

Troubles du comportement externalisés à l'adolescence et adoptions internationales : revue de la littérature

A. HARF⁽¹⁾, O. TAÏEB⁽¹⁾, M.R. MORO⁽¹⁾

Externalizing behaviour problems of internationally adopted adolescents : a review

Summary. Introduction – International adoption involves more than 40 000 children a year. The objective of this review is to estimate the effects of international adoption on externalizing behaviour problems during adolescence. In this paper we examine the prevalence of externalizing problem behaviours in samples of adolescents who were adopted from a foreign country as infants or young children, compare to non-adopted adolescents. **Setting** – We searched Medline, Inist and psycInfo from 1960 to 2005 using the terms adopt* combined with behaviour problem, behaviour disorder, maladjustment or mental health. **Methods** – The search was limited to English and French-language publications. Studies that were selected involved adoptees in the general population and compared international adoptees with non-adopted controls. Adoptees from 12 to 22 years old were included. We included studies using the Child Behaviour Check List or related measures to measure externalizing problem behaviour. We reviewed 10 studies from 1990 to 2002 and 2 meta-analyses (2003, 2005). **Results** – Results indicate that 6 studies conclude that internationally adopted adolescents exhibit more externalizing behaviour problems than do non-adopted adolescents, and 4 studies conclude that there is no difference between the two groups. The two meta-analyses concluded that the prevalence of externalizing behaviour problems is increased. The difference, however, is small. International adoptees with preadoption adversity showed more externalizing problems than international adoptees without evidence of extreme deprivation. **Conclusion** – Finally, it should be stressed that adoption itself is not a risk factor in the adjustment of adolescents. Differences between groups of adopted and non-adopted adolescents may reflect the presence of a small number of severely disturbed adolescents, possibly with extremely adverse pre-placement histories.

Key words : Adolescents; Externalizing symptoms ; International adoption; Problem behaviour.

Résumé. Certains enfants adoptés présentent, au moment de l'adolescence, une explosion symptomatique brutale, à type de troubles du comportement. L'objectif de ce travail est de tenter de répondre à la question épidémiologique suivante : les adolescents adoptés présentent-ils plus de troubles du comportement que les adolescents non adoptés ? Pour cela, une revue de la littérature est réalisée par consultation des banques de données (Medline, Inist et psycInfo). Les études incluses dans cette revue de la littérature sont des études contrôlées, réalisées en population

générale, concernant des populations d'adolescents (12-22 ans) issus d'adoptions internationales. Les symptômes recherchés sont les troubles du comportement externalisés, tels qu'ils sont définis par l'échelle Child Behavior Check List d'Achenbach. Ils regroupent les conduites oppositionnelles, antisociales et autoagressives. Douze références sont retenues. Ces 12 références correspondent à 10 études de 1990 à 2002 et 2 méta-analyses de 2003 et 2005 ; 6 études concluent à une augmentation des troubles du comportement externalisés chez les adolescents issus d'adoptions interna-

(1) Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent et de Psychiatrie Générale (Professeur Marie-Rose Moro), Hôpital Avicenne (APHP), Université Paris XIII.

Travail reçu le 17 mars 2006 et accepté le 5 avril 2006.

Tirés à part : A. Harf (à l'adresse ci-dessus).

tionales, 4 à une absence de différence significative entre les groupes d'adolescents adoptés et non adoptés. Les deux méta-analyses concluent à une augmentation faible des troubles externalisés chez les adolescents issus d'adoptions internationales. Plusieurs études mettent en évidence l'influence de conditions de vie hostiles avant l'adoption sur l'apparition de troubles du comportement à l'adolescence. On peut également citer les facteurs de risque génétiques, intra-utérins et périnataux, mais aussi la confrontation au racisme et un questionnement identitaire potentiellement exacerbé à l'adolescence.

Mots clés : Adolescents ; Adoption internationale ; Symptômes externalisés ; Troubles du comportement.

