



HAL
open science

Comparaison de l'attachement entre les adolescents adoptés et non-adoptés avec l'IPPA à partir de l'étude française AdoAdo

Marilou Lamourette

► **To cite this version:**

Marilou Lamourette. Comparaison de l'attachement entre les adolescents adoptés et non-adoptés avec l'IPPA à partir de l'étude française AdoAdo. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297740

HAL Id: hal-03297740

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297740>

Submitted on 23 Jul 2021

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.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2019

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

par

Marilou LAMOURETTE (née ROUSSELLE)

Le 30 septembre 2019

Comparaison de l'attachement entre les adolescents adoptés et non-adoptés avec l'IPPA à partir de l'étude française AdoAdo

Examineurs :

Bernard Kabuth	Professeur	Président
Jean-Pierre Kahn	Professeur	Juge
Francis Guillemin	Professeur	Juge
Festus Body Lawson	Docteur en médecine	Juge
Fabienne Ligier	Docteur en médecine	Directrice
Jonathan Epstein	Docteur en médecine	Directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Professeur Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre
CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -
Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER -
Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS -
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER -
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
- Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND -
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER -
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie
CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM
TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian
RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWÈGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BÉNÉTOU - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À notre Maître et Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Bernard Kabuth,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Psychiatrie de l'Enfant et de
l'Adolescent,

En témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la
Présidence de ce Jury de Thèse.

Nous vous remercions pour votre enseignement, votre encadrement et votre disponibilité tout
au long de mon internat, et ce, dès nos premiers pas dans votre service. Nous avons
énormément appris à vos côtés et vous avez su nous transmettre votre goût pour la
pédopsychiatrie et la recherche. Nous sommes très honorée de pouvoir travailler ensuite à vos
côtés.

Nous vous adressons toute notre gratitude vis-à-vis de la confiance que vous nous faites,
ancienne et à venir.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre sincère reconnaissance, de notre
profond respect et de notre admiration.

À notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Jean-Pierre Kahn,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Psychiatrie d'Adultes,

Merci pour l'honneur que vous nous faites de juger ce travail.

Nous vous remercions pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez prodigué tout au long de notre cursus et lors des stages effectués dans votre pôle.

Nous vous remercions également de nous avoir soutenue dans notre projet d'accompagnement des étudiants en médecine en difficultés.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre reconnaissance et notre gratitude.

À notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Francis Guillemin,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Santé Publique et de Médecine Sociale,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Nous avons eu la chance de bénéficier de la grande qualité de votre enseignement au cours de nos études.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À notre Juge,
Monsieur le Docteur Festus Body Lawson,
Praticien Hospitalier en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,

Je te remercie de me faire l'honneur de juger ce travail qui n'existerait pas sans ton aide. Je t'adresse toute ma gratitude pour l'attention que tu porteras à ce travail.

Je te remercie de de m'avoir aidé dans le cheminement de nos idées et de nous avoir accordé votre confiance.

C'est un honneur de travailler avec toi sur la problématique de l'adoption et plus largement de l'adoption.

En espérant que ce travail soit à la hauteur de tes espérance, que ce travail soit la marque de toute ma gratitude et mon respect.

À notre Juge et Directrice de Thèse,
Madame le Docteur Fabienne Ligier,
Praticien Hospitalier en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,

C'est avec le plus grand respect que je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, depuis la première idée, jusqu'à l'écriture finale de ce manuscrit. Tu m'as ouvert le chemin de l'épidémiologie et je suis honorée de pouvoir t'y suivre.

Les mots ne suffiront pas à te remercier pour ta disponibilité, tes encouragements, tes enseignements théoriques et cliniques. Je ferai tout mon possible pour être à la hauteur de la confiance que tu m'accordes.

De cette rencontre professionnelle est née une très belle amitié qui compte désormais parmi les plus précieuses.

Que ce travail soit la marque de mon profond respect, de ma gratitude, de toute mon admiration et mon amitié.

À notre Juge et Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur Jonathan Epstein,
Praticien Hospitalier Universitaire en Santé Publique,

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger mon travail de thèse. Je te suis reconnaissante de m'avoir accompagné depuis le Master en Épidémiologie jusqu'à aujourd'hui et, je l'espère, pour de futurs travaux. Un grand merci pour l'enseignement que tu m'as prodigué, ta disponibilité, tes relectures et remarques qui m'ont permis de tant progresser.

Je garde avec moi de goût pour la mesure et je ferai tout mon possible pour

Que ce travail soit la marque de tout mon respect et de ma reconnaissance.

A mes collègues,

À l'équipe d'hospitalisation et de consultation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Brabois. Je vous remercie pour l'accueil que vous m'avez fait au sein de votre équipe, dans laquelle je suis honorée de pouvoir travailler par la suite. Merci de m'avoir transmis cette passion pour la pédopsychiatrie.

À Florence, Émilie, Sophia et toute l'équipe soignante. À Annick, pour ta bonne humeur et tes conseils.

À Leïla, pour la confiance que tu m'as accordée en me laissant te remplacer dans ton cabinet et pour ton éclairage sur de nombreuses situations.

À Marie-Chantal pour nos échanges et ton aide pour rendre le travail plus simple.

À Nelly, Loïc, Orlane, Pascal, Denis et Delphine.

À l'équipe de l'Unité de Psychiatrie de Pont-à-Mousson. Vous m'avez accueillie à deux reprises dans votre unité où j'ai appris le travail en équipe, pluridisciplinaire et dans toute sa richesse.

Au Docteur Laruelle pour votre enseignement et vos échanges. Vos consultations m'auront énormément apprises.

À Dorothée, pour ta bonne humeur et nos échanges.

Un grand merci à l'équipe de neuropédiatrie de l'Hôpital d'Enfants. J'ai été très honorée de pouvoir bénéficier de votre enseignement, de pouvoir apprendre à vos côtés. Je garde précieusement cet enseignement. Au Professeur Emmanuel Raffo, à Dominique, Catherine et Calina.

Merci à Jérémy, pour nos consultations en binôme, ton aide et ton soutien. L'aventure du SOS AMIN aura débuté à tes côtés pour, j'espère, perdurer aussi longtemps que nécessaire.

À l'équipe de la Maternité pour m'avoir accompagné dans la découverte de la psychiatrie périnatale. Merci au Docteur Rothenburger, à Dominique, Régine, Marie-Christine, Virginie et Fabienne.

À l'équipe du service du secteur de Toul, à l'USL6 et en psychiatrie de liaison à Brabois. Ces deux stages m'auront permis d'avoir des connaissances nécessaires en psychiatrie pour adulte.

À Sarah, Pauline, Kahina, Romain, Mélanie, Adeline et Mirela.

À l'équipe de l'USIP de Maxéville. Je vous suis infiniment reconnaissante de m'avoir accueillie comme vous l'avez fait, alors même qu'il ne s'agissait, au départ, que d'un temps d'observation. Merci de m'avoir tant appris me permettant, maintenant, de prendre en charge les tous petits. À Jean-Yves, Dominique, Sabine, Catherine, Virginie, Manon, Valérie, Anne et Madame Houot.

À l'équipe du Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents et de l'Hôpital de Jour Parents-bébés de Vandoeuvre, pour votre accueil et votre accompagnement dans toutes ces situations.

À l'équipe de l'UAUP, pour votre accueil pendant toutes les gardes, vos conseils, vos échanges et toute cette bienveillance.

À Marie Machouart, pour ton implication auprès des étudiants et toute l'énergie que tu leurs transmets.

À ma famille,

À Maxime, pour ta présence, ta patience et ton amour. Grâce à ton soutien infailible, tu m'as permis de me découvrir moi-même. Faire partie de ta vie et de ta famille est une fierté qui dépasse celle de tous les travaux professionnels réalisés. Nous partageons maintenant une magnifique petite merveille, Malo, qui, comme toi, illumine chacun de mes jours.

