation parents enfant par le « Parental Environment Questionnaire » (PEQ) rempli en parallèle par les parents et l'adolescent.	Le conflit parent-enfant prédit le développement de trouble du comportement chez les AA. Association entre trouble des conduites et conflits parents enfants.

<p>Gleitman et al 2011 Israël [74]</p>	<p>Adaptation des AA en fonction de l'âge de l'adoption et des facteurs de stress en pré-adoption.</p>	<p>Etude d'une cohorte de 169 AA suivi entre 1986 et 2002. Evaluation de l'adaptation par des auto-questionnaires sur la relation avec leurs parents et leurs pairs, l'estime de soi, les troubles du comportements internalisés et externalisés, l'utilisation de substances addictives et la déscolarisation.</p>	<p>Pas de différence significative de l'adaptation générale entre les AA et ceux de la population générale. L'adaptation des AA est globalement de bonne qualité. Aucune association entre les différents items évalués dans l'adaptation globale des AA et l'âge de l'adoption ou les facteurs de stress en pré-adoption.</p>
<p>Grotevant HD. et al 2006 Etats-Unis [75]</p>	<p>Relation entre caractéristique démographique, mauvais traitement en pré-adoption, relation à la famille et aux pairs avec l'apparition de trouble du comportement agressif et antisocial chez les adolescents adoptés.</p>	<p>Données issues de l'enquête longitudinale nationale sur la santé des jeunes. Echantillon comprend 337 AA et 10339 ANA Moyenne d'âge de 15,8 ans. Evaluation du comportement lors d'entrevue structurée par des échelles (CNAC et NAASB).</p>	<p>Pas de valeur prédictive du statut adopté sur l'apparition de trouble du comportement type antisocial. Prévalence des comportements antisociaux plus importante chez les filles de la population AA que chez les ANA.</p>

<p>Robinson et al 2015 Etats-Unis [76]</p>	<p>Evaluation des troubles du comportement chez les adolescents adoptés provenant de l'union soviétique.</p>	<p>Cohorte d'enfant adopté de l'ex-union soviétique. Inclusion de 105 participants en 2001 à l'âge de 8 ans, évaluation de 46 participants en 2006 à l'âge de 15 ans. Mesure des problèmes de comportement par l'échelle CBCL évaluant à la fois les troubles du comportement internalisés (retrait, anxiété, dépression, somatisation) et externalisés (TDAH, agressivité, délinquance).</p>	<p>Association significative entre environnement familial et trouble du comportement. Un environnement familial stable et favorable est inversement proportionnel à l'apparition de troubles du comportement. On ne retrouve pas la prévalence de trouble comportement plus élevée chez les filles AA que chez les filles ANA.</p>
<p>Slap G et al 2001 Etats-Unis [77]</p>	<p>L'adoption comme facteur de risque de tentative de suicide durant l'adolescence.</p>	<p>Echantillon de 6577 adolescents dont 6363 ANA et 214 AA. Mesure de la variable tentative de suicide (TS) associée à des variables sociodémographiques, de santé mentale et physique, de comportements à risque, des caractéristiques liées à l'école et à l'interaction avec la famille.</p>	<p>Plus de TS chez les AA que chez les ANA (7,6% vs 3,1%) indépendamment des variables : sexe, dépression, agressivité et impulsivité. Plus de suivi psychologique chez les AA que les ANA (16,9% vs 8,2%). La variable environnement familial de bonne qualité apparaît comme un facteur protecteur sur l'évènement apparition de TS.</p>

Tableau 4 : Les études cas témoins

Étude	Objectif	Matériels Méthodes	Résultats
Keyes Margaret A et al 2013 Etats-Unis [78]	L'adoption comme facteur de risque de comportement suicidaire.	Inclusion de 692 AA et 540 ANA entre 1998 et 2008. Recherche de comportement suicidaire et des comportements associés dans les antécédents des adolescents inclus, par auto-questionnaire et questionnaire à la famille.	Comportement suicidaire 4 fois plus important chez les AA que chez les ANA (OR=4,23) Après ajustement pour les facteurs associés aux comportements suicidaires (troubles psychiatriques, traits personnalité pathologique, environnement familial néfaste et déscolarisation), les comportements suicidaires restent plus importants dans la population des AA qu'en population générale ( OR= 3,70).

Cette revue de la littérature balaye un large choix de problématiques dans des pays différents, avec des populations différentes, ce qui explique des résultats divergents.

Il est important de souligner qu'aucune de ces études ne permet de mettre en avant un lien de causalité entre l'adoption et l'apparition de troubles psychiques à l'adolescence, quel qu'ils soient.

Cependant, elles permettent de mettre en avant des associations intéressantes que nous allons continuer d'explicitier.

## 4. Discussion

Cette revue de la littérature met en avant un plus grand nombre de troubles psychiques en population d'adolescents adoptés, avec une orientation plus importante vers des services de santé mentale que les adolescents non adoptés [2].

Certains auteurs retrouvent une prévalence de troubles psychiatriques de 28% (22% chez les filles et 36% chez les garçons) chez les adolescents adoptés de 14 ans [67]. En population générale, la prévalence de troubles psychiatriques chez les adolescents est aux alentours de 12% [79]. Les adoptés auraient 3 à 4 fois plus de problèmes de santé mentale que les non adoptés [58].

### a. Les troubles émergents psychiatriques

#### 1/ Les troubles du comportement externalisés

Ce sont les principaux troubles mis en avant dans la plupart des études retrouvées.

Les deux méta analyses de 2005 [55] et 2003 [40] concluaient à une faible augmentation des troubles externalisés chez les adolescents issus de l'adoption internationale.

Les diagnostics de trouble du comportement externalisés sont sur représentés dans la population des adolescents adoptés hospitalisés [2].

Les problématiques de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH) et de trouble des conduites sont les plus fréquemment rencontrés [64] [59]. Les garçons seraient plus à risque de trouble du comportement.

Ces résultats sont concordants avec une revue de la littérature de 2007 portant sur les troubles externalisés chez les adolescents issus de l'adoption internationale [80].

Cependant, les adoptés à l'étranger présentent moins de problèmes de comportement et sont moins souvent orientés vers des services de santé mentale que les adoptés nationaux [55]. Nous pouvons supposer de la susceptibilité génétique des adoptés nationaux qui sont plus à risque d'antécédents psychiatriques familiaux que chez les adoptés internationaux.

Il faut noter que cela n'est pas l'avis général car la plupart des études ne retrouvent aucune différence entre les adoptés internationaux et nationaux.

Une récente étude américaine rapporte que les comportements suicidaires sont plus nombreux chez les adoptés [78]. G. Slap montre dans son étude une susceptibilité suicidaire chez les adolescents adoptés [77].

Une revue de la littérature de 2006 conclut cependant que la littérature scientifique ne permet pas d'affirmer que l'adoption à elle seule puisse être prédictive de conduites suicidaires mais que les spécificités de la filiation adoptive peuvent expliquer la plus grande vulnérabilité des adolescents adoptés [81].

Il est important de préciser que nous n'avons retrouvé aucune étude portant spécifiquement sur les conduites addictives des adolescents adoptés. A. Hjern est le seul à évoquer les problèmes d'addictions. Dans son étude les adolescents adoptés auraient 5 fois plus de problèmes d'addictions que les non adoptés [58].

## 2/Les troubles du comportement internalisés

Les études portant sur les troubles du comportement internalisés sont beaucoup moins nombreuses que pour les troubles du comportement externalisés.

Certains auteurs ne retrouvent aucune différence entre adoptés et non adoptés [56].

Certaines études montrent une plus grande proportion de troubles somatoformes et de troubles anxieux chez les adolescents adoptés [64] [62].

Les filles seraient plus susceptibles de développer des troubles du comportement internalisés [59].

Il est également pertinent de s'intéresser à l'attachement de ces adolescents car il est connu que les troubles de l'attachement sont pourvoyeurs de troubles de l'adaptation à l'adolescence.

Les adolescents adoptés semblent avoir un mode d'attachement plus précaire avec une surreprésentation d'attachement inséculaire et évitant [60].

Un type d'attachement inséculaire avec des assises narcissiques fragiles constituent un facteur de risque d'apparition de trouble psychopathologique à l'adolescence. La littérature dont on dispose indique qu'il pourrait exister des liens entre la nature des manifestations psychopathologiques, externalisées ou internalisées, et le type d'attachement [82].

L'étude de Rosenstein [83] retrouve 97% d'adolescents inséculaires dans un échantillon d'adolescents hospitalisés. Il différencie le style « inséculaire-détaché » qui prédisposerait plus à des troubles externalisés, de par un interdit de penser avec une fuite en avant, et le

style « insécure-préoccupé » prédisposant à des troubles internalisés qui sont provoqués par un débordement d'affects.

Cependant, des adolescents ayant eu un attachement insécure dans la petite enfance peuvent développer une sécurité interne grâce au milieu familial et la fonction de maternage de la famille adoptive [72].

### 3/Les troubles psychotiques

Seulement deux études traitent de la vulnérabilité au trouble psychotique des adolescents adoptés.

Cantor-Graae [57] retrouve un risque supérieur de développer une schizophrénie chez les adolescents adoptés en population danoise.

Une petite étude faite sur l'île de Palau en Micronésie, lieu où il existe une vulnérabilité génétique plus importante à la schizophrénie, a également montré que sur une population d'adolescents à risque génétique de développer un trouble psychotique, les adolescents adoptés présentaient eux, un risque supérieur [63].

Ces deux seules études ne suffisent pas pour conclure sur le lien entre adoption et troubles psychotiques, surtout lorsque l'on connaît l'importance de la part du génétique dans l'apparition de tels troubles. Les résultats sont biaisés par le fait que les antécédents psychiatriques familiaux des adolescents adoptés ne sont pas connus. Bien souvent, les parents souffrant de pathologies psychotiques ne conservent pas la garde de leur enfant, et cela peut être un motif d'adoption.

### 4/Généralités

Deux grosses études épidémiologique indiquent une bonne adaptation générale des adolescents adoptés [56] [74]. Ces études ont été faites en utilisant des auto-questionnaires concernant la vie quotidienne des adolescents, leurs relations familiales et sociales, leur humeur, leurs comportements, leur confiance en eux...

Les résultats montrent que la plupart de ces adolescents se sentent bien dans leur peau et se comportent comme des adolescents ordinaires. Il n'y a pas de différence significative entre la qualité de l'adaptation des adolescents adoptés et des non adoptés.

F. Juffer confirme dans sa méta analyse cette tendance qui dit que la majorité des adolescents adoptés sont bien ajustés et ne présentent pas de manière significative plus de comportements problématiques que leurs pairs non adoptés [55].

Il est important de souligner que l'adoption seule ne peut pas suffire à expliquer les troubles du comportement observés chez les adolescents. Ces difficultés comportementales doivent être considérées dans le contexte du processus de développement global de l'adolescent.

## **b. Les facteurs de vulnérabilité**

Une grande partie des études retrouvées s'applique à nous montrer l'influence de différents facteurs sur l'apparition de ces troubles.

### 1/Le sexe

Les résultats des études sont assez contrastés concernant l'influence du sexe sur l'apparition de trouble chez les adolescents adoptés.

Les deux méta analyses [55] [40] concluent au fait qu'il n'y a aucune différence significative entre les deux sexes tout comme la récente étude de C.B. Robinson [76].

Certains auteurs mettent en avant une prévalence plus importante de troubles du comportement externalisés chez les garçons adoptés tandis que les filles adoptées seraient plus à risque de troubles du comportement internalisés [59] [64].

H.D. Grotevant retrouve une prévalence de comportements antisociaux plus importante chez les filles adoptées que chez les adolescentes non adoptées [75]. Ceci peut s'expliquer par la plus grande fragilité des adolescentes adoptées. De plus, les comportements antisociaux étant plutôt rares chez les filles en population générale, la différence apparaît plus significative chez les filles que chez les garçons à cause des plus faibles effectifs.