INTRODUCTION

La période de l'adolescence est un moment clé pour les enfants adoptés. De nombreux questionnements émergent, autour de leur statut d'adopté, de leurs origines et de leur histoire. En outre, les parents adoptifs, ainsi que les équipes soignantes, font part de leur désarroi face à une irruption symptomatique brutale, polymorphe, souvent à type de passages à l'acte chez certains enfants adoptés, au moment de l'adolescence, marquant une rupture par rapport à l'état antérieur. Cette observation pose la question du lien entre ces troubles et le processus même de l'adoption : les adolescents adoptés présenteraient-ils plus de troubles psychiatriques que les autres ? Parmi les troubles psychiatriques présentés par les adolescents adoptés, les troubles du comportement sont un des motifs de consultation les plus fréquents (15, 30, 31). Au sein des troubles du comportement, on regroupe sous le terme de troubles du comportement externalisés les fugues, les tentatives de suicide, l'auto-agressivité (scarifications, automutilations), les prises de toxiques, les comportements hétéro-agressifs, les vols, les troubles des conduites sexuelles, les conduites d'opposition, les mensonges, les colères clastiques. Il s'agit donc de l'ensemble des conduites auto ou hétéro-agressives et des conduites à risque. Le terme de troubles externalisés provient de la *Child Behavior Check List* (CBCL), échelle validée par Achenbach (2). Dans le DSM IV (4), la définition des « comportements perturbateurs », qui incluent le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation, est proche de celle des troubles du comportement externalisés. Cependant, les comportements auto-agressifs sont absents de la description des comportements perturbateurs. Cette revue de la littérature utilise la définition de la CBCL des troubles du comportement externalisés.

Ce travail s'est limité aux adoptions internationales qui représentaient, en 2002, 74,4 % du nombre total d'adoptions en France. En 2005, on a dénombré plus de 40 000 adoptions internationales dans le monde (27).

Les études retenues sont réalisées en population générale. Les études réalisées avec des populations d'adolescents consultant ou hospitalisés en psychiatrie ont montré

une sur-représentation des adolescents adoptés dans le système de soins psychiatriques (12, 16, 19, 22, 23, 28), mais ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre cette sur-représentation et une augmentation de la prévalence des troubles psychiatriques chez les adolescents adoptés. Il a en effet été mis en évidence que les parents adoptifs avaient recours de façon plus fréquente au système de soins psychiatriques que les parents non adoptifs (21, 34).

L'objectif de cette revue de la littérature est de déterminer s'il existe une augmentation de la prévalence et/ou de l'intensité des symptômes externalisés chez les adolescents adoptés à l'étranger par rapport aux adolescents non adoptés.

MÉTHODE

La revue de la littérature, francophone et anglophone, est effectuée par consultation des banques de données informatisées Medline, Inist et psycInfo. Les mots clés utilisés sont : *adopt* associé à *behavior problem*, *behavior disorder*, *maladjustment*, *mental health*. Les années de parution des études recherchées sont comprises entre 1960 et 2005. Les critères d'inclusion pour cette revue de la littérature sont les suivants :

- la population étudiée est constituée d'adolescents âgés de 12 à 22 ans, issus d'adoptions internationales, c'est-à-dire lorsque pays d'origine et pays d'accueil sont différents. L'âge auquel l'enfant a été adopté n'est en revanche pas un critère d'inclusion. Les études sont réalisées en population générale ;
- les symptômes étudiés chez ces adolescents sont les troubles du comportement externalisés, tels qu'ils sont définis par l'échelle CBCL ;
- les études sont toutes contrôlées, le groupe contrôle étant constitué d'adolescents non adoptés. Les sujets sont appariés en fonction de l'âge et du sexe.

Une première sélection à partir des titres et des résumés a cherché à éliminer les articles hors-sujet. Cette recherche électronique a été complétée par une recherche manuelle des références citées dans les articles retenus.

RÉSULTATS

La recherche à partir de Medline, Inist et psycInfo, complétée par la recherche manuelle, a permis de retenir 12 références. Ces 12 références correspondent à 10 études et 2 méta analyses (*tableaux I et II*).