À mon père. Merci d'avoir été là pendant toutes ces années et de l'être encore maintenant. Tu es un père et un grand-père formidable.

À ma mère, à qui je pense fort aujourd'hui.

À Claire, pour nos belles années de collocations et tout ce qui en découle. À Cécile, Fitou et les deux petites puces, Ava et Sacha, il n'y a pas de mots pour tout résumer. À Antoine, mon petit frère préféré, qui s'en sortira toujours.

À Catherine et Dominique, des beaux-parents qui supportent mon insolence mais surtout des grands-parents en or. À Julien, Émilie, Bjorn et Finn, toute la clique des Lamourette au complet. A quand la fille ?

À mes grands-parents, ceux qui sont partis et ceux qui sont encore là, en souvenir des vacances passées chez les uns et les autres.

À Benoit, Maryline et Tristan, d'avoir toujours été là pour nous et de nous avoir toujours supportés, accompagnés et aidés.

À Josette, Jean-Claude, Carole et Florence, pour tous ces beaux moments partagés. À Dany, Roger et Jean-Yves. À Michel et Claudine.

À mes amis,

À Marion, pour avoir été là depuis la toute première année et jusqu'à aujourd'hui, en passant par un mariage et la maternité. La fille au pantalon orange remercie la fille à la voiture pleine de post-it.

À Lucie et Thibaut, notre trio de choc. À toutes les soirées de sous-colles, tous les cas cliniques, les discussions sur les recommandations, la bonne humeur dans ces années si difficiles. C'est un vrai plaisir de vous voir à chaque fois, comme si vous étiez toujours là. Un grand merci à vous deux.

Aux nageurs de combat : Aurélie, Raphaël, Kassandra, Wolfram et les enfants, Maxime, Laetitia, Stéphanie, Mathieu, Cathy, et les petits bouts en route. Pour tous ces bons moments, sportifs et non-sportifs, pour nos soirées, les matchs de foot, la course à pied, Amsterdam, les fous rire, et tout ce qui nous attend. On peut pas, on a piscine ! Merci.

Aurélie et Raphaël, voilà à quoi servait la journée à mettre dans les enveloppes !

À la Team CIC : Marie-Laure, pour les paillettes et les licornes pendant toute cette année de M2, Ngoc-Ha, Camille, Yoann (ou Dominique). Une très belle rencontre. Je vous remercie énormément pour toute cette année au CIC, les origamis, les pauses déjeuner, les trajets dans l'inter-région. À Samantha, de nous avoir rejoint. À Florian, qui n'a toujours pas compris qu'il aime plus Nancy que Strasbourg. À Vianney, pour tes explications toujours plus précises.

À tous les amis du théâtre, même si je n'en fait pas, parce que maintenant il n'est plus possible de vous dissocier de tous les autres. Merci à la meilleure des marraines, Laure, responsable culture avec Fidj, responsable musique ; j'en connais un qui a de la chance. À Fred et Vital, pour les apéros mais aussi les week-end de course à pied, qui tous deux me manquent beaucoup. À Fred et Isa, et la petite Liga, merci pour tous ces bons moments, on attend Moscou avec impatience. Merci Fred pour l'anglais, je n'y serai jamais arrivée sans toi. À Seb et Rose, pour votre gentillesse. Seb, attention à ta chérie. À Kraken, pour ta patience, à Virginie pour tous les week-ends de course, à Flore, Sabine, Pierre-Henri, Constance, Marianne. Merci et bravo à Chantal, pour tous les encadrer et les rendre si heureux d'y retourner chaque semaine.

À Julie, pour toute ton aide à Brabois, et surtout pour cette belle amitié que je ne pourrais jamais oublier, pour les thé poire-chocolat, pour nos discussions les soirs de garde, pour être toujours là aujourd'hui.

À Anne-Ségolène, Glenic, Gauthier et Marceau, pour tous ces bons week-ends, les sorties avec les enfants, les loups du Parc Sainte-Croix.

À Sarah, que j'aimerais avoir plus le temps de venir voir à Strasbourg. À Charlotte, avec ton rire qui transmet la bonne humeur. À Benjamin, pour nous avoir toutes supportés pendant six mois. À Caroline, merci pour toute ta bienveillance, et surtout ton amitié, les soirées sushis, les sandwichs au bord de la Moselle et tous nos échanges. À Vanessa, courage pour la fin. À les co-internes : François, Coralie, Grégory, Martine,

À Chouchou, qui était déjà là les premiers jours de la fac et Aurélie, en espérant pouvoir prendre le temps de plus se voir maintenant que les études se terminent. À Matthieu et sa Marion, Marion, Brice, pour tous les bons moments partagés, pour certains dès la première année. Merci à Natacha, pour tout ce que tu as fait pour nous et pour soutenir le SOS. À Nathan, Matthieu et Jean-Baptiste pour tous les bons moments, à Forma comme ailleurs. À Laurent, toujours présent.

À tous les autres, qui ont compté ou qui comptent toujours pour moi.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	21
I. D'une rencontre clinique à la théorie de l'attachement.....	21
II. La théorie de l'attachement	22
A. Historique de la théorie de l'attachement	22
B. Les différents patterns d'attachement	24
C. Les Modèles Internes Opérants (1,2).....	27
D. L'attachement à l'adolescence (1)	29
III. De la théorie de l'attachement à l'étude AdoAdo	32
ARTICLE	37
ABSTRACT	38
BACKGROUND	39
METHODS	40
A. PROCEDURES FOR RECRUITMENT	40
B. DATA COLLECTION	41
C. ETHICAL ISSUES	42
D. STATISTICAL ANALYSES.....	42
RESULTS	43
DISCUSSION	45
CONCLUSION	49
REFERENCES.....	57
DISCUSSION	61
I. À propos de l'IPPA.....	61
II. A propos de l'adoption	62
PERSPECTIVES	64
I. Concernant l'adoption	64
II. Adoption et troubles du comportement	64
III. Apport de la recherche dans une pratique quotidienne.....	65
REMERCIEMENTS ÉTUDE ADOADO	66
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXE : INVENTORY OF PARENTS AND PEERS ATTACHMENT	71

INTRODUCTION

I. D'une rencontre clinique à la théorie de l'attachement

Lors de mon premier stage de troisième cycle en psychiatrie, j'ai été amenée à réfléchir autour des représentations internes de la sécurité affective des adolescents pris en charge dans l'unité d'hospitalisation.

Au cours de ce stage, dans le cadre de la permanence des soins des urgences pédopsychiatriques, j'ai rencontré une adolescente adressée par le pédiatre responsable de la Consultation Adoption de l'hôpital. Cette jeune fille, née en Asie puis adoptée en France, présentait des troubles du comportement alimentaire de type boulimie faisant suite à une période d'anorexie mentale restrictive pure non traitée. J'ai suivi cette adolescente en consultations en ambulatoire pendant les quatre mois restant de mon stage. Elle m'a rapidement décrit en entretien le sentiment chronique de vide intérieur qu'elle ressentait et qu'elle cherchait à combler par la prise de nourriture. « *Je suis comme une grande boîte vide. Et je ne supporte pas ce vide. Donc pour la remplir, je mange. Et quand elle est pleine, je ne me sens pas mieux. Alors je vais vomir* ». Bien qu'elle ait été adoptée, cette adolescente a grandi, à partir de ses 16 mois, dans une famille présente, étayante et bienveillante. En évoquant cette situation avec le médecin qui me supervisait, celui-ci a fait l'hypothèse d'un trouble de l'attachement à l'origine des troubles du comportement alimentaire, secondaire à son antécédent d'adoption.