Globalement, le sexe n'apparaît pas comme un facteur de vulnérabilité de trouble psychique chez l'adolescent adopté. Comme en population générale, les garçons ont plus de troubles externalisés et les filles fonctionnent plus sur l'internalisation des affects.

### 2/L'âge de l'adoption

Nous avons déjà vu précédemment que l'âge de l'adoption est un facteur essentiel dans le développement de l'attachement de l'enfant à sa famille adoptive.

L'âge de l'adoption a donc un impact certain sur le développement futur de l'enfant. De part les conditions de vie de l'enfant en pré-adoption qui peuvent également avoir des

conséquences sur le développement psychique de l'enfant, d'autre part, il impacte la qualité de l'attachement qui va pouvoir se mettre en place entre l'enfant et les parents.

La littérature scientifique trouve une association entre un âge d'adoption tardif et l'apparition de troubles psychiques mais il n'y a aucune causalité directe prouvée.

W. Tieman note que plus l'adoption est tardive, plus le score de la CBCL (Child Behaviour Checklist) est élevé [64].

Dans l'étude de S. Habersaat au Québec, l'adoption tardive constitue un facteur de risque face aux difficultés psychologiques et de comportement à l'adolescence particulièrement chez les garçons [59].

Une étude plus récente ne décèle pas de corrélation entre l'âge de l'adoption et l'apparition de trouble du comportement mais une forte corrélation entre la révélation tardive de l'adoption et l'apparition de trouble du comportement et des émotions [61].

Pour I. Gleitman, l'âge de l'adoption ou les facteurs de stress en pré-adoption ne semblent pas être corrélés à l'adaptation psycho-sociale des adolescents adoptés [74].

Une revue de la littérature faite par S.L. Nickman sur les enfants adoptés aux Etats Unis met en avant que l'âge de l'adoption est un des facteurs les plus prédictif de l'apparition de troubles à l'adolescence [84].

La littérature américaine suggère que le principal facteur contribuant à des troubles du comportements extrêmes est l'âge à l'adoption, avec la précision que les enfants adoptés après 6 ou 18 mois ont plus de problèmes de comportement, en particulier d'intériorisation, d'extériorisation, et des problèmes d'attention [85].

Cependant pour certains, l'adoption précoce pourrait induire un questionnement identitaire plus marqué chez le jeune, fondant sa naissance sur un vide, alors que les adolescents adoptés tardivement seraient plus aptes à objectiver et à comprendre les éléments de leur histoire [46]. Les adolescents adoptés précocement auraient plus de mal à penser leurs origines.

Il faut garder en tête que l'enfant est un être malléable et que rien n'est figé à l'âge où il est adopté. Une adoption tardive marque certainement une vulnérabilité du développement émotionnel mais une adoption bienveillante peut permettre la mise en place d'un attachement plus sécurisé. L'attachement entre l'enfance et l'adolescence chez les adoptés n'étant pas forcément continu [72].

L'âge tardif de l'adoption est donc un facteur de vulnérabilité mais non prédictif d'un trouble psychique à l'adolescence.

Il semble également pertinent de prendre en considération l'âge de l'abandon et le temps de latence entre l'abandon et l'adoption. Une longue durée de latence (supérieure à 1an et demie) entre l'abandon et l'adoption favoriserait les difficultés dans la construction identitaire. Alors qu'une courte durée de latence favoriserait l'instauration d'une relation de confiance avec la famille adoptive [46].

### 3/ Les conditions de vie avant l'adoption

Il est aujourd'hui reconnu que les carences précoces de soins ont des conséquences sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Une longue durée sans figure parentale fixe est néfaste pour le développement d'un enfant.

Dès 1954, D. Winnicott relevait que les problèmes qui surviennent en situation adoptive ne sont pas la conséquence de l'adoption mais des carences avant l'adoption [17].

Les conditions de vie en institution peuvent, en fonction des lieux, être pourvoyeuse de nombreuses carences (de soins, de stimulations, affectives...).

L'histoire de l'enfant en pré-adoption a donc forcément un impact sur le développement de l'enfant, mais encore une fois il n'y a pas de continuité établie entre carence précoce et trouble psychique à l'adolescence. Il est indispensable de prendre en compte les capacités de résilience de l'enfant adopté et la sécurité que pourra lui apporter la famille adoptive.

La méta analyse de F. Juffer met en avant que l'adversité en pré adoption est un facteur de risque pour le développement de troubles du comportement externalisés à l'adolescence chez les adolescents adoptés à l'international [55].

L'étude ERA ( English and Romanian Adoptee) menée par M.L. Rutter, G. O'Connor puis C. Beckett et S. Sonuga-Barke a permis l'étude du lien entre la privation institutionnelle et le potentiel cognitif en comparant un groupe d'enfant adoptés d'origine roumaine à un groupe d'enfant adoptés d'origine anglaise [35] [86]. Cette étude a prouvé l'impact de la privation institutionnelle et de l'hospitalisme sur le potentiel cognitif. La durée de la privation est corrélée au potentiel cognitif. Cependant, ce travail a également mis en avant les capacités de résilience de ces enfants avec une possibilité de rattrapage de points de QI en post adoption. L'équipe de C. Beckett montre qu'à l'adolescence la différence n'est plus significative et donc qu'il n'y a plus de corrélation entre la privation dans l'enfance et le retard mental [68].

Certains de ces auteurs ont également fait le lien entre l'apparition de troubles attentionnels et le manque de soins individualisés dans les orphelinats [87].

L'adoption peut également être un facteur protecteur d'apparition de trouble par rapport à des enfants qui sont restés en institution.

M.R. Gunnar qui a beaucoup travaillé sur les effets de la déprivation chez les enfants adoptés signale qu'il y a plus de troubles du comportement chez les enfants adoptés après 6-9 mois lorsqu'ils sont en institution, avec de plus mauvaises conditions (moyens humains, nombreuses privations psychosociales) et après 18-24 mois lorsqu'ils ont été dans des institutions dans lesquelles les conditions ont été jugées acceptables. D'après ses études, l'âge de l'adoption reste plus significatif que l'histoire institutionnelle de l'enfant sur la prédiction de troubles du comportement [88].

L'histoire infantile et les conditions de vie de l'enfant en pré-adoption sont indéniablement un facteur de vulnérabilité important sur l'apparition de troubles psychiques à l'adolescence.

#### 4/ L'environnement familial

Dans la littérature passée en revue, un grand nombre d'article s'intéresse à l'influence de la relation parent-enfant sur l'apparition d'un trouble psychique à l'adolescence.

Les sept articles sur ce sujet mettent tous en en avant une corrélation entre l'environnement familial et la santé mentale de l'adolescent adopté.

Différentes études épidémiologiques ont observé l'apparition de troubles du comportement en fonction de la qualité de la relation parentale: toutes indiquent qu'un environnement familial stable et favorable est inversement proportionnel à l'apparition de troubles du comportement à l'adolescence, que ce soit pour les troubles internalisés et externalisés [69] [71] [73] [76].

G. Slap note que la présence de liens familiaux de bonne qualité protège les adolescents du suicide, quelle que soit la nature de leur filiation [77].

L. Von Korff met également en évidence un point intéressant, qui est à savoir que les adolescents adoptés ayant gardé un contact avec leur famille biologique ont moins de trouble du comportement externalisés [70].

A travers son environnement familial, l'adolescent questionne sa place au sein de sa famille. Il recherche à s'identifier par rapport à sa famille adoptive, ce qui peut s'avérer complexe lorsque son histoire adoptive n'est pas claire pour lui.

Il est indéniable que l'environnement familial est un facteur d'influence sur l'émergence d'un trouble psychique chez les adolescents adoptés ; lorsqu'il est de bonne qualité, il est alors un facteur protecteur mais lorsqu'il est de mauvaise qualité, c'est alors un facteur précipitant.

### 5/ Le pays d'origine

Nous avons vu l'importance des conditions de vie de pré adoption dans le développement des enfants adoptés. En fonction du pays d'origine, les conditions ne sont pas les mêmes. Dans certains pays les enfants sont plus en institutions, et dans d'autres plutôt en famille d'accueil.

Selon le pays d'origine les raisons de l'abandon sont également différentes (guerre, pauvreté, troubles psychiatriques chez les parents, légale comme en Chine avec la politique de l'enfant unique), l'histoire adoptive diffère.

S. Habersaat montre dans son étude l'importance de l'influence du pays d'origine : il y a plus de vulnérabilité à l'apparition de pathologie psychique chez les adoptés en Europe de l'Est qu'en Asie du Sud est [59].

M.R. Gunnar retrouve plus de risque de troubles du comportement externalisés chez les enfants d'Europe de l'Est et de Russie que chez les enfants du reste du monde [88].

Ceci peut s'expliquer par le grand recours à l'institutionnalisation dans les pays de l'Europe de l'Est et à des problématiques comme l'alcool, la toxicomanie et la prostitution chez les femmes de ces pays-là. L'état de santé et les conditions de vie de ces mères durant la grossesse sont très précaires et ces consommations peuvent entraîner des vulnérabilités psychiques supplémentaires.

D'autre part, la question de l'appartenance culturelle est très importante.

Durant l'adolescence, le questionnement identitaire revient au premier plan avec la problématique de l'appartenance raciale [89]. L'adolescence est souvent marquée par un regain d'intérêt pour le pays d'origine au travers la recherche d'une identité culturelle. Cette référence au pays d'origine est partie intégrante de la construction psychique de l'adolescent adopté.

L'adolescent adopté se rallie à une identité culturelle. L'identité culturelle est définie comme l'ensemble des croyances, comportements sociaux, rites, coutumes, traditions, valeurs, langues, institutions d'une culture donnée [90].

Une étude sur de jeunes adolescentes adoptées de Chine montre qu'il y a une corrélation entre le degrés d'appartenance culturelle et l'estime de soi [91].

Dans une récente revue de la littérature de 2015, les auteurs américains qui évoquent l'adoption internationale y mentionnent comme central le lien entre l'état psychologique et les appartenances culturelles. Le sentiment de fierté des adoptés vis-à-vis de la culture du pays de naissance permettrait une meilleure estime de soi [92].

Aux Etats Unis, il est conseillé aux parents adoptants de garder des liens avec la culture du pays de naissance de leur enfant à but préventif. En effet, une identité biculturelle positive et forte serait considérée comme un facteur protecteur.

Cependant ils ne peuvent mettre en évidence un lien de causalité direct entre l'appartenance culturelle et l'état psychologique des adoptés, et la recommandation d'une socialisation biculturelle n'a pas de caractère universel.

G. Devereux, fondateur de l'ethnopsychiatrie, explique que les « défenses culturelles » sont comme un bouclier et qu'elles aident dans la protection et la résorption des traumatismes [93]. Lors d'une adoption, l'enfant perd « ses défenses culturelles »; pouvoir reformer son bouclier en recherchant son identité culturelle semble être pour l'adolescent adopté un moyen de se protéger et de se construire.

La culture du pays d'origine joue probablement un rôle sur la présentation symptomatique d'un mal être psychique. A ce jour, très peu de recherches ont exploré l'influence du pays d'origine sur le développement psycho affectif de l'enfant adopté, alors que ce lien semble exister.

L'origine du pays est donc un facteur de vulnérabilité pour les troubles psychiques à l'adolescence. De part les conditions de vie de ce pays, et donc les conditions d'adoption, d'autre part par la question de l'identité culturelle à laquelle peut se relier ou non le jeune adolescent adopté.

## 5. Conclusion

Cette revue de la littérature témoigne qu'il est à ce jour impossible d'établir un lien de causalité linéaire direct entre l'adoption et l'apparition d'un trouble psychique à l'adolescence. Il n'y a pas non plus de consensus sur la prévalence des troubles psychiatriques émergents chez les adolescents adoptés. Nous pouvons néanmoins observer que la population des adolescents adoptés est une population vulnérable sur le plan psychique mais qu'il ne faut pas cependant réduire leur symptomatologie au seul statut d'adopté.

Les facteurs influant sur le développement de ces troubles sont des facteurs faisant partis de l'histoire infantile de l'adolescent (conditions de vie en pré-adoption, âge de l'adoption, pays d'origine) et de son histoire actuelle (son environnement familial et sa place dans sa famille, son identité culturelle).