Méthodes des études

Outils d'évaluation

La *Child Behavior Check List* (CBCL) (2) et le *Youth Self-Report* (YSR) (3) ont été utilisés dans 6 études (10,

TABLEAU I. — Études contrôlées concluant à une augmentation des troubles du comportement externalisés chez les adolescents adoptés.

Auteurs/année/ pays	Caractéristiques du groupe adopté				Nombre et caractéristiques des sujets du groupe contrôle	Méthodes d'évaluation	Principaux résultats : commentaires
	Type d'étude : - transversale/ longitudinale - auto/hétéro- évaluation	Nombre de sujets adoptés	Âge au moment de l'évaluation (années)	Âge au moment de l'adoption			
Verluis-den-Bieman et Verhulst et al. (1990, 1995) Pays-Bas (31, 32, 33)	Longitudinale Auto-évaluation par les adolescents et hétéro-évaluation par les parents	N = 2 148	Temps n° 1 : 10-15 Temps n° 2 : 13-18	Quelques jours à 10 ans	Corée, Colombie, Inde, Indonésie	Temps n° 1 : n = 933 Temps n° 2 : n = 312 Adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, en population générale	Augmentation significative de la prévalence des troubles du comportement externalisés chez les garçons et les filles adoptés avec les hétéro- et auto-évaluations Auto-évaluations : Temps n° 1 : Temps n° 2 Garçons OR = 2,6 OR = 4 Filles OR = 1,8 OR = 2 Hétéro-évaluations par les parents au temps n° 1 : Garçons 23 % Non adoptés 10,3 % Filles 13,7 % 10,3 % Plus grande vulnérabilité des garçons, notamment pour l'agressivité et la délinquance
Geerars et al. (1995) Pays-Bas (13)	Transversale Auto-évaluation par les adolescents et hétéro-évaluation par les parents	N = 65	15-20	Moyenne = 4 mois	Thaïlande	N = 756 Adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, en population générale	Augmentation significative des scores de conduites délinquantes chez les garçons et les filles adoptés Augmentation des scores de conduites agressives chez les garçons adoptés
Berg-Kelly et Eriksson (1997) Suède (8)	Transversale Auto-évaluation par les adolescents	N = 125	14-18	< 12 mois (72 %) 1 à 6 ans (22 %)	Corée, Inde	N = 9 204 Adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, élèves dans les mêmes classes que les adolescents adoptés	Augmentation significative de la prévalence dans le groupe adopté pour : - les idées suicidaires - l'absentéisme scolaire - la consommation de toxiques surtout chez les filles
Bogaerts et Van Aelst (1998) Belgique (10)	Transversale Auto-évaluation par les adolescents et hétéro-évaluation par les parents	N = 70	16-17	Moyenne = 22,5 mois	Inde	N = 758 Adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, en population générale	Augmentation significative des scores des symptômes externalisés, chez les garçons et les filles adoptés pour les comportements agressifs et délinquants
Sharma et al. (1998) USA (29)	Transversale Auto-évaluation par les adolescents	N = 92	11-18	< 12 mois	Corée	N = 1 719 Adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, en population générale	Augmentation significative mais faible des scores des symptômes externalisés, chez les garçons adoptés, surtout pour les conduites autodestructrices
Hjern et al. (2002) Suède (15, 20)	Rétrospective Recueil des données par les chercheurs	N = 11 320	13-22	0-1 an : 74 % 2-3 ans : 16 % 4-6 ans : 9 %	Asie, Amérique latine	Trois groupes contrôles : - Groupe 1 : adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, nés et vivant en Suède, recrutés en population générale. N = 853 419 - Groupe 2 : enfants biologiques d'un ou des 2 parents adoptifs. N = 2 343 - Groupe 3 : adolescents migrants, de même âge et de même sexe, nés en Asie ou en Amérique latine, arrivés en Suède avant 7 ans avec leurs parents biologiques. N = 4 006	Augmentation significative de la prévalence vie entière, dans le groupe adopté : - du taux de suicide : OR = 3,6 - des tentatives de suicide : OR = 3,6 - des hospitalisations en psychiatrie : OR = 3,2 - de l'abus de drogues : OR = 5,2 - de l'alcoolodépendance : OR = 2,6 par rapport aux groupes 1 et 2 Pas de différence significative entre le groupe adopté et le groupe 3

CBCL = Child Behavior Check List (Achenbach, 1991) ; YSR = Youth Self-Report (Achenbach, 1991) ; Q90 (Berg-Kelly, 1995) ; OR = odds-ratio ; ICD-9 = International Classification of Diseases, Ninth Revision.