La notion d'attachement est très présente dans la clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le concept d'attachement insécure est fréquemment cité lors des réunions de synthèse de pédopsychiatrie, lorsque les situations cliniques des patients pris en charge sont évoquées. La théorie de l'attachement est enseignée en psychiatrie et pris en compte dans les

modèles psychopathologiques, mais l'abord de ses spécificités à l'adolescence est moins développé. C'est pourquoi j'ai débuté des recherches bibliographiques afin de mieux connaître et mieux comprendre les troubles de l'attachement, de l'enfance à l'adolescence.

II. La théorie de l'attachement

A. Historique de la théorie de l'attachement

Avant que la théorie de l'attachement ait été écrite, certains psychiatres ou psychologues s'étaient déjà intéressés au lien mère-enfant et à l'attachement qui les unit, comme Anna Freud et Dorothy Burlingham pendant la Blitz de Londres. En observant l'évolution de bébés dans les nurseries, Anna Freud est convaincue du rôle central de la mère dans la vie de l'enfant et se « *rend[u] compte des conséquences négatives qu'une séparation pouvait avoir sur lui* ». Sans leur mère, les enfants ne semblaient pas avoir les ressources suffisantes pour faire face aux difficultés de la vie (1).

Winnicott a, lui, décrit « *l'influence néfaste que certaines attitudes maternelles pouvaient avoir sur l'équilibre d'un petit* » à partir de son expérience dans un hôpital pour enfants. Il a également noté l'importance du comportement maternel sur l'évolution de son enfant : « *Le nouveau-né, dès sa naissance, a un besoin de contact et de rapprochement avec sa mère pour se sentir bien. En grandissant, il peut alors anticiper le type de réponse qu'elle peut avoir et il lui suffit d'avoir confiance en sa disponibilité. Ainsi l'enfant peut se sentir en sécurité et de ce fait n'a plus besoin d'activer son système d'attachement. Cette désactivation laisse place à l'exploration de l'environnement* » (2).

La théorie de l'attachement a initialement été décrite par John Bowlby dans son livre : « *Attachement et perte : l'attachement. Vol 1.* » (3). Il s'est intéressé au devenir des enfants orphelins après la Seconde Guerre Mondiale, comme Anna Freud, et a écrit un premier

rapport directement commandité par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1951 (4). En observant les liens entre des enfances difficiles et des carences affectives et de soins dans la petite enfance, il élabore ainsi la définition et le champ de la théorie de l'attachement. Ekman n'était pas le seul à s'inspirer des travaux de Darwin : John Bowlby s'est basé sur la théorie de l'évolution de Darwin qui explique que pour vivre, il faut être plus fort que son voisin (5). Il s'est également inspiré des premiers travaux expérimentaux, considérant les besoins affectifs comme besoins primaires, menés par Harlow et parus en 1958 dans un article intitulé « *The Nature of Love* » (6).

Au niveau émotionnel, Bowlby s'est particulièrement intéressé à une expression de la joie, le « *sourire pour sa spécificité humaine.* », selon lui. Il serait l'exemple « *d'un comportement acquis au cours de l'évolution, dont la fonction est d'assurer la protection de l'individu* ». De fait, pour lui, « *il a pour effet d'activer les comportements de soins de la mère, procurant ainsi au vulnérable bébé une source de sécurité.* ». La tendance à s'attacher à la mère « *qui apparaît généralement vers six mois* » est aussi « *une prédisposition innée qui favorise sa protection* » (2).

En écrivant la théorie de l'attachement, mettant les besoins affectifs d'attachement mère-enfant au même plan que les autres besoins primaires de l'enfant, Bowlby va à l'encontre de la psychopathologie de l'époque, contredisant ainsi la théorie de la pulsion de Freud (7).

Quelques années plus tard, Marie Salter Ainsworth, psychologue canadienne, proposera une expérimentation à la théorie de Bowlby. La Situation Étrange, application expérimentale de la théorie de l'attachement, explore la séparation de l'enfant avec sa figure d'attachement principale. C'est de ce travail qu'est né le concept d'attachement sécurisé (8).

Le système d'attachement permet de maintenir la proximité physique de l'enfant avec son « *caregiver* » - ou donneur principal de soins - le protégeant des dangers de l'environnement. Bowlby explique à travers son travail l'importance chez l'enfant d'un attachement sécurisé

permettant un équilibre entre le système d'attachement et le système exploratoire pour que l'enfant puisse explorer le monde qui l'entoure et ainsi se développer (3). La notion de base de sécurité « *renvoie à la confiance, pour une personne, dans l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible en cas de besoin, et cela quel que soit l'âge de l'individu* » (1).

B. Les différents patterns d'attachement

a. *Les différents patterns d'attachement selon la Situation Étrange (8–10)*

La *Situation Étrange* d'Ainsworth permet de définir plusieurs patterns d'attachement chez l'enfant âgé d'un an en fonction de ses réactions devant des situations de séparation avec la figure d'attachement principale et la présence d'un étranger.

La *Situation Étrange* répond à une procédure précise dans sa mise en place. La *Situation Étrange* est constituée de situations de plus en plus stressantes (de légère à modérée) pour l'enfant : le lieu inconnu, un adulte qu'il ne connaît pas en interaction avec lui et deux brèves situations de séparation de son *caregiver*, la mère en général. Son but est d'activer et d'intensifier l'attachement de l'enfant pour mesurer l'équilibre qui existe entre les comportements d'exploration et d'attachement. L'attachement peut être évalué en utilisant la *Situation Étrange* chez l'enfant de 12 à 24 mois.

Un enfant présentant un attachement sécure (type A) va, pendant la réalisation de la *Situation Étrange*, présenter des signes montrant que le parent lui manque pendant les phases de séparation. Lors de la deuxième séparation, l'enfant pleure. Pendant les phases de réunion, l'enfant accueille activement le parent. Cette recherche active est définie, par exemple, par un enfant qui s'agrippe tout de suite à son parent, ou cherche à être tenu. Après le maintien d'un bref contact, l'enfant se calme et retourne jouer. Un équilibre entre le système d'attachement

et le système exploratoire est donc observé. L'enfant a un sentiment de sécurité et de confiance dans l'accessibilité de sa figure d'attachement.

L'enfant qui présente un attachement de type insécuré-évitant (type B) ne pleure pas lors des séparations avec son *caregiver* lors de la *Situation Étrange* et s'intéresse aux jouets ou à l'environnement tout au long de la procédure. Il évite activement ou ignore le parent lors des retrouvailles, en s'éloignant, se détournant ou en cherchant à s'échapper lorsqu'il est pris dans les bras. Il reste impassible et ne manifeste aucune colère au moment des séparations comme des retrouvailles. Ce comportement est le reflet d'un évitement et est la caractéristique d'une anxiété majeure. Il cache en réalité la peur de l'étranger. Ce type d'attachement correspond à des représentations internes erronées, souvent secondaires à des réactions de l'entourage inadaptés à leurs besoins. Les enfants constatent, par exemple, que leurs appels vers le *caregiver* sont vains, ils ne donnent pas lieu à un réconfort parce que leurs sollicitations sont rejetées ou que les réponses de la figure d'attachement principale sont inadaptées. Ainsi, l'enfant détourne son attention de ses besoins d'attachement.

Un enfant présentant un attachement résistant-ambivalent (type C) va être préoccupé par le parent tout au long de la *Situation Étrange*. Il peut sembler vouloir manifester sa colère, en alternant la recherche de contact et la résistance, ou il peut être passif. Dans les deux cas, il ne parvient pas à se calmer ou à retourner explorer lors des retrouvailles et continue de se focaliser sur le parent. Parfois, il peut rester en pleurs après les retrouvailles. Ce pattern d'attachement correspond à une hyper-activation du système d'attachement. L'enfant a peu d'autonomie et explore peu son environnement. Ces enfants apparaissent fâchés envers leur *caregiver* de les avoir « abandonnés ». La colère semble être associée à un désir intense d'être réconforté, ce qui donne lieu à une attitude résistante où se mêlent recherche et refus du contact.