L'intérêt de ce travail est finalement de mieux connaître les facteurs qui peuvent influencer sur l'apparition de ces troubles pour mieux définir une population à risque. Ceci pourra nous permettre de mieux agir sur les facteurs précipitants (comme les conflits familiaux par exemple) et donc de pouvoir prévenir si possible l'apparition de troubles.

Nous avons vu que certains facteurs sont essentiels, comme l'histoire de l'adoption mais sur lesquels il est plus difficile d'agir.

Cependant, rien n'est figé et la littérature nous montre bien que c'est en partie l'environnement familial qui va déterminer qu'un adolescent adopté vulnérable puisse développer un trouble psychique ou non.

Il est donc indispensable de prendre en charge l'adolescent adopté souffrant dans sa globalité. La thérapie familiale a aussi largement prouvé son efficacité dans les problématiques d'adoption.

De plus, les familles adoptantes sont d'un niveau socio-économique plutôt élevé et accèdent aux soins facilement. Cet argument est d'ailleurs souvent repris dans la littérature pour expliquer la surreprésentation des adolescents adoptés dans les structures de soins psychiatriques.

Il existe également d'autres facteurs en lien avec l'adoption qui peuvent également influencer sur la santé mentale des adolescents adoptés et qu'il faut pouvoir prendre en compte ; comme les facteurs génétiques ou la question de l'identité culturelle et la confrontation au racisme. Il faut pouvoir en tenir compte.

La majorité des adolescents adoptés sont, tout de même, bien ajustés et ne présentent pas de manière significative plus de comportements problématiques que leurs pairs non adoptés.

## **Partie expérimentale :**

**Etude sur une population d'adolescents  
adoptés hospitalisés en unité de soins  
psychiatriques**

## I. Introduction

Comme vu précédemment, l'adolescence est une période charnière pour le développement psychoaffectif et questionne la construction identitaire. C'est une période à risque de développement d'un trouble psychique surtout lorsqu'il existe une vulnérabilité sous-jacente. Nous avons exposé dans la partie précédente toute la complexité de l'adoption et par quel processus celle-ci peut rendre un adolescent vulnérable.

Les études épidémiologiques indiquent une surreprésentation des adolescents adoptés dans les centres de consultation et les hôpitaux pédopsychiatriques, ainsi que dans les structures scolaires ou internats pour adolescents en difficultés. Une étude réalisée en Belgique en 2005 indique que parmi les adolescents hospitalisés, un pourcentage 5 à 10 fois supérieur concerne les jeunes adoptés par rapport à la population générale belge [2]. Ces résultats rejoignent ceux de la Suède, du Canada, du Royaume-Uni et des Etats-Unis.

En 2005, une étude préliminaire de la direction générale à l'action sociale (DGAS) et du Ministère de la Santé montrait qu'environ 15% des enfants adoptés étaient placés dans les foyers de l'ASE ou en hôpital psychiatrique. Cette étude n'a pas été poursuivie et les résultats n'ont pas été rendus publics.

La principale explication trouvée pour comprendre cette surreprésentation est que les familles adoptantes ont plus accès aux soins que les autres, et qu'elles sont parfois plus attentives à la fragilité reconnue des adolescents adoptés.

### **Objectif :**

L'étude présentée dans ce travail n'a pas pour but de stigmatiser les adolescents adoptés. L'objectif de ce travail est dans un premier temps d'identifier les adolescents adoptés hospitalisés en psychiatrie pour mieux comprendre qui ils sont et quelles sont leurs principales pathologies. Dans un deuxième temps, nous les comparerons aux autres adolescents hospitalisés pour tenter de définir à quels types de troubles ces adolescents adoptés sont plus sujets. Nous chercherons également à identifier les facteurs personnels et environnementaux qui influent sur le risque d'hospitalisation en psychiatrie. La connaissance des facteurs influençant l'apparition des troubles psychiatriques chez les adolescents adoptés pourrait permettre la prévention de leur apparition.

## **II. Matériel et méthode**

### **1. Type d'étude**

L'étude présentée est une étude épidémiologique descriptive longitudinale, rétrospective, conduite sur 1 an.

### **2. Population**

Cette étude porte sur une population d'adolescents hospitalisés dans une unité dite « centre de crise pour adolescents » (CCA), unité de soins aigus pour adolescents de l'hôpital Charles Perrens à Bordeaux. C'est une unité de soins « fermée » pour adolescents de 12 à 18 ans rattaché au Pôle de Pédopsychiatrie intersectorielle de Bordeaux. Avec une capacité d'accueil de 10 lits, cette unité accueille tous les types de pathologies dont des patients non consentant aux soins. Ce service étant une « unité de crise », unique dans le département de la Gironde, les troubles du comportement externalisés sont une des indications principales d'hospitalisation.

Les patients inclus ont été hospitalisés dans ce service entre le 1<sup>er</sup> Mai 2013 et le 1<sup>er</sup> Mai 2014. Certains de nos patients inclus ont été hospitalisés plusieurs fois durant cette période. Dans la première partie, nous souhaitons décrire la population d'adolescents adoptés présentant un trouble psychiatrique émergent. La population sélectionnée est celle des adolescents adoptés hospitalisés dans cette unité présentant un trouble psychiatrique émergent. Les critères d'inclusion sont d'être âgé de 12 à 18 ans, d'avoir été adopté de manière simple ou plénière, que ce soit une adoption nationale ou internationale. Le critère d'exclusion principal est l'existence d'une trouble psychiatrique avant l'entrée dans l'adolescence ce qui ne correspondrait donc pas à la définition de trouble émergent à l'adolescence.

Dans la deuxième partie, nous souhaitons comparer le groupe d'adolescents adoptés hospitalisés au groupe d'adolescents non adoptés hospitalisés en fonction de leur âge, sexe et diagnostics psychiatriques. Nous avons donc, dans cette partie, inclus tous les patients hospitalisés durant cette période d'un an et formé deux groupes. Le premier, constitué de tous les adolescents hospitalisés adoptés et le deuxième, constitué de tous les autres adolescents hospitalisés.

### 3. Méthode

Les informations ont été recueillies via le dossier informatisé du patient à partir du logiciel informatique « Hôpital Manager ». Les informations recherchées chez les adolescents adoptés répondaient à un questionnaire standardisé permettant de définir le profil du patient.

Les différents champs d'informations recueillies sont :

- Patient : Age et sexe
- Parents : Statut socioprofessionnel et marital
- Niveau scolaire
- Hospitalisation : le motif, la durée et le nombre d'hospitalisations antérieures
- Adoption : l'âge de l'adoption, le pays d'origine et les circonstances particulières
- Fratrie : issue de l'adoption ou pas
- Antécédents : médicaux et psychiatriques
- Problématique psychiatrique
- Consommation de substances et conduites addictives
- Diagnostic CIM-10 principal et secondaire

Chez les adolescents non adoptés, constituant le groupe de témoins, les informations recueillies sont l'âge, le sexe, le statut marital des parents et le diagnostic CIM 10 (Classification internationale des maladies).

Afin de réaliser cette étude épidémiologique, nous avons déterminé les taux de prévalence de différents troubles mentaux et du comportement dans chacun des deux groupes, correspondant aux diagnostics médicaux posés par les médecins du service selon la classification CIM-10. Nous les avons regroupés en différents ensembles nosographiques en retenant le diagnostic CIM principal:

- Les troubles du comportement externalisés
- Les troubles du comportement internalisés
- Les troubles psychotiques

Nous avons ensuite comparé, pour les troubles principaux, les taux de prévalence entre les différents groupes. Pour cela nous avons appliqué un test statistique du type Chi-2.

### **III. Résultats**

#### **1. Description de la population d'adolescents adoptés hospitalisés présentant un trouble psychiatrique émergent**

##### **a. Les facteurs socio économiques :**

La population sélectionnée dénombre 12 adolescents adoptés hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> Mai 2013 et le 1<sup>er</sup> Mai 2014 pour un total de 120 adolescents hospitalisés.

La population d'adolescents adoptés représente donc 10% de la population générale d'adolescents hospitalisés sur l'année.

Sur les 12 adolescents sélectionnés, un seul a été exclu de la première partie de l'étude car il présentait un trouble envahissant du développement connu depuis l'enfance sachant que nous souhaitons dans cette première partie décrire un groupe d'adolescents adoptés présentant des troubles psychiatriques émergents.

Sur les 11 adolescents inclus, il y a 4 garçons pour 7 filles.

La moyenne d'âge au moment de l'hospitalisation est de 15 ans.

Les parents adoptants sont tous issus d'un milieu socioculturel moyen à élevé. Nous ne retrouvons aucun cas de précarité sociale. Sur les 11 adolescents, 8 ont des parents mariés, 2 ont des parents divorcés et nous trouvons un seul cas de mère célibataire ayant adopté seule.

Au niveau de la fratrie : 2 sont enfants uniques, 2 ont une fratrie issue biologiquement des parents adoptifs, 3 ont une fratrie restée au pays d'origine, 2 ont une fratrie adoptée sans lien biologique, 1 fait partie d'une adoption de fratrie biologique.

Au niveau scolaire, 5 sont en institut spécialisé ou secteur protégé, 2 en milieu professionnel et 4 en milieu ordinaire mais avec des difficultés scolaires. Tous ont présenté une scolarité ordinaire en primaire avec l'apparition des difficultés scolaires au collège.

## b. Caractéristiques liées à l'adoption

Nous avons pu voir précédemment que les caractéristiques liées à l'adoption peuvent influencer l'apparition de troubles psychiques à l'adolescence. Il est donc important de détailler ces résultats pour notre population.

### Le pays d'origine :

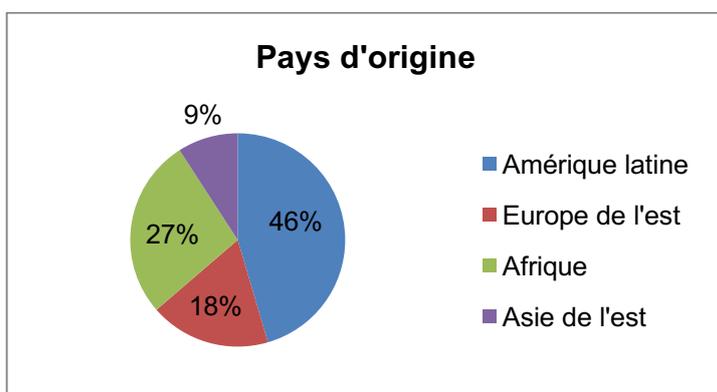
Tous les adolescents inclus sont issus de l'adoption internationale et de pays différents.

Nous avons regroupé les pays d'origine en 4 groupes selon les critères de proximité géographique et culturelle, selon la description de l'Unesco : champs culturels communs (langues et paroles, pratiques artistiques, pratiques religieuses ou philosophiques) et pratiques de régulation économiques et juridiques proches.

- Amérique latine : Colombie, Mexique, Brésil, Venezuela, Bolivie, Pérou, Equateur, Honduras et Costa Rica
- Afrique : Pays de l'Afrique subsaharienne
- Asie de l'Est : Chine, Corée, Vietnam, Thaïlande, Cambodge
- Europe de l'Est : Russie, Roumanie, Pologne, Ukraine

L'Unesco rajoute un cinquième secteur qui est celui des Caraïbes avec Haiti, mais celui-ci n'est pas retrouvé pas dans notre population.

L'Amérique latine est le continent le plus représenté avec 5 adolescents sur 11, puis l'Afrique avec 3 adolescents sur 11, l'Europe de l'Est avec 2 adolescents sur 11, et enfin l'Asie avec 1 adolescent sur 11.