TABLEAU II. — Études contrôlées concluant à une absence d'augmentation des troubles du comportement externalisés chez les adolescents adoptés.

Auteurs/ Année/ Pays	Caractéristiques du groupe adopté						Méthodes d'évaluation	Principaux résultats : adolescents adoptés <i>versus</i> non adoptés Commentaires
	Type d'étude : – transversale/ longitudinale – auto/hétéro- évaluation	Nombre de sujets adoptés	Âge au moment de l'évaluation (années)	Âge au moment de l'adoption (mois)	Principaux pays d'origine	Nombre et caractéristiques des sujets du groupe contrôle		
Bagley (1991) Canada (6)	Transversale Auto-évaluation par les adolescents et hétéro- évaluation par les parents	N = 20	13-17	Moyenne = 42	– Asie (55 %) – Amérique du sud (45 %)	N = 40 Adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, blancs, en population générale	Questionnaire recherchant la présence de : – fugues – prise de toxiques – délinquance – trouble des conduites sexuelles – absentéisme scolaire – idées ou passages à l'acte suicidaires	Absence de différence significative entre les deux groupes pour la prévalence des symptômes recherchés
Andresen (1992) Norvège (5)	Transversale Hétéro-évaluation par les parents et par les professeurs	N = 151	12-13	< 18 (64 %)	Corée (71 %)	N = 151 Adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, élèves dans les mêmes classes que les adolescents adoptés	– Rutter Parent Scale – Rutter Teacher Scale	Absence de différence significative entre les deux groupes pour la prévalence des troubles du comportement externalisés Score d'hyperactivité supérieur dans le groupe adopté Scores supérieurs chez les garçons dans les deux groupes
Godney <i>et al.</i> (1996) Australie (14)	Transversale Auto-évaluation par les adolescents et hétéro- évaluation par les parents	N = 34	12-20	Moyenne = 17	Indonésie	N = 233 Adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, en population générale	CBCL, YSR	Absence de différence significative entre les deux groupes, chez les garçons et les filles, pour les scores de troubles du comportement externalisés
Cederblad <i>et al.</i> (1999) Suède (11)	Transversale Auto-évaluation par les adolescents et hétéro- évaluation par les parents	N = 211	13-18	Moyenne = 10	Corée, Inde, Colombie	N = 529 Adolescents non adoptés, de même âge et de même sexe, en population générale	CBCL	Absence de différence significative entre les deux groupes pour les scores de troubles du comportement externalisés

CBCL = Child Behavior Check List (Achenbach, 1991) ; YSR = Youth Self-Report (Achenbach, 1991).

11, 13, 14, 29, 31). La CBCL permet d'obtenir des parents un recueil d'informations standardisées sur les compétences et les troubles du comportement de leurs enfants durant les six derniers mois. Le YSR est destiné à l'auto-évaluation standardisée des adolescents de 11 à 18 ans et est construit de la même façon que la CBCL. Achenbach (1) a isolé 8 syndromes et défini les troubles du comportement internalisés et externalisés. Les symptômes externalisés, que nous étudions dans ce travail, regroupent les comportements auto et hétéro-agressifs, les conduites délinquantes et l'hyperactivité. Les symptômes « internalisés » sont définis par le retrait, les plaintes somatiques et les traits anxio-dépressifs.