L'attachement désorganisé-désorienté (type D) n'a été précisé que secondairement dans la *Situation Étrange*, après avoir été défini par Main (10,11). L'enfant va présenter des comportements désorganisés ou désorientés en présence du parent : il peut rester figé en paraissant dans un état de stupeur, les mains en l'air, se lever et tomber subitement par terre à l'arrivée du parent ou s'agripper au parent tout en s'en éloignant. Globalement, l'enfant présente des attitudes contradictoires et est indifférent à la séparation. La présentation du nourrisson à la *Situation Étrange* peut correspondre simultanément aux classifications A, B ou C. La *Situation Étrange* induit un sentiment insoluble pour l'enfant et donc une situation paradoxale. L'enfant veut se rapprocher du parent mais le parent lui fait peur. Le *caregiver* est donc impuissant dans les situations de détresse de l'enfant pour le réconforter, induisant un comportement désorganisé chez l'enfant. Ce type de trouble de l'attachement est plus fréquent quand le parent présente une maladie psychiatrique. Certains auteurs, comme Liotti, considèrent que ce pattern d'attachement correspond en réalité à un état dissociatif (12).

b. Dans le DSM

Le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement apparaît en 1980 dans le DSM-III sous l'appellation « *Reactive Attachment Disorder* ». À l'époque les critères regroupaient le manque de réponse sociale et le retard de croissance comme critères diagnostiques principaux. Les troubles réactionnels de l'attachement sont présents dans le DSM-V et concernent les enfants pendant la première ou la deuxième enfance, âgés de moins de cinq ans. Même si les critères ne s'appliquent pas à l'adolescent, il est intéressant de s'y rapporter puisqu'ils reflètent le pattern de l'enfant. Les troubles doivent être apparus avant l'âge de 5 ans et après l'âge de 9 mois au minimum. Il est également indiqué qu'étant donné que la clinique de l'enfant de plus de 5 ans n'est pas connue, il faut rester prudent quant au fait de poser ce diagnostic après cet âge (13).

c. *Les différents patterns d'attachement selon l'Adult Attachment Interview (1,2)*

Quatre catégories sont distinguées à partir de l'*Adult Attachment Interview* (AAI) : les sécures-autonomes, les détachés, les préoccupés et les désorganisés-désorientés (14). Une cinquième partie est également décrite, elle correspond aux personnes inclassables, dont les patterns font aussi l'objet de recherches.

C. Les Modèles Internes Opérants (1,2)

Afin de définir le système d'attachement, il faut s'intéresser à la mise en place des Modèles Internes Opérants (MIO). Le concept de MIO (ou « *Internal Working Model* ») a été instauré par Kenneth Craik en 1943 puis repris par John Bowlby pour désigner les modèles mentaux créés par l'enfant. Il s'agit de modèles de relation qui aident l'enfant à comprendre et à interpréter le comportement de ses proches, d'un prisme au travers duquel il est possible d'interpréter les relations entre l'enfant et son environnement et donc les nouvelles expériences. Il peut ainsi anticiper les réactions d'autrui. Les MIO influencent donc le comportement avec les figures d'attachement.

Le nourrisson est progressivement capable d'intérioriser les interactions auxquelles il participe, indépendamment de ce qui arrive dans le présent. Grâce à ces échanges, il développe des modèles de relations qui l'aident à comprendre la réaction de son entourage. Ces modèles lui permettent ensuite d'anticiper les réactions de son entourage et particulièrement de sa figure d'attachement. Une fois ses MIO mis en place, une personne a tendance à percevoir les événements de vie en fonction de ce qu'elle a déjà vécu, via une sélection inconsciente des informations entraînant alors un traitement de l'information qui peut être biaisé.

Quand l'enfant comprend que sa figure d'attachement absente peut revenir, il développe des stratégies pour favoriser cet attachement. Ces stratégies d'attachement s'adaptent en fonction des MIO et sont divisées en deux groupes. Les stratégies primaires correspondent à l'adaptation intentionnelle du comportement afin de promouvoir sa sécurité. En fonction de l'efficacité de celles-ci, des stratégies secondaires sont mises en place par l'enfant (15). Il va alors adapter son comportement en fonction des chances qu'il croit avoir de regagner le contact avec sa figure d'attachement principale. Cela peut le mener à inhiber son système d'attachement, ce qui fait partie des stratégies de « *minimisation* » selon Main, ou au contraire à l'hyperactiver, ce qui fait partie des stratégies de « *maximisation* », pour, dans les deux cas, rendre le parent plus présent. Par exemple, si la réponse de la figure d'attachement existe mais n'est secondaire qu'à une détresse extrême, l'enfant reproduit une détresse pour se rapprocher de sa figure d'attachement. L'enfant peut également utiliser un comportement qui ne relève initialement pas de l'attachement pour se rapprocher de sa figure principale comme l'hyperactivité, la turbulence. Miljkovitch parle alors de « *stratégies d'attachement masquées* ». Si l'enfant échoue et ne parvient pas à faire réagir sa figure d'attachement, Main et Solomon définissent ainsi la désorganisation.

Il existe une étanchéité dans la représentation des MIO expliquant que certaines personnes sont conditionnées dans leurs relations aux autres et s'adaptent difficilement à un changement d'environnement quand les relations ultérieures sont d'un autre type. Si un enfant change de milieu de vie, en passant par exemple d'un environnement où il était maltraité à une famille sécurisante, le MIO constitué au contact de ses premières figures d'attachement risque de mal le guider dans ses nouvelles relations. Ces personnes continuent de fonctionner avec les mêmes schémas qu'avec leurs premières figures d'attachement, reproduisant le fonctionnement de leur petite enfance. Cela s'observe dès l'enfance et dans des domaines variés : relations amoureuses ou aux pairs.

Pour résumer, comme l'a souligné Bretherton en 1998, les biais qu'une personne peut avoir dans sa perception des autres s'expliqueraient et auraient un sens, au regard des événements qu'elle a vécus dans le passé. C'est ce qu'a conceptualisé Bowlby au travers des MIO. Ces travaux peuvent guider le clinicien et le thérapeute pour accompagner les patients qui seraient encore fortement marqués par des interactions précoces non sécurisantes.

D. L'attachement à l'adolescence (1)

a. La théorie de l'attachement à l'adolescence

L'attachement à l'adolescence a été moins théorisé que celui de l'enfance ou de l'âge adulte au travers de l'AAI. À l'adolescence, un remaniement des relations avec les figures d'attachement primaires, généralement les parents, est observé. Ces figures d'attachement primaires restent le premier recours de l'adolescent bien que s'opèrent une distanciation et un désengagement dans leur relation. La littérature admet qu'au cours de la petite enfance, un individu a autant de MIO que de relations différentes. L'adulte a, lui, une vision globale de ses rapports affectifs et finit par ne créer ses relations qu'au travers d'un seul MIO (2). Parallèlement, le système exploratoire permet d'engager et de créer de nouveaux liens d'attachement au travers des relations amicales. Pour pouvoir avoir confiance et être loyal envers ses amis, l'adolescent devra préalablement avoir intériorisé une base de sécurité interne. C'est également au cours de cette période que le système de *caregiving* propre à l'adolescent va émerger. Quand l'attachement est envisagé comme étant un système issu de la communication, l'importance d'une base de sécurité interne au sujet qu'il pourra lui-même transmettre prend tout son sens. Parallèlement, le système sexuel apparaît également à l'adolescence. Il représente une nouvelle facette de la relation avec ses pairs. L'adolescence est définie comme étant la période de séparation et d'individuation du jeune, permettant son autonomisation progressive (16). Or, une base de sécurité interne offre une balance entre les

systèmes d'exploration et d'attachement, permettant à l'adolescent de mener son processus d'autonomisation. Les types d'attachement sont les mêmes que ceux de l'âge adulte, eux-mêmes inspirés de la *Situation Étrange*. Il s'agit d'une zone de transition entre l'attachement décrit à partir de la *Situation Étrange* et l'attachement comme évalué au travers de l'AAI.