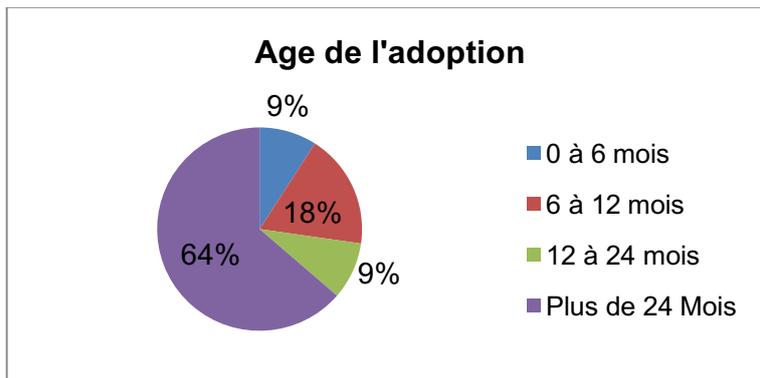
### L'âge de l'adoption :

L'âge de l'adoption varie entre 2 mois et 11 ans avec une moyenne de 3 ans et demi.

Seulement 3 ont été adoptés avant 12 mois, nous pouvons donc qualifier 8 cas sur 11 comme adoptions tardives.

Nous les avons classés ci-dessous en fonction des âges clés retrouvés dans la littérature.

Nous pouvons conclure que la plupart des adolescents adoptés retrouvés hospitalisés ont eu une adoption tardive : 64% après 24 mois et 72% après 12 mois.



### **c. Pathologies psychiatriques**

64% des adolescents inclus avaient déjà été hospitalisés au moins une fois en psychiatrie (7/11). La durée moyenne de séjour est de 58 jours.

Le motif d'hospitalisation principal est, pour tous les adolescents, un passage à l'acte auto ou hétéro agressif et des mises en danger.

Tous les adolescents inclus avaient déjà eu un suivi psychiatrique et 9 /11 (82%) avaient un traitement : 8 sous thymorégulateurs avec parfois l'ajout d'un antipsychotique sédatif et 1 sous anxiolytique.

La majorité - 8/11 (73%) - consomme des toxiques, principalement cannabis et tabac, et alcool de manière plus occasionnelle.

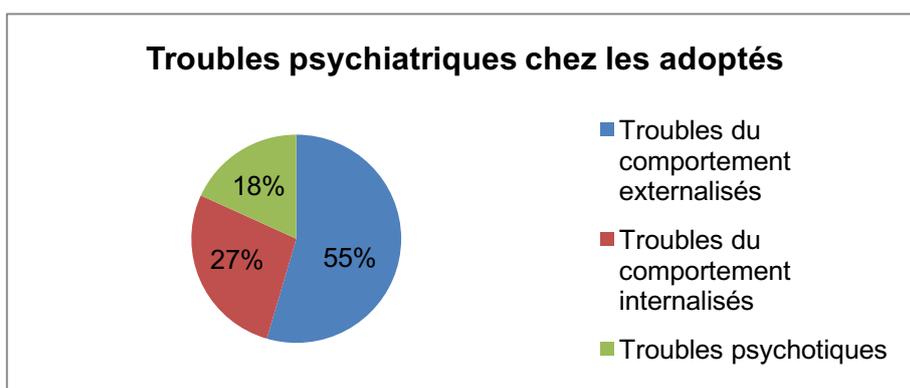
Les problématiques psychiatriques sont semblables dans l'ensemble avec des troubles plutôt externalisés, des troubles du comportement avec mises en danger : une mauvaise gestion émotionnelle avec labilité thymique, irritabilité et impulsivité ainsi que des conflits parentaux. Nous retrouvons également des fléchissements thymiques avec passage à l'acte auto agressif. Chez un seul des adolescents, nous retrouvons une symptomatologie anxieuse et dépressive pure avec questionnement identitaire.

Chez deux adolescents, nous retrouvons une symptomatologie psychotique.

Les diagnostics CIM-10 principaux restent divers mais dans l'ensemble ce sont des troubles externalisés :

- 5 « F92.9 : Trouble mixte des conduites et trouble émotionnel »
- 2 « F43.2 : Trouble de l'adaptation »
- 1 « F91.3 : Trouble oppositionnel avec provocation »
- 1 « F41.2 : Trouble anxieux et dépressif mixte »
- 1 « F20.0 : Schizophrénie paranoïde »
- 1 « F.21.0 : Trouble schizotypique »

Si nous reprenons la classification nosographique utilisée pour notre revue de la littérature, nous pouvons représenter la répartition des troubles selon le schéma suivant :



Tous présentent le diagnostic secondaire CIM-10 « Z611 : Difficultés liées au départ du foyer pendant l'enfance ».

Deux présentent comme diagnostic secondaire « F70.1 : Retard mental léger ».

Les deux ayant des parents divorcés présentent le diagnostic « Z635 : Difficultés liées à la dislocation de la famille par séparation ou divorce ».

Si nous observons les liens entre le diagnostic de l'adolescent et son histoire adoptive, nous pouvons voir certains profils qui se dessinent en fonction du pays d'origine.

Les 5 « troubles des conduites et des émotions » sont tous originaires d'Amérique latine. Les 2 « trouble de l'adaptation » sont originaires d'Afrique. Les 2 « retard mental » sont originaire d'Europe de l'Est. L'unique « trouble anxieux et dépressif » est le seul originaire d'Asie.

Ce résultat est intéressant car il questionne sur l'importance du facteur culturel. Nous pouvons donc faire l'hypothèse qu'en fonction de son origine, l'adolescent exprime son mal être d'une façon ou d'une autre. Les adolescents originaires d'Amérique latine pourraient

être plus vulnérables aux troubles externalisés tandis que ceux originaires d'Afrique ou d'Asie de l'Est seraient plus à risque de troubles du comportement internalisés.

Le fait de retrouver des diagnostics de retard mental pour les adolescents originaire d'Europe de l'Est pourrait s'expliquer par les problèmes d'alcoolisme maternel dans ces pays là avec des forts taux de syndrome d'alcoolisation fœtal.

En revanche, nous n'observons pas de lien particulier entre la pathologie et l'âge de l'adoption.

L'étude a également révélé un résultat qui n'avait pas forcément été recherché dans un premier temps. Pour 64% des adolescents (7/11), un écrit au juge des enfants a été fait pendant l'hospitalisation pour signaler une situation de mineur en danger, dans le cadre de la protection de l'enfance. Des mesures d'Aide éducative en milieu ouvert (AEMO) ou de placement ont été demandées.

## **2. Description de la population globale d'adolescents hospitalisés**

Nous allons maintenant décrire de manière générale la population d'adolescents hospitalisés avant de s'intéresser à la comparaison des deux groupes.

Sur cette période de 1 an, il y a eu 120 adolescents hospitalisés sur l'unité.

L'âge moyen d'hospitalisation est de 15 ans.

Le sex ratio est de 0,93 avec 58 garçons pour 62 filles.

Dans cette partie nous nous intéressons à la globalité des adolescents adoptés donc sans exclure les troubles apparus durant l'enfance ce qui nous amène à inclure les diagnostics de troubles développementaux.

Si nous reprenons la classification en fonction des différents groupes nosographiques en y ajoutant les troubles du développement, nous retrouvons en population d'hospitalisation :

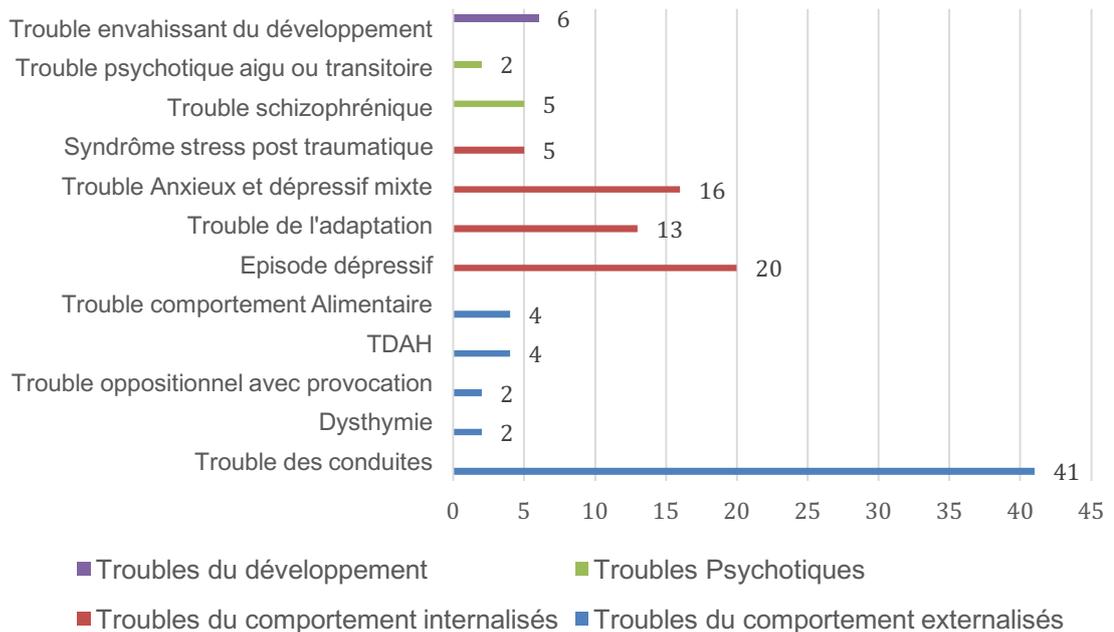
- 46 % de troubles du comportement externalisés (55/120)
- 43% de troubles du comportement internalisés (52/120)
- 6% de troubles psychotiques (7/120)
- 5% de troubles du développement (6/120)

### Troubles psychiatriques chez les adolescents hospitalisés



Les résultats des diagnostics sont présentés dans le graphique suivant :

### Diagnostics des Adolescents Hospitalisés



### 3. Comparaison entre groupe d'adolescents adoptés et le groupe de témoins

Nous avons choisi de comparer les deux groupes en fonction de l'âge du sexe, du diagnostic et des caractéristiques liées à l'hospitalisation.

Les résultats de la comparaison en fonction du diagnostic entre le groupe adolescents adoptés et le groupe témoins, adolescents non adoptés, sont présentés dans le graphique suivant et le tableau 1.

Les résultats de la cette comparaison en fonction de l'âge, du sexe et des caractéristiques liées à l'hospitalisation sont présentés dans le tableau 2.

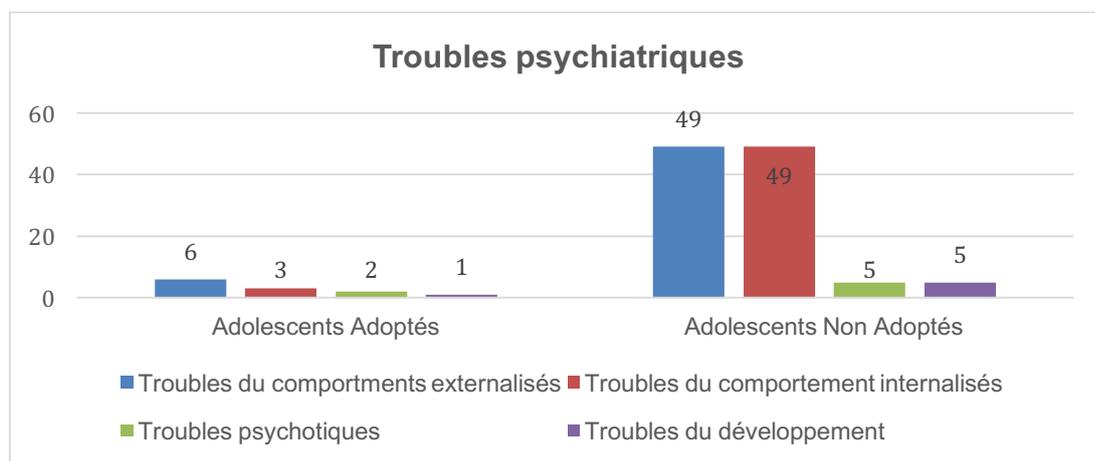


Tableau 1 : Comparaison des adolescents adoptés aux adolescents non adoptés :