Les quatre autres études (5, 6, 7, 20) utilisent un autre outil diagnostique que la CBCL. Elles ont néanmoins été incluses car les symptômes recherchés se superposent à la définition des troubles externalisés de la CBCL. Ces autres outils diagnostiques sont les suivants :

- Le Q90 (7) est un questionnaire comportant des items sur la santé mentale (présence d'éléments dépressifs, anxieux, d'idées suicidaires, etc.) et sur les troubles du comportement (bagarres, absentéisme scolaire, consommation de toxiques, prise excessive d'alcool régulière), seuls ces derniers étant pris en compte dans ce travail ;
- la *Rutter Scale* évalue également les troubles du comportement externalisés, ainsi que le fonctionnement scolaire. Les parents adoptifs remplissent la *Rutter Parent Scale* (26) et un professeur de l'enfant, la *Rutter Teacher Scale* (25) ;
- une étude (20) s'appuie sur les registres hospitaliers, où sont reportés les diagnostics de sortie et les causes de décès ;
- enfin, une étude (6) cite directement les symptômes recherchés : tentatives de suicide, consommation de toxiques, fugues, conduites de délinquance, troubles des conduites sexuelles, absentéisme scolaire.

Études transversales

Huit des dix études sont transversales. Une est longitudinale et évalue une même population à trois ans d'intervalle (31, 32, 33). Enfin, une est rétrospective et cherche à évaluer des prévalences vie entière (20).

Prévalence/intensité : quatre des dix études ont pour objectif de comparer la prévalence des symptômes externalisés entre groupe adopté et groupe non adopté (6, 8, 20, 31) et font donc une analyse catégorielle. Parmi ces quatre études, l'étude de Verhulst et Versluis-den Bieman *et al.* (31, 32, 33) compare les pourcentages d'adolescents dont les scores se situent au-dessus d'une valeur seuil, établie au 90^e percentile de la fréquence cumulée du score obtenu sur des échantillons représentatifs de la population néerlandaise (2). Avec cette valeur seuil, les auteurs passent d'une analyse dimensionnelle à une analyse catégorielle et l'on peut donc parler de prévalence. Cinq autres études comparent des scores et étudient les symptômes externalisés en termes d'intensité (analyse dimensionnelle) et non de prévalence (10, 11, 13, 14, 29).

Enfin, l'étude d'Andresen (5) recherche à la fois prévalence et intensité en déterminant un score à la *Rutter Scale*, au-dessus duquel on parle de troubles du comportement avérés.

Résultats des études

Les résultats des études sont présentés dans les *tableaux I et II*.

Méta-analyses

Une méta-analyse (9), réalisée en 2003 par une équipe néerlandaise, reprend les résultats de 10 études qui ont pour objectif d'évaluer l'intensité des troubles du comportement (internalisés et externalisés) chez des adolescents adoptés à l'étranger pendant l'enfance. Ces études sont réalisées en population générale. Le nombre total d'adolescents adoptés est de 2 317, comparés à 14 345 adolescents non adoptés. Leur âge est compris entre 12 et 20 ans. Les résultats de 9 de ces 10 études ont déjà été exposés précédemment (5, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 29, 33). Nous n'avons pas repris l'étude de Rosenwald (24) car celle-ci ne sépare pas troubles du comportement internalisés et externalisés dans ses résultats. Cette méta-analyse montre que les adolescents issus d'adoptions internationales présentent plus de troubles du comportement externalisés que les adolescents non adoptés mais que cette différence est faible. Ce résultat est retrouvé si l'analyse concerne les deux sexes ou seulement un seul. Cependant, les auteurs de la méta-analyse expliquent leur résultat principal, à savoir la faible augmentation de l'intensité des troubles chez les adolescents adoptés, par un *one study effect*, c'est-à-dire par la présence dans la méta-analyse de l'étude de Versluis-den Bieman et Verhulst (33), qui représente à elle seule les deux-tiers de l'ensemble des sujets de la méta-analyse.