Les sujets présentant un attachement de type sécure ont ainsi les ressources nécessaires pour affronter et dépasser les changements en lien avec l'adolescence. Grâce à leur ressource interne sécurisante, ils peuvent maintenir la qualité des échanges avec leurs figures d'attachement primaires tout en maintenant leur système exploratoire positivement, s'autonomisant progressivement. Ils présentent par ailleurs des relations positives avec leurs pairs : la régulation de leur état interne, qu'il soit cognitif, physiologique ou émotionnel, est possible sans recours externe. L'ensemble de ces capacités permet aux adolescents sécures de mieux s'adapter socialement et de maintenir des relations amicales et amoureuses positives et durables. Globalement, l'adolescent sécure sera bien intégré dans un groupe avec des pairs.

Quel que soit le type d'attachement insécure, ces adolescents ont une communication avec l'autre de moins bonne qualité en ce qui concerne la sphère émotionnelle, surtout avec leurs figures d'attachement principales. Leur fonctionnement psychosocial est, dans la plupart des cas, altéré : la délinquance est plus fréquente et les relations familiales sont généralement plus complexes avec des faits de violence possibles.

Les adolescents présentant un pattern d'attachement de type insécure – évitant sont des adolescents qui ont des difficultés à demander de l'aide, surtout à l'adulte, et sont en général méfiants des autres. Ils recherchent, le plus souvent, à mettre des distances entre les relations interpersonnelles et leurs émotions. Cela a pour conséquence de tendre les relations familiales et d'empêcher l'individu de s'ouvrir à ses pairs. Les troubles psychiatriques les plus souvent retrouvés dans cette partie de la population sont les conduites addictives, notamment les abus de substances, les troubles des conduites et les troubles du comportement alimentaire. Ces

différents troubles sont associés à des difficultés de régulation émotionnelle, et notamment de gestion du stress.

Les adolescents au pattern insécure – préoccupé ont, eux, tendance à rechercher une proximité accrue et donc à se rapprocher de l'adulte. Leur émotivité est au premier plan et ils présentent fréquemment des troubles du comportement visant à rechercher l'attention de l'autre, notamment de ses figures d'attachement, via une attention négative et souvent en transgressant.

En cas d'attachement insécure – ambivalent, l'adolescent craint pour ses parents en cas de séparation et ne peut se rassurer qu'en cas de rapprochement physique avec les figures d'attachement principales. Ainsi, les systèmes affiliatifs et sexuels sont inhibés, rendant impossible l'autonomisation via une inhibition du système exploratoire. Allen et Land en 1999 ont décrit ces enfants comme dans un « *état continu d'activation de système d'attachement ; et donc [les patterns] augmentent l'impact de la relation parentale insécure sur l'adolescent* » (17). Dans ces familles, les rôles peuvent être confus, fragilisant la route de l'autonomisation.

b. L'évaluation de l'attachement à l'adolescence

En dehors de leur présentation théorique, les troubles de l'attachement chez l'adolescent restent difficiles à évaluer de manière objective, comme le décrit Vuilliez dans un chapitre dédié aux mesures d'attachement chez les adolescents (1). Les cliniciens, capable d'identifier les différents patterns d'attachement au fur-et-à-mesure du suivi avec leurs patients et de leur discours vis-à-vis de leurs figures primaires et de leurs réactions face aux événements du quotidien, se heurtent à la complexité de son évaluation proposée par les chercheurs. Les relations d'attachement à l'adolescence sont instables, en mouvement, de par l'équilibre entre les relations avec les figures primaires et l'importance progressive des pairs et la découverte des relations affectives durables. Ce processus d'autonomie modifie la balance entre les

besoins d'attachement marqués par la recherche d'une proximité physique avec les figures principales, pour s'ouvrir soit vers les pairs, soit vers les parents, généralement en fonction du type et de l'intensité du stress. Les outils d'évaluation de l'attachement à l'adolescence ont pour la plupart été adaptés à partir d'outils utilisés chez l'adulte, en tenant compte de la spécificité développementale de l'adolescence. Le questionnaire le plus utilisé, bien qu'il présente d'importantes limites, et validé en langue française, est *l'Inventory of Parents and Peers Attachment (IPPA)* (18). De nombreuses questions persistent concernant la validité de l'évaluation de l'attachement par auto-questionnaires ; de fait, il n'existe aucun gold standard (19).

Les autres modes d'évaluation possibles sont les entretiens individuels. Ils ont tous été validés à partir de l'AAI, outil validé chez l'adulte, en dehors de la *Friends and Family Interview* de Steele (14,20). On peut citer, pour les 16-25 ans, la *Transition to Adulthood Attachment Interview*, dérivés de l'AAI (21). Une étude menée par Waters et al. en 1995 a retrouvé une stabilité de 70% entre le pattern d'attachement évalué à la SSP et le pattern retrouvé à l'AAI à l'âge de 21 ans, démontrant ainsi la stabilité des MIO de l'enfant dans son développement psychique (22).

III. De la théorie de l'attachement à l'étude AdoAdo

Au travers la lecture de la théorie de l'attachement, découverte progressivement sur le temps du suivi de cette adolescente, je me suis interrogée sur le lien entre l'adoption et les troubles de l'attachement à l'adolescence. J'ai donc mené des recherches autour de l'évaluation de l'attachement chez l'adolescent adopté.

En France, l'adoption nationale concerne principalement les enfants ayant le statut de pupille de l'État, c'est à dire les enfants nés au secret ou orphelins. Le nombre d'adoptions nationales en France est compris entre 850 et 950 enfants par an, nombre stable sur les dernières années. L'adoption internationale est, elle, en nette diminution depuis la fin des années 2000, en France comme dans le monde entier (23,24). En France, selon les données de la Mission d'Adoption Internationale, elle représentait encore 3166 adoptions en 2007, contre 685 en 2017. Soixante-quatre pourcents des enfants adoptés en 2017 présentaient au moins un besoin spécifique, défini comme un enfant présentant une pathologie, l'adoption d'une fratrie ou l'adoption d'enfant de plus de 5 ans. Pourtant, de nombreux enfants maintenant adolescents sont issus de l'adoption internationale. Ces adolescents sont majoritairement originaires d'Asie et de Chine.

En se basant sur la théorie de l'attachement précédemment décrite, il est admis qu'un enfant ayant grandi dans un environnement maltraitant ou négligeant risque de développer des stratégies inadaptées pour favoriser son attachement. Or, les enfants issus de l'adoption ont tous un antécédent de séparation avec leur *caregiver*. Cette expérience influence la mise en place de leurs MIO qui peuvent se modifier ou se construire autrement, compte tenu de leur histoire de vie. De plus, dans l'adoption internationale, l'enfant va également être séparé de son environnement culturel, de son pays d'origine, et de toute la sensorialité qui y est associée. L'enfant va devoir non seulement créer un lien avec sa nouvelle famille mais aussi changer d'appartenance communautaire et sociale et adopter sa nouvelle culture : « *Il est devenu un fruit d'ici, même si les racines sont d'ailleurs* » (25). De plus, l'enfant est majoritairement confié dans des institutions entre le moment de la séparation avec sa famille biologique et son adoption. Ces enfants peuvent avoir été victimes de violences, de maltraitances ou de carences sévères sans que les parents adoptifs n'en aient toujours connaissance.