	Adolescents Adoptés N = 12 (10%)		Adolescents Non Adoptés N = 108 (90%)		
Diagnostic CIM 10	N	%	N	%	p
<b>Troubles du comportement externalisés</b>	6	50%	49	45,37%	0,65
Trouble des conduites	5	42%	36	33,33%	0,58
Trouble oppositionnel avec provocation	1	8%	1	0,92%	0,05
Trouble du comportement alimentaire	0		4	3,7%	0,52
TDAH : Trouble hyperkinétique	0		4	3,7%	0,52
Dysthymie	0		2	1,85%	0,65
<b>Troubles du comportement internalisés</b>	3	25%	49	45,37%	0,20
Episode dépressif majeur	0		20	18,5%	0,10
Trouble de l'adaptation	2	16,5%	11	10,18%	0,52
Trouble anxieux et dépressif mixte	1	8,5%	15	13,89%	0,65
PTSD : syndrome de stress post traumatique	0		5	4,63%	0,44
<b>Troubles Psychotiques</b>	2	16,5%	5	4,63%	0,09
Trouble psychotique aigu et transitoire	0		2	1,85%	0,65
Trouble d'allure schizophrénique	2	16,5%	3	2,78%	0,02
<b>Troubles du développement</b>	1	8,5%	5	4,63%	0,58
Trouble envahissant du développement	1	8,5%	5	4,63%	0,58

Les résultats ci-dessus montrent un pourcentage plus élevé de troubles du comportement externalisés, de troubles psychotiques et de troubles du développement chez les adolescents adoptés hospitalisés et un pourcentage plus élevé de troubles du comportement internalisés chez les adolescents hospitalisés non adoptés. La seule différence significative relevée concerne les troubles d'allure schizophrénique qui sont plus élevés dans le groupe adolescents adoptés ( $p = 0,02$  donc  $p < 0,05$ ). Dans cet échantillon les adolescents adoptés sont donc plus vulnérables aux troubles d'allure schizophrénique. Cependant, devant la

faible puissance de l'étude, ce résultat peut être discutable et ne peut être extrapolable à la population générale.

La moyenne d'âge des deux groupes est similaire avec une moyenne d'âge de 15 ans au moment de l'hospitalisation.

Le sexe ratio est de 0,71 dans le groupe des adolescents adoptés pour 0,96 dans le groupe des adolescents non adoptés. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour le facteur sexe même si les filles sont plus représentées dans le groupe des adoptés. Dans cet échantillon le sexe n'influence pas l'apparition de troubles psychiatriques chez les adolescents adoptés.

Tableau 2 : Caractéristiques des adolescents adoptés comparés au groupe témoins :

	Adolescents Adoptés	Adolescents Non Adoptés
Filles	7	55
Garçons	5	53
Sex-Ratio	0,71	0,96
Moyenne d'âge	15 ans	15 ans
Durée moyenne d'hospitalisation	60 jours	22,5 jours
Taux de réadmission	67%	16%

Un autre résultat intéressant concerne les caractéristiques d'hospitalisation. Dans le groupe des adolescents adoptés incluant les 12 adolescents adoptés durant l'année, la durée moyenne d'hospitalisation est de 60 jours alors qu'elle n'est que de 22,5 jours dans le groupe témoins. De même, 8 adolescents sur 12 (67%) ont été hospitalisés plusieurs fois dans le groupe des adolescents adoptés contre 17 sur 108 (16%) dans le groupe témoin.

Dans notre échantillon, les adolescents adoptés sont donc hospitalisés plus souvent et plus longtemps.

## **IV. Discussion**

### **1. Discussion des résultats**

Les résultats de cette étude sont, bien entendu, uniquement descriptifs. Au vu de la faiblesse de l'échantillon et donc du manque de puissance de l'étude, les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population d'adolescents adoptés hospitalisés en

psychiatrie. De plus cette étude recueille les informations dans des dossiers informatisés de manière rétrospective ce qui induit un biais important de « recueil de données ».

Ce qui ressort de cette étude est le fait que les adolescents hospitalisés ont, pour la plupart, déjà une histoire avec la psychiatrie et des problématiques personnelles qui remonte à avant l'hospitalisation. Nous ne sommes pas dans le cas de l'adolescent adopté lambda mais face à des jeunes qui sont déjà vulnérables et ont déjà un parcours de soins psychiatriques.

Nous retrouvons une disparité entre la population d'adoptés en unité d'hospitalisation et la population d'adoptés en population générale :

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques des adolescents adoptés hospitalisés comparés aux adoptés en population générale :

	Hospitalisation	Générale
Prévalence	10%	0,25%
Sexe ratio	0,57	1
Age moyen adoption	3,5 ans	3 ans
Adoption précoce (<2ans)	23%	8%
Adoption tardive (>2ans)	67%	92%
Origine majoritaire	Amérique latine	Afrique

*Source épidémiologique : Statistique de l'adoption internationale en France par le Ministère des Affaires Etrangères.*

Nous retrouvons une surreprésentation des adolescents adoptés en institution psychiatrique dans cette étude. Ces résultats sont conformes à ceux de la revue de la littérature qui confirme l'impression clinique d'une plus grande prévalence de troubles psychiatriques chez les adoptés [80].

Cette surreprésentation est à modérer par les caractéristiques des familles qui adoptent. Ce sont des familles d'un niveau socio-économique moyen ou élevé, éduquées et qui accèdent donc facilement aux soins.

Nos résultats montrent une surreprésentation de filles dans notre échantillon (64%). Dans la littérature, il n'y a pas, à ce jour, de consensus sur l'influence du sexe dans l'apparition de troubles psychiatriques chez les adolescents adoptés.

Dans la littérature actuelle, nous retrouvons cependant l'âge tardif de l'adoption comme facteur influençant des troubles chez l'adopté. Une adoption tardive serait plus à risque pour un trouble psychiatrique dans l'avenir. Ce résultat n'est pas apparu dans notre étude dans laquelle nous retrouvons un pourcentage moindre d'adoption tardive dans la population hospitalisée qu'en population générale.

La journée sur l'étude de la scolarité des enfants adoptés présentée par la COCA de Versailles en 2013, concluait que les enfants adoptés présentent des difficultés importantes au cours de la scolarité avec une moins bonne intégration scolaire et plus de troubles des apprentissages [94]. Les résultats retrouvés dans notre étude sur le niveau scolaire sont ceux retrouvés au niveau national.

L'importance de l'origine des enfants adoptés est reprise dans la littérature actuelle. En effet, les orphelins ne sont pas traités de la même manière en fonction des pays, et d'une manière générale, les pathologies psychiatriques ne s'expriment pas de la même façon en fonction des différences culturelles. Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, la notion d'un profil de trouble en fonction de l'origine de l'adolescent adopté. Ce point pourrait être une recherche intéressante.

Une étude menée sur une population de jeunes adoptés retrouvés dans les services de protections judiciaires de la jeunesse montre qu'il existe une surreprésentation d'adolescents issus d'Amérique du Sud bénéficiant de mesures éducatives dans le cadre de comportements violents [24]. Ceci rejoint nos résultats.

Cette étude nous permet une description d'un petit échantillon d'adolescents adoptés en secteur hospitalier mais la majorité des facteurs de vulnérabilité trouvés dans notre revue de la littérature n'ont pas pu être explorés.

Les mauvaises conditions de vie avant l'adoption apparaissent comme un des facteurs important qui influence l'émergence des troubles chez l'adolescent. Il est connu que cela augmente le taux de troubles externalisés mais pas des troubles internalisés. Dans notre étude ce facteur-là, pourtant primordial, n'a pas pu être étudié par manque de données.

Il en est de même pour la relation avec les parents. Nous avons vu précédemment l'importance de l'environnement familial pour l'adolescent adopté. Cette donnée aurait pu être évaluée en récupérant l'information dans le dossier informatisé. Cela n'a pu être fait car c'est un paramètre qui n'est pas systématiquement évalué lors de l'hospitalisation et qui est difficile à recueillir de manière rétrospective.

Dans notre deuxième partie, les résultats décrivent la population globale des adolescents hospitalisés. Les diagnostics majoritaires sont les épisodes dépressifs et les troubles des conduites. Les taux de troubles du comportement externalisés et internalisés sont équivalents. Cela ne correspond pas au pourcentage retrouvé chez les adolescents adoptés chez lesquels, les troubles du comportement externalisés sont majoritaires.

Nous pourrions nous attendre à ce que les résultats de l'analyse statistique comparant le groupe adolescents adoptés au groupe témoin retrouvent une différence significative pour les troubles du comportement externalisé. Ce résultat rejoindrait une partie de la littérature scientifique qui démontre une vulnérabilité des adolescents adoptés aux troubles du comportement externalisés [40] [55] [2].

Cependant l'analyse statistique ne retrouve pas de différence significative et donc dans notre échantillon les troubles du comportement externalisés ne sont pas surreprésentés chez les adolescents adoptés. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que cette unité est une structure spécialisée dans l'accueil des adolescents présentant des troubles du comportement externalisés. C'est, en effet, la seule structure de soins « fermée » du département de la Gironde. Les troubles du comportement externalisés y sont donc, par définition, surreprésentés dans les deux groupes.

Le seul résultat ressortant comme significatif est la surreprésentation de troubles d'allure schizophrénique chez les adolescents adoptés. Ce résultat rejoint quelques données de la littérature qui montrent une vulnérabilité à la schizophrénie des adolescents adoptés [57][63]. Néanmoins, dans notre étude, il y a seulement 5 cas de troubles schizophréniques dans la population globale, ce qui constitue un échantillon très faible. Il est décrit dans la littérature que seulement 20% des schizophrénies débutent avant l'âge de 19 ans [95]. Il est donc rare que les adolescents soient hospitalisés dans des services de psychiatrie de l'adolescent pour un trouble schizophrénique. De plus, les résultats concernant les troubles psychotiques en général ne sont pas, eux, significatifs.

Le faible pourcentage de troubles d'allure schizophrénique dans la population globale hospitalisée et la faible puissance de l'étude ne nous permettent pas de conclure sur ce résultat.

L'âge et le sexe ne semblent pas avoir d'impact sur le développement d'un trouble psychiatrique chez les adolescents adoptés car ils sont similaires à ceux retrouvés chez les adolescents non adoptés ce qui rejoint les données de la littérature.

Cependant les caractéristiques d'hospitalisations diffèrent avec des durées d'hospitalisations plus longues et des ré-hospitalisations plus fréquentes dans le groupe des adolescents adoptés par rapport à leurs pairs non adoptés. Cela peut annoncer des troubles plus graves chez les adolescents adoptés ou bien des problématiques familiales plus complexes, nécessitant une mise à distance du milieu familial par l'hospitalisation. Ce résultat

questionne également sur la fragilité du lien d'attachement entre l'adolescent et sa famille adoptive qui pourrait être à l'origine d'hospitalisations multiples.

## **2. Perspectives et accompagnement**

Dans cette étude, nous sommes face à des adolescents adoptés institutionnalisés qui vont mal et qui ont déjà un parcours de soins psychiatriques. La plupart ont déjà un traitement, consomment des substances de manière régulière et se mettent en danger. Le fait que des mesures judiciaires soient demandées lors des hospitalisations souligne la gravité de ces situations.

L'importance serait donc de pouvoir faire de la prévention en amont. Reconnaître les adolescents adoptés comme une population vulnérable impose donc de réfléchir aux moyens de mieux les accompagner eux et leurs familles avant d'en arriver aux soins psychiatriques et à une chronicisation qui pourra être fatale pour leur développement global.

Afin de réfléchir à ces questions d'accompagnement et de prévention nous avons interrogé deux professionnels de l'adoption, le Dr Jean Jacques CHOULOT, pédiatre, fondateur de la première COCA (Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption) sur Pau et membre au conseil de famille du département des Pyrénées Atlantiques et le Dr Claire MESTRE, psychiatre et responsable de l'unité de psychiatrie transculturelle sur Bordeaux, partageant son expérience de thérapeute à la consultation adoption de Cochin à Paris.