Enfin, une méta-analyse de 2005 (18) étudie les troubles du comportement chez les sujets issus d'adoptions internationales. Ont été inclus tous les sujets adoptés, quel que soit leur âge. Les résultats de cette méta-analyse ne concernent donc pas spécifiquement les adolescents. Citons simplement les résultats suivants : les sujets adoptés, tous âges confondus, présentent plus de troubles du comportement externalisés que les sujets non adoptés mais la différence est faible. Il n'est pas retrouvé de différence en fonction du sexe. Contrairement aux hypothèses des auteurs, le taux de problèmes externalisés n'est pas significativement supérieur au moment de l'adolescence (12-18 ans) par rapport à l'enfance (âge inférieur à 12 ans) chez les sujets adoptés.

DISCUSSION

On constate une absence de consensus sur l'existence ou non d'une augmentation de l'intensité et/ou de la prévalence des troubles du comportement externalisés chez

les adolescents issus d'adoptions internationales par rapport aux adolescents non adoptés. Néanmoins, le faible nombre de sujets inclus dans les quatre études concluant à une absence de différence significative entre les groupes adopté/non adopté, ainsi que les résultats des deux méta-analyses orientent vers la conclusion d'une probable augmentation modérée des troubles externalisés chez les adolescents adoptés à l'étranger. La méta-analyse réalisée sur le sujet (9) met en lien la faible augmentation retrouvée des symptômes externalisés chez les adolescents issus d'adoptions internationales avec les conditions de vie hostiles avant l'adoption subies par les sujets inclus dans l'étude de Versluis-den Bieman et Verhulst (33). Il serait donc nécessaire de déterminer les sous-groupes à risque plutôt que de généraliser les conclusions à l'ensemble des adolescents issus d'adoptions internationales.

Mais les facteurs de risque de troubles du comportement à l'adolescence sont le plus souvent difficiles à distinguer dans les études par manque de disponibilité des données : il peut exister des facteurs de risque *génétiques* (troubles psychiatriques ou addictions chez les parents par exemple), des facteurs de risque *intra-utérins, prénataux*, en rapport avec l'état physique (malnutrition, maladies, prise de toxiques) et psychique (troubles psychiatriques, solitude, stress pendant la grossesse) de la mère biologique pendant la grossesse, des facteurs de risque *périnataux* (interactions précoces mère-bébé) et enfin des facteurs de risque *postnataux* (conditions de vie avant l'adoption, traumatismes). Dans les facteurs de risque environnementaux postnataux, on retrouve également la dynamique intra-familiale au sein de la famille adoptive, la confrontation au racisme, notamment de la part des pairs, et les difficultés identitaires. Hjern *et al.* (15, 20) expliquent l'absence de différence retrouvée pour la prévalence des troubles du comportement entre enfants issus d'adoptions internationales et enfants migrants par une confrontation similaire à la discrimination et aux préjugés dus à leur apparence étrangère commune. Ces expériences seraient à l'origine d'une mauvaise estime de soi et de difficultés dans le questionnement identitaire (20).

L'âge d'adoption est souvent l'une des seules données disponibles. La corrélation positive entre le risque de troubles du comportement à l'adolescence et l'âge auquel l'enfant a été adopté ressort de façon prédominante dans les études. Cette corrélation est due à l'existence d'expériences précoces potentiellement traumatiques et de facteurs environnementaux défavorables avant l'adoption, particulièrement présents dans les adoptions internationales. La probabilité que l'enfant y ait été confronté est d'autant plus grande que l'âge d'adoption est élevé. La méta-analyse de 2005 (18) conclut dans ce sens : les sujets adoptés ayant subi des conditions de vie hostiles avant l'adoption présentent plus de troubles du comportement externalisés que les sujets adoptés n'ayant pas eu ces expériences.

Les recherches réalisées sur les populations de sujets adoptés soulèvent donc de nombreuses pistes de réflexion. Les enfants adoptés vivent dans une situation

que l'on peut qualifier d'expérimentale (deux couples de parents : un biologique fournissant le patrimoine génétique et un légal assurant l'apprentissage socioculturel et les interactions émotionnelles de l'enfant). Ils représentent de ce fait des sujets d'étude privilégiés pour les recherches sur l'influence de l'inné et de l'acquis. Au-delà de ces débats sur l'influence des facteurs génétiques et environnementaux, c'est donc en considérant chaque adolescent adopté dans sa singularité, sans réifier la valeur explicative de cet élément biographique particulier qu'est l'adoption, que l'on sera le plus à même d'entendre sa souffrance.