Les liens d'attachement sont naturellement interrogés au moment de l'adolescence. Quand l'individu a vécu une séparation ou une rupture avec une figure d'attachement principale, les liens seront d'autant plus éprouvés. La recherche des modèles d'attachement des enfants et adolescents adoptés représente donc un enjeu tant pour l'accompagnement de ces adolescents que celui des familles.

Les études qui se sont intéressées à l'évaluation de l'attachement chez les adolescents adoptés restent malheureusement peu nombreuses et certains travaux sur le sujet n'ont pas fait l'objet de publication en raison d'un manque de puissance statistique ou devant une méthodologie fragile (26). La littérature retrouve des recherches menées principalement chez des enfants (<13 ans) (27,28).

Le devenir global des adolescents adoptés dans le contexte français a été décrit par l'Organisme Agréé à l'Adoption Médecins du Monde mettant en avant la pluralité de leur devenir (29,30). Plusieurs études internationales objectivent plus de troubles du comportement chez les adolescents adoptés que chez les adolescents non-adoptés, que ce soit sur cohorte ou méta-analyse, même si le fonctionnement de la majorité d'entre eux est correct (31,32). Cependant ces études ne se sont pas intéressées aux liens avec les patterns d'attachement. La méta-analyse de van den Dries en 2009 portant sur le sujet de l'attachement et de l'adoption ne retrouvait que deux études sur 31 s'intéressant à une population adolescente (26). Sur ces deux études, celle de McGinn a comparé 30 adoptés à 30 non-adoptés et celle de Rosnati 88 adoptés à 129 non-adoptés. Certaines de ces études citées dans la littérature n'ont jamais été publiées et sont restées sous forme de thèses ou de mémoires, comme l'étude de McGinn. Dans une étude publiée en 2012, concernant un échantillon de 125 adolescents adoptés, 72% présentaient un attachement insécuré (33). L'étude réalisée par Escobar et al. comparant deux groupes d'individus, adoptés versus non-adoptés, retrouvait

68% de sujets avec un attachement insécuré dans la population adoptée contre 28% dans la population non-adoptée (34).

La recherche bibliographique menée au moment de l'élaboration du protocole de recherche de l'étude AdoAdo retrouvait un nombre peu important d'études, dont les résultats étaient contradictoires. Une partie de la communauté scientifique psychiatrique soutient l'absence de différence entre les adolescents adoptés et les adolescents non-adoptés en ce qui concerne le développement de leur personnalité et, en miroir, dans l'émergence de troubles psychiatriques. D'autres soutiennent la spécificité de cette population. Les familles adoptantes ont un rôle plutôt actif et sont eux-mêmes à la recherche de consultations auprès de professionnels de la santé mentale spécialisés dans l'adoption. Les Consultations d'Adoption accueillant des psychologues ou psychiatres sont particulièrement plébiscitées par les familles adoptantes, y compris à distance de l'adoption, comme au moment de l'adolescence. Les familles adoptantes, sensibilisées aux difficultés psychiques que peuvent présenter leurs enfants du fait de leur histoire sont demandeurs de pouvoir rencontrer des professionnels sensibilisés au parcours des enfants adoptés.

Devant la difficulté de l'évaluation de l'attachement chez l'adolescent et les résultats contradictoires obtenus dans des études chez les adolescents adoptés, des études dont la méthodologie n'était pas toujours rigoureuse et/ou qui ne concernaient que de petits échantillons d'adolescents adoptés, le projet de cette recherche est né. Le protocole de l'étude AdoAdo a ainsi été soumis au Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy en septembre 2016, sous couvert de la Direction de Recherche et d'Innovation du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy. Pour mener cette étude, j'ai obtenu le soutien et l'aide de l'Organisme Agréé à l'Adoption Médecins du Monde. Il s'agit de l'organisme ayant réalisé le plus d'adoptions internationales en France dans les années 2000.

Après plusieurs échanges téléphoniques et rencontre avec Madame le Docteur André-Trevenec, responsable du service Adoption, Médecins du Monde a accepté d'envoyer les questionnaires du protocole AdoAdo à l'ensemble des enfants adoptés à l'étranger, adolescents au moment de l'étude, c'est-à-dire âgés de 13 à 18 ans en 2018. Pour le recrutement du groupe Non-Adoption, j'ai obtenu l'accord du Directeur des Services Départementaux de l'Éducation Nationale du département de la Meurthe-et-Moselle grâce au soutien de Madame le Docteur Armand, médecin scolaire du département de la Meurthe-et-Moselle, à qui le projet a été présenté. Elle a soutenu le projet et informé plusieurs établissements de la tenue de cette recherche. J'ai ainsi pu contacter plusieurs établissements par la voix officielle et y venir distribuer des questionnaires de l'étude.

Au total, les questionnaires ont été envoyés à 1640 adolescents dans le groupe Adoption. 369 questionnaires ont été retournés en raison d'adresses non-valides. J'ai obtenu les réponses de 319 adolescents adoptés. Pour le groupe Non-Adoption, j'ai présenté l'étude dans 44 classes différentes de six établissements scolaires. J'ai pu obtenir les réponses de 219 adolescents. L'ensemble de ces réponses m'ont permis de mener l'étude AdoAdo dont les résultats sont présentés dans l'article qui suit.

Mis en forme pour soumission dans la revue *European Child and Adolescent Psychiatry* après la soutenance afin de l'enrichir des commentaires des juges.

ARTICLE

Comparison of attachment between adopted and non-adopted adolescents with the IPPA: the French study AdoAdo

Authors :

Marilou Lamourette¹, Jonathan Epstein, M.D., PhD.^{2,3}, Festus Body Lawson, M.D.¹, Fabienne Ligier, M.D., PhD.^{1,2}.

Authors' affiliation :

¹ Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Psychothérapique de Nancy, F-54521 Laxou, France

² Université de Lorraine, EA 4360 Apemac, Nancy, F-54000, France

³ Inserm, CHRU Nancy, Université de Lorraine, CIC-1433 Épidémiologie Clinique, Nancy, F-54000, France

ABSTRACT

Background. Adopted individuals have a higher risk of mental health disorders than the general population. In childhood, they present more insecure or disorganized attachment. But in adolescence, studies involving adopted individuals are more rare and reveal mixed results.

Objective. The primary objective of the AdoAdo study was to compare the attachment to parents of adolescents from intercountry adoption with adolescents from the general population using the Inventory of Parents and Peers Attachment (IPPA) in France.

Methods. Adolescents aged from 13 to 18 years old were included. Two groups were compared: the Adoption group matching a sample of intercountry adopted adolescents and the Non-Adoption group matching a sample of non-adopted adolescents. Attachment was measured by the IPPA, self-administered questionnaire which distinctly measures attachment to both parents.

Results. 528 adolescents were included: 319 in the Adoption group and 219 in the Non-Adoption group. The proportion of insecure attachment to secure attachment to mother did not differ according to adoption status, but insecure-ambivalent was proportionately more numerous than insecure-avoidant (23% vs. 12%, $p=0.01$). This study found no difference in attachment to father ($p=0.09$) for insecure-avoidant or insecure-ambivalent between adopted and non-adopted adolescents. The results of this study support those in the literature that do not show a difference in the proportion between secure and insecure adolescents, supporting the hypothesis that attachment patterns can change throughout childhood and into adolescence. However, there are individual differences and according to the parent.