Pour ces deux professionnels, l'adolescent adopté présente une vulnérabilité psychique et ils s'accordent à dire que la parentalité adoptive n'est pas une parentalité ordinaire et qu'elle comporte des spécificités.

### **a. L'accompagnement**

Le travail d'accompagnement est souvent important en amont de l'adoption. Il est nécessaire de travailler avec les futurs parents adoptifs sur les fantasmes et les projections qu'ils peuvent avoir de l'enfant pour prendre conscience des limites singulières de chacun. Il existe des programmes de préparation à la parentalité adoptive. Du côté des parents, ils vont être engagés dans un processus de parentalité complexe. Il faut mesurer le niveau de disponibilité et d'engagement et évaluer leur désir et la place de l'enfant idéal ; connaître où ils en sont par rapport au deuil de la possibilité d'enfanter ? Du côté de l'enfant, il doit être

en capacité de régresser et d'accepter des repères totalement différents pour être en capacité d'être adopté.

Le soutien doit débuter au moment de la demande d'agrément et ne devrait pas s'arrêter 6 mois après l'arrivée de l'enfant [96].

Certains auteurs donnent, comme principales raisons explicatives des adoptions en difficulté, des erreurs institutionnelles, des causes liées au parcours biographique de l'enfant, et des difficultés de parentalité. Parmi ces raisons, la question du désir de l'adoption entre en jeu face à des situations de parentalité problématiques en dehors de toute pathologie infantile (16%) ou en présence de troubles du comportement chez l'enfant (environ 26%) et face au non consentement des enfants à leur adoption (19% des situations) [7].

Face à un adolescent en souffrance, la question de ce désir d'adoption doit être abordée pour lui et pour sa famille.

L'accompagnement des adolescents adoptés et de leurs familles est assez limité en France avec très peu de lieux de soins spécifiques.

Sur le plan de la pédopsychiatrie, il existe des consultations spécialisées en adoption comme celle de Cochin à Paris. Le but est d'offrir un espace de parole aux adolescents adoptés en difficultés, de les aider à la mise en récit de leur histoire pour mieux accepter les liens familiaux. Le Dr Mestre précise qu'il y a également tout un travail à faire avec l'adolescent pour l'aider à surmonter le traumatisme de l'abandon.

Pour le Dr Body Lawson, pédopsychiatre au CHU de Nancy, il y aurait un intérêt d'un travail à la prime adolescence pour rassembler des expériences souvent éparées, faciliter l'accès aux soins et développer des approches thérapeutiques précoces voire préventives. L'indication du psychodrame est soulignée à l'adolescence et serait particulièrement une indication de choix pour la psychothérapie des enfants adoptés [45].

L'accompagnement doit également se faire de manière familiale. Par exemple à Nancy et Toulouse, il existe des groupes de parole de parents adoptants [97]. Les groupes de parole peuvent permettre de soutenir un travail de pensée autour de la filiation.

Les parents d'enfants adoptés sont souvent angoissés par l'arrivée de l'adolescence. Il faut les accompagner pour éviter cette anticipation anxieuse avec cette idée d'une fatalité d'un échec annoncé.

Le Dr Mestre précise que l'entrée dans l'adolescence de ces enfants là est souvent très violente et brutale, remplie de pulsionnel. Ces conflits et leurs enjeux entre parents adoptifs et adolescents sont difficiles à prévenir et à comprendre pour nous soignants.

Sur le versant pédiatrique et pluridisciplinaire, les Consultations d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) ont une place importante dans l'accompagnement et la prévention. Ce sont des consultations spécialisées animées la plupart du temps par des pédiatres. Elles s'adressent aux parents et futurs parents adoptifs dans le cadre d'adoption internationale ou nationale. C'est un lieu où peuvent être abordées les questions posées par la santé physique et psychique des enfants adoptés. Elle permet un bilan médical somatique complet mais aussi des explorations et suivis psychologiques si nécessaire. A ce jour, il existe 28 COCA en France dont 3 qui sont en cours de fermeture par faute d'effectif médical et de financement. Seulement 2 COCA en France proposent des consultations pédopsychiatriques (Toulouse et Nantes) alors qu'un partenariat avec le pédopsychiatre semble essentiel. Le Dr Choulot, responsable de la COCA de Pau, peut dire que dans son expérience, il se retrouve bien plus souvent confronté à des problématiques psychiques que somatiques. Il informe régulièrement les parents adoptifs que dans 80% des cas, la santé mentale des enfants adoptés est plus inquiétante que la santé physique.

En dehors du soin, les accompagnements civils par des associations de famille ou des associations d'enfants adoptés ont une place importante. Elles proposent plus de possibilités d'accompagnement devant le peu de professionnels formés à l'adoption.

Par exemple, l'association « L'Arbre vert » à Paris propose un véritable espace de prévention et de soutien pour parents et enfants avec l'intervention de professionnels.

L'EFA a aussi une place importante, association fondée par quatre familles en 1953, la fédération Enfance et Familles d'Adoption regroupe aujourd'hui plus de dix mille familles adoptives et enfants adoptés majeurs pour leur offrir des espaces de rencontre, des lieux d'écoute et de soutien. Leur but est d'accompagner l'enfant et sa famille, qu'il ne se sente plus un cas isolé et atypique et d'éviter le rejet.

Pour J. Peyré, la présidente de l'EFA, « le choix d'une famille d'adoption doit se faire dans l'intérêt premier de l'enfant : il ne s'agit pas du droit d'une famille à avoir un enfant, mais du droit de tout enfant à grandir et à s'épanouir, dans le respect de son histoire, dans une famille qui devient sienne pour la vie » [98].

## **b. La prévention**

La prévention de l'apparition de troubles psychiatriques chez les adolescents adoptés doit passer par la connaissance des facteurs de risque.

Il faut pouvoir dépister les situations où l'enfant est à risque. Pour cela, les COCA sont des lieux indispensables de dépistage. Le Dr Choulot insiste sur l'importance des causes de l'abandon

et définit des cas d'enfants à risque. Comme les enfants venant d'Europe de l'Est avec 60% de syndrome d'alcoolisation fœtale dont seulement 30% auront des anomalies morphologiques du visage mais qui vont présenter une hyperactivité dans l'enfance et des troubles du comportement caractériels sévères à l'adolescence pouvant se rapprocher de troubles psychotiques. Il nomme certains enfants originaires d'Amérique latine, « les enfants ayant beaucoup souffert »; empreint de violence, maltraitance, abus sexuels, ruptures multiples, ils sont aujourd'hui dans la majorité des cas des enfants qui ont été retirés à leurs parents biologiques. Ces enfants sont plus à risque de troubles du comportement à l'adolescence. Dans certains pays comme le Brésil ou la Colombie, les enfants de mères souffrant de pathologies psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire) sont systématiquement confiés à l'adoption et portent donc une vulnérabilité héréditaire face à la maladie mentale.

Il évoque également des situations parentales et familiales à risque comme la présence d'enfants biologiques au domicile, les adoptions « humanitaires », les adoptions venant réparer un évènement familial ou encore les adoptions non légales avec leur lot de tricherie (sur l'âge par exemple) ou d'adoption de fratrie qui en découle.

Pour lui, la prévention doit passer par une réforme de l'agrément avec une meilleure sélection des parents, une interdiction des démarches individuelles à cause de leurs dérives ( les adoptions « mafieuses ») et l'obligation d'une école des parents comme c'est le cas chez nos voisins européens (la Belgique, l'Allemagne, l'Italie).

Il précise que « l'adoption n'est pas la solution à la misère des enfants ».

Le Dr Mestre relève, dans son expérience, une sur représentation des cas de femmes ayant adopté seule. Pour elle, c'est une situation à risque et il est nécessaire d'être plus vigilant à ces accompagnements. L'accompagnement des parents est indispensable car être parent adoptif n'est pas une parentalité ordinaire et il faut pouvoir travailler cela avec eux.

Il faut soutenir les parents dans leur démarche d'affiliation et renforcer le sentiment d'appartenance familiale.

Une étude sur le devenir des enfants adoptés met en avant que le non-respect du projet initial de la famille peut devenir un facteur de dégradation des relations [12]. Il a été vu précédemment que dans 25% des cas le désir des parents lors de l'agrément n'est pas respecté. Comment réussir lorsque les limites mêmes des parents adoptifs ne sont pas respectées? C'est pourquoi il est nécessaire d'accompagner les parents tout autant que l'enfant.

Il ne faut pas oublier que les soignants ont leur propre représentation en ce qui concerne l'adoption. Nous sommes dans une société qui prône le biologique et la supériorité des liens du sang. Comment les familles adoptives trouvent-elles leur place ? Un trouble d'un enfant

adopté, et l'adoption est tout de suite mise en cause car cet enfant ne rentre pas dans notre vision « normative » de la famille. Pour les parents également, l'adoption peut être la cause de tous leurs problèmes. Il faut les accompagner à se décaler de l'adoption et à modifier leur discours pour pouvoir se remettre au centre de la problématique.

Devant toute cette problématique, la prévention passe également par une revalorisation de l'adoption simple pour éviter les échecs et les enjeux de l'adoption plénière. L'adoption simple semble une alternative intéressante devant des situations à risque sur le plan de l'enfant et des parents.

## **V. Conclusion**

Ce travail clinique expérimental nous permet de décrire une population d'adoptés à un moment donné. Elle met en avant, tout comme la littérature internationale, qu'il existe des facteurs de vulnérabilité qu'il faut apprendre à connaître et à reconnaître. Nous notons dans la population étudiée une surreprésentation d'adolescents adoptés en unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents. L'étude statistique ne nous permet pas, en revanche, de conclure à un lien de causalité entre l'adoption et l'émergence d'un trouble psychiatrique à l'adolescence quel que soit le diagnostic. Dans notre échantillon, les adolescents adoptés ne diffèrent pas de leurs pairs non adoptés par leurs pathologies mais par l'évolution de leurs troubles avec des hospitalisations plus longues et plus nombreuses et des recours à des mesures judiciaires de l'ordre de la protection de l'enfance. Cependant, l'expérience permet de mettre en avant une vulnérabilité psychique de l'adolescent adopté et interroge donc sur des mesures d'accompagnement et de prévention. En France, les services spécialisés dans l'accompagnement des adolescents adoptés en souffrance restent limités, que ce soit sur le plan pédiatrique ou pédopsychiatrique. Finalement, la question n'est pas de savoir si l'adolescent adopté va déclarer un trouble psychiatrique mais de savoir comment prévenir ce risque en accompagnant l'adolescent et sa famille et en sachant dépister les situations à risque.

# Conclusion générale

Le nombre d'adoption a connu un pic dans les années 2000 avec une nette diminution depuis ces quinze dernières années. Les enfants adoptés dans ces années-là sont, à ce jour, des adolescents ou de jeunes adultes. Les enfants adoptables sont aujourd'hui principalement des « enfants à besoins spécifiques » ce qui demande des capacités d'adaptation de la part des parents adoptifs. Il existe un fort écart entre le profil des enfants destinés à l'adoption (enfants âgés de plus de 5 ans, en fratrie ou souffrant de pathologie physique ou mentale) et la demande des postulants. Adopter un enfant n'est pas une chose aisée de nos jours et la longue attente qui en découle peut parfois amener les futurs parents à faire des choix les éloignant de leur réel désir. La parentalité adoptive est une parentalité spécifique qui se doit d'être accompagnée. La filiation et l'attachement en situation d'adoption présentent des particularités qu'il faut pouvoir comprendre. L'accompagnement social, médical et psychologique est souvent important en amont de l'adoption mais peut faire défaut en aval.

L'adoption est une condition particulière pour laquelle, comme dans notre pratique en générale, il faut pouvoir reconnaître les facteurs de risques développementaux. De nombreux paramètres, tant du côté de l'enfant que de celui des parents, conditionnent la réussite d'une adoption. L'adoption est une rencontre d'êtres humains qui sont tous empreints d'une histoire singulière : l'alchimie de ces histoires conditionne l'histoire adoptive.