CONCLUSION

Devant la croissance exponentielle du nombre d'adoptions et principalement des adoptions à l'étranger, la question des troubles du comportement à l'adolescence chez les enfants issus d'adoptions internationales devient à la fois un problème de santé publique et une interrogation légitime des familles adoptantes et des soignants. Il a été clairement montré que les adolescents adoptés consultent plus que les autres, les parents adoptifs ayant plus recours au système de soins psychiatriques que les parents non adoptifs. Une faible augmentation des troubles du comportement externalisés chez les adolescents issus d'adoptions internationales par rapport aux adolescents non adoptés en population générale est le résultat qui se dégage des méta-analyses sur ce sujet, mais il n'y a pas de consensus entre les études et les débats prennent rapidement un caractère idéologique. Cependant, au-delà de ces divergences, les auteurs se rejoignent pour affirmer qu'il est impossible d'établir de façon linéaire un lien de causalité directe entre le processus même de l'adoption et les troubles du comportement externalisés à l'adolescence. L'intrication de multiples facteurs fait de chaque situation d'adoption une situation unique, non comparable aux autres : l'histoire personnelle de chaque parent, les rapports de chacun avec sa famille d'origine, l'histoire du couple, le trajet vers l'adoption, les caractéristiques de l'enfant, l'histoire de ses premiers mois de vie, les interactions précoces entre les parents adoptifs et leur enfant, la vulnérabilité potentielle de l'enfant vis-à-vis d'un trouble psychiatrique, la dynamique familiale, tous ces éléments soulignent le risque et l'erreur de vouloir généraliser des conclusions sur les adolescents adoptés. Comme d'autres parcours de vie, l'adoption peut s'accompagner d'une vulnérabilité potentielle. La détermination des facteurs de risque pouvant accompagner le processus d'adoption semble donc être un objectif nécessaire.

Références

1. ACHENBACH TM. Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profile. Burlington, VT : University of Vermont Department of Psychiatry, 1991a.