BACKGROUND

Every adoption story starts with a separation. Worldwide, the number of intercountry adoptions reached a peak in the mid-2000s, involving more than 45,000 children in 2004 (1). In France, for the whole year of 2007, adoption accounted for 3964 children - of which 73.0% were international adoptions. From 2003 to 2010, more than 3000 children from foreign countries were annually adopted in France (2). The mental health professionals reflect upon the psychological issues resulting from those children's life courses, such as the separation from the biological family. The evolution of these children on their way to become teenagers, and adults, is one such concern. According to studies, adopted persons have a higher risk of mental health disorders than the general population (3,4), with, for example, more externalized behavioral disorders (5-8). Suicidal behavior is also reported to be more frequent among adopted subjects (9).

Potentially traumatizing experiences happening before the separation from the biological family, history of abandonment or institutionalization constitute influencing factors on the psychological development of these children, whose development are underpinned by attachment (10). The concept of attachment has emerged from John Bowlby's research who has described the importance of bonding in the psychomotor development of human beings as a theory (11). Marie Salter Ainsworth has then issued an experimental procedure from the attachment theory: the Strange Situation Procedure (12,13). The concept of secure attachment has been defined while exploring the separation of the infant from its primary caregiver. Secure attachment describes the feeling of availability and trust towards a protective figure. Internal Working Models correspond to the internal individual representations that influence the relationship with others. They depend, among other things, on the type of early interactions and often persist in the same way until adulthood (14). Attachment disorders, defined as insecure avoidant or insecure ambivalent attachment, are often found in individuals with psychiatric disorders at all ages, from early childhood to adulthood (15). A child who has grown up in an abusive or neglectful environment is more likely to develop inappropriate strategies to foster attachment. However, all adopted children have been separated from their caregivers and most of them have lived in institutions before their adoption. This experience influences the implementation of their Internal Working Models (16-18). During adolescence, the links are again questioned. Adolescents will traditionally distance themselves from their primary attachment figures, their parents. An adolescent with insecure-avoidant attachment will tend to withdraw, hypoactivating his attachment system, while an adolescent with insecure-ambivalent attachment will try to get closer to his main attachment figure, hyperactivating his attachment system. Defining the type of attachment allows the therapist to adapt his psychotherapeutic approach and improve the psychotherapy (19).

Several studies have shown that adopted children (<13 years) are more likely to show insecure or disorganized attachment than children who have grown up in their families, especially when the child was adopted after the age of 12 months (17,20–23). Similar studies among adolescents are rarer and reveal mixed results. In the meta-analysis of Van den Dries examining the links between adoption and attachment disorders, only two of 31 studies involved an adolescent population. Both were based on small or medium sized samples (30-30 or 88-129). While comparing adopted and non-adopted adolescent samples, some studies show a predominance of insecure attachments in adolescence (7,18,24). Other longitudinal studies find no significant differences in attachment type (21,25). Considering the lack of consensus, AdoAdo study has been realized.

The primary objective of the AdoAdo study was to compare the attachment to parents of adolescents from intercountry adoption with adolescents from the general population using the Inventory of Parents and Peers Attachment (IPPA) questionnaire in France. The secondary objective of this study was to investigate the links between responses to sub-scores (Trust, Communication and Alienation) based on life-course data, taking into account adoption.

METHODS

A. Procedures for recruitment

The AdoAdo study applied to adolescents between 13 and 18 years old at the time of the study. The study was anonymous and participation on a voluntary basis. The questionnaires distributed were identical in both groups. Attachment assessment was conducted by the adolescent, while life-course data were collected from parents. Consent was considered to have been given if all questionnaires given to parents and adolescents were completed. Otherwise, individual was excluded from the study.

Two groups were compared: a sample of intercountry adopted adolescents referred to as the Adoption group and a sample of non-adopted adolescents referred to as the Non-Adoption group. Adolescents in the Adoption group were recruited with the help of the Approved Organisation for Adoption Doctors for the World. These organisation mailed questionnaires issued by the study to all adolescents aged 13 to 18 at the time of the study, in 2016, with a contact information in their digital database, created in 2000 and exhaustive since 2002. To recruit participants from the Non-Adoption group, the study was introduced in classes from various French secondary schools. Participation in the study was proposed to all students present during the presentation of the study and questionnaires were hand-delivered.

B. Data collection

1. Attachment measurement

Attachment was measured with the Inventory of Parental and Peers Attachment (IPPA). This is a self-administered questionnaire developed by Gay Armsden and Mark T. Greenberg in 1987 to assess parental and peer attachment (26). The scale distinguishes four categories: three types of attachment – secure, insecure-avoidant and insecure-ambivalent – and an undetermined category. The revised questionnaire is composed of three parts of 25 identical items (27). Each part refers to a different person in the entourage: father, mother and friends. Responses are rated on a 5-point Likert Scale ranging from 1 (Almost Never or Never True) to 5 (Almost Always or Always True). Three sub-scores are obtained: Alienation, Communication and Trust. There is no reference's threshold established from an adolescent population to determine the type of attachment. Those thresholds are calculated from the studied population. The sub-scores measured in the studied population are divided into terciles (low, medium, high). Based on them, an algorithm determines the type of attachment but some combinations do not allow to determine undetermined category. For example, if a subject belongs to the high tercile for the Communication subscale, to the high tercile for the Trust and to the medium tercile for the Alienation subscale, then the attachment is categorized as secure. If a subject belongs to the medium tercile for the Communication subscale, to the high tercile for the Trust and to the low tercile for the Alienation subscale, then the attachment could not be categorized and is categorized as undetermined. The IPPA is the most commonly used scale in studies assessing attachment to adolescence, the scale was translated and cross-validated in French (28). A meta-analysis examining the links between attachment disorders and behaviour disorders in adolescents found 99 studies out of 126 that assessed attachment with IPPA (29). IPPA has already been used to study the attachment disorders in adopted adolescents (17). IPPA separately measures attachment to both parents, as a child, may develop a different attachment between different primary attachment figure such as parents (30).

2. Sociodemographic and life-course data

Sociodemographic and life-course data were collected from parents. They were asked about the child's age, gender and the family structure. Parents were asked to describe their relationship with their child according to several qualifiers corresponding to secure and insecure attachment. In both groups, various information about the adolescent's life-course were collected, such as a history of psychological follow-up, defined as meeting more than three times with a mental health professional. For the children in the Non-Adoption group, parents were asked about their child's experiences of separation or trauma. Parents in the Adoption group were asked about

the life history before their child was adopted: continent of birth, age of separation from the family of birth, age of adoption, place of life before adoption, causes of separation and notion of trauma experienced by the child. This questionnaire was inspired by the one used by Doctors of the World in studies conducted by them concerning the future of children adopted through their organization (31,32).

C. Ethical issues

The study obtained a favourable ethical agreement from the local independent committee (Ethics Committee of the Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, France), as recommended by the French legislation in force at the time the protocol was drafted.

D. Statistical analyses

First, descriptive analysis of socio-demographic variables and life course data was performed. Data were compared according to the group – adoption or non-adoption. Variables that only concern adopted adolescents - such as the cause of abandonment or place of life before adoption - were coded as absent in non-adopted subjects. Continuous variables were described by mean and standard deviation in case of normal distribution and median and amplitude in case of non-normal distribution. Categorical variables were described by numbers and proportions. Qualitative variables were compared by Fisher tests. Quantitative variables were compared by Wilcoxon tests.

The type of attachment defined by the IPPA was coded as a three-mode qualitative variable: secure, insecure-avoidant or insecure-ambivalent (26,27). Data concerning friendship attachment were collected but were not used in the present study. Second, results from the IPPA questionnaire were compared according to adoption status. Two multinomial logistic regressions were then performed to identify factors related to insecure attachment. The socio-demographic variables and life course data with significant threshold under 0.2 in bivariate analysis were included in the multinomial logistic regressions. The following variables were excluded from the initial multivariate models. The variable “age” was not retained in the multivariate models as there was not an expected effect of age within this age range and all adolescent were approximately of the same age. The second variable that was excluded from multivariate analyses was the “number of children adopted in siblings”, although this variable showed significant results in bivariate analyses, because it was redundant with the variable “number of children in siblings”. And the third variable not considered in the multivariate analysis was the history of psychological follow-up, since any statistical relation would have been difficult to interpret, a subject with an attachment disorder is more likely to receive psychological follow-up, but a subject with causes for

psychological follow-up is also more likely to have attachment disorder. Data for subjects whose attachment could not be defined by IPPA were excluded from multinomial logistic regression.