Nous avons vu, tout au long de ce travail, la grande complexité de l'adoption et les mécanismes de sa résonance à l'adolescence. La pratique clinique et la littérature sur le sujet donnent le sentiment d'une prégnance de cette question avec une surreprésentation avérée des adolescents adoptés en secteur de soins pédopsychiatriques.

Ces jeunes peuvent présenter des troubles psychiatriques émergents à l'adolescence qui sont le plus souvent en lien avec la problématique de l'abandon et celle du questionnement identitaire. Ces troubles apparaissent d'autant plus quand les conditions de vie en pré-adoption ont été synonymes de nombreuses ruptures, de violences et de carences. L'environnement familial et les conditions mêmes de l'adoption ont un fort impact sur la santé psychique des adolescents adoptés. Les réponses de l'environnement familial vont être déterminante dans l'évolution de ces problématiques.

Aujourd'hui, la littérature scientifique s'accorde pour dire qu'il est impossible d'établir de façon évidente un lien de causalité direct entre l'adoption et l'émergence d'un trouble psychiatrique à l'adolescence, cependant, l'adolescent adopté reste vulnérable sur le plan

psychique. Il est mis en avant des facteurs de vulnérabilité comme l'âge tardif de l'adoption, le pays d'origine en lien avec la cause de l'abandon et les conditions de vie en pré-adoption (hospitalisme, alcoolisme parental, maltraitance...). L'environnement familial est un facteur très présent dans la revue de la littérature. Une mésentente avec la famille adoptive et la multiplicité des conflits familiaux constituent un facteur de risque de développement d'un trouble psychiatrique chez l'adolescent adopté.

Il faut garder en tête que chaque situation d'adoption est unique et qu'il faut prendre en compte la singularité de l'adolescent.

J.P. Raynaud tient à souligner « qu'un adolescent adopté est avant tout un adolescent » [97]. S'il importe de relativiser et de ne pas oublier que la grande majorité des adolescents adoptés traverseront leur adolescence sans plus de problèmes que les non adoptés, il faut tout de même prendre la mesure de la vulnérabilité avérée. Il faut rester vigilant aux situations à risque, et pour aider à traverser cette phase complexe de l'adolescence, il convient d'accompagner l'adolescent adopté en souffrance dans sa globalité et en tenant compte de son rapport avec sa famille.

Pour notre pratique clinique, il faut retenir que l'adoption n'est pas un facteur de risque d'émergence de troubles psychiatriques à l'adolescence mais qu'elle fait office de facteur de résonance pour l'adolescent ainsi que pour ses parents. Les blessures anciennes vont être réactivées. Il est donc nécessaire d'être attentif à ces adolescents, de pouvoir mieux dépister l'émergence d'un mal être et les amener vers un accompagnement plus adapté. Il est indispensable d'évaluer le milieu familial, de rechercher des conflits familiaux, des non dits, des dysfonctionnements dans la dynamique familiale qui ne pourront qu'amplifier la problématique et parfois être un véritable facteur déclenchant d'une pathologie psychiatrique. L'adolescent doit pouvoir travailler l'estime de lui-même, l'accès à une identification propre via des capacités de différenciation dans un espace sécurisant. Les parents doivent être accompagnés dans leur parentalité notamment sur la question de la représentation de leur enfant. L'histoire adoptive doit être déroulée en prenant en compte les ressentis de chacun et en recherchant des facteurs de vulnérabilité liés à la rencontre et à l'histoire infantile (cause de l'abandon, antécédents de troubles mentaux ou conduites addictives chez les parents biologique, conditions de vie en pré-adoption).

La thérapie familiale reste l'indication de choix dans les problématiques d'adoption.

En France, il existe peu de structure de soins pédopsychiatriques spécialisées dans les problématiques d'adoption alors que cette question concerne tous les services. L'accompagnement de ces situations demande de connaître les spécificités de l'adoption d'où la nécessité de formation de professionnels à cette question. Cet accompagnement va

avoir pour but, d'une part l'acquisition d'une base de sécurité familiale qui doit être comprise et constituée par les parents, et d'autre part une mise en récit de son histoire et de son vécu par l'adolescent.

De la prévention peut également être faite en repérant les situations à risque et en informant au mieux les parents comme ce qu'il se fait dans le cadre des Consultations d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA).

Il est, néanmoins, essentiel de ne pas partir avec des idées reçues et de ne pas mettre l'adoption au cœur de la problématique de l'adolescent. Toutes les difficultés d'un adolescent adopté ne se résument pas à sa seule adoption. Le but n'est pas de stigmatiser mais de prévenir et de mieux pouvoir comprendre ces situations pour mieux accompagner la souffrance de l'adolescent et de sa famille.

L'évolution de la société conduit à l'émergence de nouvelles formes de parentalité tel que la gestation pour autrui ou l'adoption par des parents de même sexe, ce qui nous amène vers des parentalités plus spécifiques qu'il convient d'étudier. Il est de notre devoir de professionnel de santé de prendre en compte ces nouveaux modes de parentalité et de pouvoir accompagner les enfants et adolescents de ces nouvelles familles, sans faire d'amalgame entre type de parentalité et pathologie.

# Bibliographie

- [1] J. M. Colombani, "Rapport sur l'adoption. La Documentation française." 2008.
- [2] A. Beine, É. Constant, and S. Goffinet, "L'adoption, un risque accru d'hospitalisation psychiatrique ? Étude préliminaire," *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 166, no. 7, pp. 516–522, août 2008.
- [3] M. Bourgeois, "L'adoption et ses aspects psychiatriques," *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 1976.
- [4] A. Vinay, *Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption*. 2011.
- [5] I. Leblic, "'Parenté et adoption: l'exemple de la nouvelle calédonie.'", 4e Salon du livre insulaire de Ouessant." 2002.
- [6] M.-O. Pérouse de Montclos, M.-E. Ducamp, and B. Ridel, "Lien social et processus d'attachement chez l'enfant adopté en milieu kanak," *Psychiatr. Enfant*, vol. 44, no. 1, p. 233, 2001.
- [7] C. Sellenet, "Désirs et désillusions dans l'adoption," *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 63, no. 3, pp. 168–174, mai 2015.
- [8] J. Halifax and C. Villeneuve-Gokalp, "L'adoption en France: qui sont les adoptés, qui sont les adoptants?" "*Population et Société*" INED, no. 417, 2005.
- [9] É. Darchis-Bayart, "L'accouchement anonyme en amont de l'adoption: La part du transgénérationnel," *Dialogue*, vol. 177, no. 3, p. 7, 2007.
- [10] J. F. Mignot, "L'adoption internationale dans le monde: les raisons du déclin," "*Population et Société*" INED, no. 519, 2015.
- [11] Ministère des affaires étrangères, "Statistique 2013 de l'Adoption en France." .
- [12] M. Lebrault and G. André-Trévenec, "Adoption internationale accompagnée. Devenir des enfants adoptés à l'international de 2001 à 2005 par l'intermédiaire de l'OAA Médecins du Monde," *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 63, no. 3, pp. 141–156, mai 2015.
- [13] A.M. Crine ; S. Nabinger, "La mise en relation de l'enfant et de ses futurs parents dans l'adoption internationale, in Omblin Ozoux-Teffaine , Enjeux de l'adoption tardive ERES La vie de l'enfant," 2007.
- [14] P. Lévy-Soussan, "Travail de filiation et adoption," *Rev. Fr. Psychanal.*, vol. 66, no. 1, p. 41, 2002.
- [15] M. Duboc, "« L'adoption et après ?. La mise en place du lien adoptif », Informations sociales (n° 146) , p. 104-113," 2008.
- [16] N. Hamad, *L'enfant adoptif et ses familles. Éditions Denoël*. 2002.
- [17] D. W. Winnicott, *L'enfant, la psyché et le corps*. 1954.
- [18] R. Neuburger, in B. Camdessus, "Tu es entré dans ta famille par adoption,

L'adoption, Une aventure familiale, ESF, Paris.,” 1997.

[19] E. Fortineau-Guillorit and P. Baillon, “Réflexions cliniques autour de la mise en place des processus psychiques d'adoption,” *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 63, no. 6, pp. 392–400, Oct. 2015.

[20] A. Vinay, “La construction du lien social chez l'enfant adopté,” *Enfances Psy*, vol. 32, no. 3, p. 134, 2006.

[21] M. Arnaud, “La maternité au risque de l'adoption,” *Divan Fam.*, vol. 12, no. 1, p. 65, 2004.

[22] M. Delage and A. Sanchez, “Les liens d'attachement dans les familles adoptives,” *Cah. Crit. Thérapie Fam. Prat. Réseaux*, vol. 49, no. 2, p. 71, 2012.

[23] P. Lévy-Soussan, “La filiation à l'épreuve de l'adolescence,” *Adolescence*, vol. 55, no. 1, p. 101, 2006.

[24] P. Roman, “Adoption étrangère et violence: enjeux de filiation et d'affiliation,” *Interação Em Psicol. 61 P 111-116*, 2002.

[25] J. A. Barriguete Mélendez, “‘La décision de l'adoptabilité de l'enfant étranger en adoption internationale’ dans O.Ouzoux-Teffaine, Enjeux de l'adoption tardive, Toulouse, Erès,” 2004, pp. 157–168.

[26] S. Marinopoulos, “Histoires de passages : de l'abandon à l'adoption. In: Szejer M, editor. Le bébé face à l'abandon, le bébé face à l'adoption. Paris: Albin Michel, La cause des bébés; 2000. p. 115–25.,” .

[27] N. Guedeney, *L'attachement , un lien vital*. 2007.

[28] S. Tereno, I. Soares, E. Martins, D. Sampaio, and E. Carlson, “La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique,” *Devenir*, vol. 19, no. 2, p. 151, 2007.

[29] N. Guedeney and C. Dubucq-Green, “Adoption, les apports de la théorie de l'attachement,” *Enfances Psy*, vol. 29, no. 4, p. 84, 2005.

[30] B. Ongari and F. Tomasi, “Représentations d'attachement chez des enfants adoptés et chez leurs parents,” *Devenir*, vol. 22, no. 2, p. 109, 2010.

[31] K. C. Roberson, “Attachment and caregiving behavioral systems in intercountry adoption: A literature review,” *Child. Youth Serv. Rev.*, vol. 28, no. 7, pp. 727–740, Jul. 2006.

[32] D. Burlingham ; A. Freud, “Infants without Families, Londres, Allen & Unwin.,” 1944.

[33] L. van den Dries, F. Juffer, M. H. van IJzendoorn, and M. J. Bakermans-Kranenburg, “Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children,” *Child. Youth Serv. Rev.*, vol. 31, no. 3, pp. 410–421, Mar. 2009.

[34] B. Golse, “Adopter un enfant qui n'est plus un bébé et devenir son parent. Ce que la psychiatrie périnatale nous a appris, in Omblin Ozoux-Teffaine , Enjeux de l'adoption tardive ERES, La vie de l'enfant.,” 2007, pp. 63–93.