2. ACHENBACH TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT : University of Vermont Department of Psychiatry, 1991b.
3. ACHENBACH TM. Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile. Burlington, VT : University of Vermont Department of Psychiatry, 1991c.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Mini DSM IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Tr J.-D. Guelfi *et al.* Paris : Masson, 1996.
5. ANDRESEN ILK. Behavioural and school adjustment of 12-13 year old internationally adopted children in Norway : a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1992 ; 33 (2) : 427-32.
6. BAGLEY C. Adoption of native children in Canada : a policy analysis and a research report. In *Intercountry adoption : a multinational perspective*. Alstein H, Simon RJ, eds. New York : Praeger, 1991 : 55-79.
7. BERG-KELLY K. Normative developmental behavior with implications for health and health promotion among adolescents : a Swedish cross-sectional survey. *Acta Paediatr* 1995 ; 84 : 278-88.
8. BERG-KELLY K, ERIKSSON J. Adaptation of adopted foreign children at mid-adolescence as indicated by aspects of health and risk taking. A population study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 6 : 199-206.
9. BIMMEL N, JUFFER F, VAN IJZENDOORN MH *et al.* Problem behavior of internationally adopted adolescents : a review and meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry* 2003 ; 11 (2) : 64-77.
10. BOGAERTS S, VAN AELST G. Adolescence en interculturele adoptie : psycho-sociale integratie in Vlaamse gezinnen. Leuven, Belgium : Garant, 1998.
11. CEDERBLAD M, HÖÖK B, IRHAMMAR M *et al.* Mental health in international adoptees as teenagers and young adults. An epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry* 1999 ; 40 (8) : 1239-48.
12. DICKSON LR, HEFFRON WM, PARKER C. Children from disrupted and adoptive homes on an inpatient unit. *Am J Orthopsychiatry* 1990 ; 60 : 594-602.
13. GEERARS H, HOKSBERGEN R, ROODA J. Geadopteerden op weg naar volwassenheid : de integratie van 68 Thaise jongeren in de Nederlandse samenleving. Utrecht : Adoptie centrum, 1995.
14. GODNEY RD, DONALD M, SAWYER MG *et al.* Emotional health of Indonesian adoptees living in Australian families. *Aust NZ J Psychiatry* 1996 ; 30 : 534-9.
15. HJERN A, LINDBLAD F, VINNERLJUNG B. Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden : a cohort study. *Lancet* 2002 ; 360 : 443-8.
16. HOWARD JA, SMITH SL, RYAN SD. A comparative study of child welfare adoptions with other types of adopted children and birth children. *Adopt Q* 2004 ; 7 : 1-30.
17. HOWE D. Parent-reported problems in 211 adopted children : some risk and protective factors. *J Child Psychol Psychiatry* 1997 ; 38 (4) : 401-11.
18. JEFFER F, VAN IJZENDOORN MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees : a meta-analysis. *JAMA* 2005 ; 293 (20) : 2501-15.
19. KOTSOPOULOS S, COTE A, JOSEPH L *et al.* Psychiatric disorders in adopted children : a controlled study. *Am J Orthopsychiatry* 1988 ; 58 : 608-12.
20. LINDBLAD F, HJERN A, VINNERLJUNG B. Intercountry adopted children as young adults. A Swedish cohort study. *Am J Orthopsychiatry* 2003 ; 73 (2) : 190-202.
21. MILLER BC, FAN X, GROTEVANT HD *et al.* Adopted adolescents' over-representation in mental health counseling : Adoptees' problems or parents' lower threshold for referral ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 ; 39 (12) : 1504-11.
22. PIERSMA HL. Adopted children and inpatient psychiatric treatment : a retrospective study. *Psychiatr Hosp* 1987 ; 18 : 153-8.
23. ROGENESS GA, HOPPE SK, MACEDO CA *et al.* Psychopathology in hospitalized, adopted children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988 ; 27 : 628-31.
24. ROSENWALD T. Intercountry adoptive families in Western Australia : the well-being of their four to sixteen year-old adoptees. Paper presented at the Adoption Center. Utrecht, Netherlands : Utrecht University, 1995.
25. RUTTER M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers : preliminary findings. *J Child Psychol Psychiatry* 1967 ; 8 : 1-11.
26. RUTTER M. Appendix 6 : a children's behaviour questionnaire for completion by parents. In : Rutter M, Tizard J, Whitmore K, eds. *Education, health and behaviour*. London : Longman, 1970 : 412-8.
27. SELMAN P. The demographic history of intercountry adoption. In : Selman P, ed. *Intercountry adoption : developments, trends and perspectives*. Nottingham, England : Russel, 2000 : 15-39.
28. SENIOR N, HIMADI E. Emotionally disturbed, adopted, inpatient adolescents. *Child Psychiatr Hum Dev* 1985 ; 15 : 189-97.
29. SHARMA AR, MCGUE MK, BENSON PL. The psychological adjustment of United States adopted adolescents and their non-adopted siblings. *Child Dev* 1998 ; 69 : 791-802.
30. SULLIVAN PF, WELLS JE, BUSHNELL JA. Adoption as a risk factor for mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1995 ; 92 : 119-24.
31. VERHULST FC. Internationally adopted children : the Dutch longitudinal adoption study. *Adoption Quarterly*, 4:1. Tr fr : *Psychiatr Enf* 2000 ; XLIII (2) : 647-67.
32. VERHULST FC, ALTHAUS M, VERSLUIS-DEN BIEMAN HJM. Problem behavior in international adoptees : I. Epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990a ; 29 : 94-103.
33. VERSLUIS-DEN BIEMAN HJM, VERHULST FC. Self-reported and parent reported problems in adolescent international adoptees. *J Child Psychol Psychiatry* 1995 ; 36 (8) : 1411-28.
34. WARREN SB. Lower threshold for referral for psychiatric treatment for adopted adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992 ; 31 (3) : 512-7.