- [35] M. L. Rutter, "Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation," *Br. J. Psychiatry*, vol. 179, no. 2, pp. 97–103, Aug. 2001.
- [36] N. J. Cohen and F. Farnia, "Children adopted from China: Attachment security two years later," *Child. Youth Serv. Rev.*, vol. 33, no. 11, pp. 2342–2346, Nov. 2011.
- [37] J. Levine, "Que savons-nous du vécu des enfants adoptés ?, Adoption et cultures, de la filiation à l'affiliation, L'Harmattan.,", 1996.
- [38] M. Soulé, "L'adoption, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (éd.), Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, IV, Paris, PUF, 2679-2699.,", 1985.
- [39] A. Harf, O. Taieb, and M. R. Moro, "Adolescence et adoptions internationales : une nouvelle problématique ?," *Psychiatr. Enfant*, vol. 49, no. 2, p. 543, 2006.
- [40] N. Bimmel, F. Juffer, M. H. van IJzendoorn, and M. J. Bakermans-Kranenburg, "Problem behavior of internationally adopted adolescents: a review and meta-analysis," *Harv. Rev. Psychiatry*, vol. 11, no. 2, pp. 64–77, Apr. 2003.
- [41] P. Jeammet, "Réalité externe, réalité interne: importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence."
- [42] P. Jeammet, "Gérer la distance relationnelle aux objets d'attachements: une des tâches essentielles de l'adolescence," 2014.
- [43] J.-L. Le Run, "Adolescence et adoption," *Enfances Psy*, vol. 29, no. 4, p. 127, 2005.
- [44] R. Wuyts, I. Duret, and V. Delvenne, "Adolescents adoptés: un risque psychopathologique ?" *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 63, no. 6, pp. 385–391, Oct. 2015.
- [45] F. Body Lawson, L. Dacqui, and D. Sibertin-Blanc, "L'adoption à l'épreuve de l'adolescence," *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 56, no. 7, pp. 461–467, Nov. 2008.
- [46] A. Vinay, "L'adolescent adopté : pour une nouvelle compréhension," *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 51, no. 5, pp. 269–276, Sep. 2003.
- [47] Y. Barrere, M. Botbol, "Adoption: quels enjeux à l'adolescence? Perspectives Psy , 41:5, 373-379.,", 2002.
- [48] D. W. Winnicott, "Le problème de l'adoption, in L'enfant et sa famille, trad. franç., Paris, Payot, 1957, 183-187.,", 1955.
- [49] F. Tendron and F. Vallée, "La quête des origines chez l'enfant adopté : une étape nécessaire pour sa construction psychique," *Inf. Psychiatr.*, vol. 83, no. 5, p. 383, 2007.
- [50] D. Widlöcher, *Traité de psychopathologie*, PUF. 1994.
- [51] R. M. Lee, "« the transracial adoption paradox: history, research, and counseling implications of cultural socialization », The Counseling Psychologist, 31(6), pp. 711-744.,", 2003.
- [52] D. Drieu and G. Johnston, "Résonances traumatiques familiales chez des adolescents adoptés venant d'une autre culture," *Dialogue*, vol. 177, no. 3, p. 45, 2007.

- [53] M. Soulé, P. Levy-Soussan, "Les fonctions parentales et leurs problèmes actuels dans les différentes filiations. *Psychiatrie de l'Enfant* 2002;45(1):77–102."
- [54] D. Bonnichon, "Quand la transmission du féminin laisse place au déchirement : reviviscence des enjeux de l'adoption à l'adolescence," *Divan Fam.*, vol. 30, no. 1, p. 139, 2013.
- [55] F. Juffer and M. H. van Ijzendoorn, "Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis," *JAMA*, vol. 293, no. 20, pp. 2501–2515, May 2005.
- [56] A. L. Burrow, J. G. Tubman, and G. E. Finley, "Adolescent adjustment in a nationally collected sample: identifying group differences by adoption status, adoption subtype, developmental stage and gender," *J. Adolesc.*, vol. 27, no. 3, pp. 267–282, Jun. 2004.
- [57] E. Cantor-Graae and C. B. Pedersen, "Risk for schizophrenia in intercountry adoptees: a Danish population-based cohort study," *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 48, no. 11, pp. 1053–1060, Nov. 2007.
- [58] A. Hjern, F. Lindblad, and B. Vinnerljung, "Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study," *Lancet Lond. Engl.*, vol. 360, no. 9331, pp. 443–448, Aug. 2002.
- [59] S. Habersaat, R. Tessier, S. Larose, L. Nadeau, G. Tarabulsky, E. Moss, and B. Pierrehumbert, "Adoption, adolescence et difficultés de comportement : quels facteurs de risque ?" *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 168, no. 5, pp. 343–349, Jun. 2010.
- [60] M. J. Escobar and M. P. Santelices, "Attachment in adopted adolescents. National adoption in Chile," *Child. Youth Serv. Rev.*, vol. 35, no. 3, pp. 488–492, Mar. 2013.
- [61] I. Altinoğlu Dikmeer, N. Erol, and T. Gençöz, "Emotional and behavioral problems associated with attachment security and parenting style in adopted and non-adopted children," *Türk Psikiyatri Derg. Turk. J. Psychiatry*, vol. 25, no. 4, pp. 234–243, 2014.
- [62] D. Vandepoel, I. Roskam, S.-M. Passone, and M. Stievenart, "Early deprivation as a risk factor for narcissistic identity pathologies in adolescence with regard to international adoption," *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 62, no. 8, pp. 477–488, décembre 2014.
- [63] L. Ierago, C. Malsol, T. Singeo, Y. Kishigawa, F. Blailes, L. Ord, P. Florsheim, L. Phillips, S. Kuartei, J. Tiobech, B. Watson, and H. Ngiralmu, "Adoption, family relations and psychotic symptoms among Palauan adolescents who are genetically at risk for developing schizophrenia," *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 45, no. 12, pp. 1105–1114, Dec. 2010.
- [64] W. Tieman, J. van der Ende, and F. C. Verhulst, "Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: an epidemiological study," *Am. J. Psychiatry*, vol. 162, no. 3, pp. 592–598, Mar. 2005.
- [65] F. C. Verhulst, H. Versluis-den Bieman, J. van der Ende, G. F. Berden, and J. A. Sanders-Woudstra, "Problem behavior in international adoptees: III. Diagnosis of child

psychiatric disorders," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 29, no. 3, pp. 420–428, May 1990.

[66] F. C. Verhulst, M. Althaus, and H. J. Versluis-den Bieman, "Problem behavior in international adoptees: II. Age at placement," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 29, no. 1, pp. 104–111, Jan. 1990.

[67] F. C. Verhulst, M. Althaus, and H. J. Versluis-den Bieman, "Problem behavior in international adoptees: I. An epidemiological study," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 29, no. 1, pp. 94–103, Jan. 1990.

[68] C. Beckett, B. Maughan, M. Rutter, J. Castle, E. Colvert, C. Groothues, J. Kreppner, S. Stevens, T. G. O'Connor, and E. J. S. Sonuga-Barke, "Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study," *Child Dev.*, vol. 77, no. 3, pp. 696–711, Jun. 2006.

[69] S. A. Burt, M. McGue, R. F. Krueger, and W. G. Iacono, "Environmental contributions to adolescent delinquency: a fresh look at the shared environment," *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 35, no. 5, pp. 787–800, Oct. 2007.

[70] L. Von Korff, H. D. Grotevant, and R. G. McRoy, "Openness arrangements and psychological adjustment in adolescent adoptees," *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43*, vol. 20, no. 3, pp. 531–534, Sep. 2006.

[71] H. D. Grotevant, M. Rueter, L. Von Korff, and C. Gonzalez, "Post-adoption contact, adoption communicative openness, and satisfaction with contact as predictors of externalizing behavior in adolescence and emerging adulthood: Post-adoption contact and externalizing behavior," *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 52, no. 5, pp. 529–536, May 2011.

[72] M. D. Beijersbergen, F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, and M. H. van IJzendoorn, "Remaining or becoming secure: Parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study.," *Dev. Psychol.*, vol. 48, no. 5, pp. 1277–1282, 2012.

[73] A. M. Klahr, M. McGue, W. G. Iacono, and S. A. Burt, "The association between parent–child conflict and adolescent conduct problems over time: Results from a longitudinal adoption study." *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 120, no. 1, pp. 46–56, 2011.

[74] I. Gleitman and R. Savaya, "Adjustment of adolescent adoptees: The role of age of adoption and exposure to pre-adoption stressors," *Child. Youth Serv. Rev.*, vol. 33, no. 5, pp. 758–766, May 2011.

[75] H.D. Grotevant, "Antisocial Behavior of Adoptees and Nonadoptees: Prediction from Early History and Adolescent Relationships," 2006.

[76] C. B. Robinson, T. M. McGuinness, A. Azuero, and L. Pallansch, "Problem Behaviors of Children Adopted From the Former Soviet Union: Problem Behaviors of Children Adopted From the Former Soviet Union," *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs.*, vol. 28, no. 1, pp. 14–22,

Feb. 2015.

- [77] G. Slap, E. Goodman, and B. Huang, "Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence," *Pediatrics*, vol. 108, no. 2, p. E30, Aug. 2001.
- [78] M. A. Keyes, S. M. Malone, A. Sharma, W. G. Iacono, and M. McGue, "Risk of Suicide Attempt in Adopted and Nonadopted Offspring," *PEDIATRICS*, vol. 132, no. 4, pp. 639–646, Oct. 2013.
- [79] D. Marcelli and A. Braconnier, *Adolescence et Psychopathologie*. Masson, 2013.
- [80] A. Harf, O. Taïeb, and M. R. Moro, "Troubles du comportement externalisés à l'adolescence et adoptions internationales : revue de la littérature," *L'Encéphale*, vol. 33, no. 3, pp. 270–276, juin 2007.
- [81] B. Prati, "Les adolescents adoptés sont-ils plus à risque de suicide que leurs pairs non adoptés ?" *Adolescence*, vol. 55, no. 1, p. 111, 2006.
- [82] F. Atger, "L'attachement à l'adolescence," *Dialogue*, vol. 175, no. 1, p. 73, 2007.
- [83] D. S. Rosenstein and H. A. Horowitz, "Adolescent attachment and psychopathology," *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 64, no. 2, pp. 244–253, Apr. 1996.
- [84] S. L. Nickman, A. A. Rosenfeld, P. Fine, J. C. MacIntyre, D. J. Pilowsky, R.-A. Howe, A. Derdeyn, M. B. Gonzales, L. Forsythe, and S. A. Sveda, "Children in Adoptive Families: Overview and Update," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 44, no. 10, pp. 987–995, Oct. 2005.
- [85] B. Hawk and R. B. McCall, "CBCL Behavior Problems of Post-Institutionalized International Adoptees," *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, vol. 13, no. 2, pp. 199–211, Jun. 2010.
- [86] T. G. O'Connor and M. Rutter, "Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 39, no. 6, pp. 703–712, Jun. 2000.
- [87] P. Roy, M. Rutter, and A. Pickles, "Institutional care: associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships," *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 45, no. 4, pp. 866–873, May 2004.
- [88] M. R. Gunnar, M. H. M. van Dulmen, and International Adoption Project Team, "Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children," *Dev. Psychopathol.*, vol. 19, no. 1, pp. 129–148, 2007.
- [89] F. Maury, "Le rapport au pays d'origine," in *Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption*, 2011, pp. 153–175.
- [90] A. Harf, S. Skandrani, E. Mazeaud, A. Revah-Levy, and M.-R. Moro, "Le concept d'identité culturelle chez les enfants adoptés : quelle pertinence ?," *Psychiatr. Infant*, vol. 58, no. 1, p. 299, 2015.
- [91] T. X. Tan and B. Jordan-Arthur, "Adopted Chinese girls come of age: Feelings about

adoption, ethnic identity, academic functioning, and global self-esteem," *Child. Youth Serv. Rev.*, vol. 34, no. 8, pp. 1500–1508, Aug. 2012.

[92] L. Benoit, A. Harf, S. Skandrani, and M. R. Moro, "Adoption internationale : le point de vue des adoptés sur leurs appartenances culturelles," *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 63, no. 6, pp. 413–421, Oct. 2015.

[93] G. Devereux, *L'ethnopsychiatrie, Ethnopsychiatria*. 1978.

[94] A. De Truchis, "La scolarité des enfants adoptés, un enjeu pour les enfants, les familles et la société : perspectives croisées."

[95] J. L. Rapoport and G. Inoff-Germain, "Update on childhood-onset schizophrenia," *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 2, no. 5, pp. 410–415, Oct. 2000.

[96] G. André-Trévenec, "Adoption : quel accompagnement? Adoption internationale, l'accompagnement de la parentalité adoptive des postulants au-delà de l'agrément." no. *Enfance Psy*, 59, pp. 73–87, 2013.

[97] T. Cascales, M.B. Lacroix, *Les premiers liens dans l'adoption internationale*, Éres. 2015.

[98] J. Peyré, "L'enfant adopté: Le droit à la reconnaissance dans le respect de son histoire," *Enfances Psy*, vol. 29, no. 4, p. 39, 2005.