The IPPA's "undetermined" category leads to the loss of workable data. For the secondary objective and in order to use all the information available, raw results from the three sub-scores – Trust, Communication and Alienation – were analyzed and compared between adoption and non-adoption groups. The IPPA sub-scores were presented as the mean of each item of the sub-score, ranging from 1 to 5. A high score reflected "high security" attachment while a score close to 1 reflected "low security" attachment. Linear regressions from the three raw sub-scores and for each parents were performed. The concordance between attachment to father and mother was measured by calculating the Kappa's Cohen.

In all multivariate analysis, backward stepwise procedure based on minimizing the Akaike Information Criterion were conducted. Secure attachment was considered as a reference in multivariate analyses. For the variables relevant only to adopted adolescents, the interaction effects with the adoption status were included without their main effects in the models. Thus the effects of those variables on attachment were modeled for adopted adolescents only.

P-values below 0.05 were considered to be significant. All analyses were performed using software R version 3.5.1 (2018-07-02).

RESULTS

The response rate was 30.6% in the Adoption group and 17.2% in the Non-Adoption group, for a total of 528 answers: 319 in the Adoption group and 219 in the Non-Adoption group. Socio-demographic characteristics and life-course data of participants, compared across the adoption status, are presented in Table 1. Family structures of adolescents in the Adoption group was different from the Non-Adoption group ($p < 0.001$). 92% were married in adopted families and 66% were divorced in non-adopted families. Adopted adolescents had significantly more history of psychological follow-up than non-adopted adolescents ($p < 0.001$). In the Adoption group, 81% of children were separated from their biological families before the age of one year. The latency time between separation from the biological family and adoption was more than 12 months for all adopted children included in the study and more than 36 months for 31% of them.

Attachment to father – according to the three modalities: secure, insecure-avoidant and insecure-ambivalent – was defined for 414 participants (87.3%): 235 (86.0%) in the Adoption group and 179 (90.9%) in the Non-Adoption group. 57 participants (12.7%) were classified in the undetermined category regarding attachment to

father. Attachment to mother was defined for 408 participants (84.1%): 243 (84%) in the Adoption group and 165 (85%) in the Non-Adoption group. 59 participants (15.9%) were classified in the undetermined category regarding the attachment to mother. The consistency between attachment to father and mother was weak (Cohen's Kappa = 0.34).

Results describing the relationships between types of attachment to father and mother by adoption status are presented in Table 2. There was no significant difference in the distribution of the type of attachment to the father between Adoption or Non-Adoption group ($p=0.09$). However, the raw sub-score Communication relative to the father was significantly different between the two groups ($p=0.016$). There was a significant difference in the distribution of attachment types to the mother ($p=0.013$). This difference only concerned the distribution of insecure attachment types though. No difference was found once all types of insecure attachments were grouped together and compared against secure attachment ($p=0.69$). Regarding the attachment to the mother, there was no significant difference in the raw sub-scores between the two groups.

Table 3 presents the results of bivariate analyses comparing attachment to father and mother based on adolescents' socio-demographic and life-course data. Distribution between attachment types, to father and mother, was different depending on the number of children in the siblings, (respectively $p=0.002$ and $p=0.005$). Adoption status was significantly related to the distribution of attachment types coded as secure, insecure-avoidant and insecure-ambivalent to father ($p=0.009$) and mother ($p=0.013$). The characteristics associated with adoption outside of "multiple-child adoption" were all related to the type of attachment to the mother. For example, the variable "age at adoption" in months showed a difference according to attachment type ($p=0.02$). The variable "adoption of several children" was the only one characteristic related to attachment to the father ($p=0.004$).

The results of the two multinomial logistic regressions modeling attachment are presented in Table 4. The variables "antecedent of violent trauma" and "antecedent of negligent trauma" were not included in the final models. Indeed, there were not enough answers to these questions and the number of subjects did not allow for consistent results to be obtained. Concerning the attachment to the father, adoption status was not related to insecure-avoidant ($p=0.93$) or insecure-ambivalent ($p=0.64$) attachment. Adolescents whose parents are separated or divorced were at greater risk of developing insecure-avoidant attachment to father (OR=2.87 [1.37-6.01], $p=0.005$). This risk was not found with regard to insecure-ambivalent attachment to father ($p=0.98$). Adoption-specific variables were not related to the development of insecure attachment to the father. As for attachment to the mother, only two variables were selected in the model at the end of the backward stepwise:

adoption status and, for adopted adolescents, the age of abandonment. Adoption status appeared to be a protective factor against the development of insecure-avoidant attachment (OR=0.54 [0.31-0.80], $p=0.029$), but did not influence insecure-ambivalent attachment ($p=0.21$). The higher the age of abandonment, the higher the risk of developing insecure-avoidant or insecure-ambivalent attachment (respectively: OR=1.06 [1.02-1.11], $p=0.006$ and OR=1.05 [1.01-1.10], $p=0.018$).

Results of linear regressions on the sub-scores: Trust, Communication, Alienation, defining attachment are presented respectively in Table 5, 6 and 7. The feeling of trust towards the father is negatively related to the fact that the parents are not married or in couple ($p<0.001$). The later the child is separated from his or her biological family, the poorer the quality of feelings of communication ($p=0.02$) and the stronger the sense of alienation ($p=0.02$) to father. Concerning the mother, the feeling of communication appears to be inversely related to the number of children in the siblings ($\beta=-0.15$ (SE=0.05) $p<0.01$). No variables were significantly related to the feeling of trust in the mother. The sense of alienation from the mother is related to the gender (for girls: $\beta=-0.25$ (SE=0.12) $p=0.04$).

DISCUSSION

The difference between the proportion of insecure attachment and secure attachment to mother did not differ according to adoption status, but there were proportionally more insecure-ambivalent than insecure-avoidant in adopted individuals (23%) than in non-adopted individuals (12%, $p=0.013$). This study found no difference concerning the attachment to father ($p=0.09$) for insecure-avoidant or insecure-ambivalent between adopted and non-adopted adolescents.

The use of IPPA in the AdoAdo study took into account differences in attachment that may exist between the attachment patterns to both parents. The results of this study show the importance of being able to distinguish the type of attachment between the two parents or primary attachment figures. This difference is illustrated by the very weak Cohen's Kappa that measures the concordance of the type of attachment between father and mother in the AdoAdo study (Kappa=0.34). This low result shows that even if the proportions of types of attachment to father and mother are generally identical, they vary greatly at the individual level. These results are consistent with the literature which shows that a difference between the type of attachment to father and mother can be observed as early as age one during the Strange Situation Procedure (30). Internal representations related to attachment remain in motion during childhood, particularly through the influence of these new social

experiences and attachment relationships (33). Some interviews to assess attachment take this difference into account, but they do not concern adolescents (34).

Regarding attachment to mother, adoption is presented as a protective factor against the development of an insecure-avoidant attachment. This result contradicts the literature, which either presents results showing an increase in attachment disorders compared to the general population, or the absence of difference between the two groups. The difference observed may be due to chance, especially since the statistical significance is low. It might be due to the fact that insecure-ambivalent attachment was proportionally more common among adopted adolescents than among their peers. It is also possible that adoptive families, because of the specific support that can be offered to them, may present a more secure climate of trust and communication, reducing this type of attachment. However, after grouping avoidant and ambivalent attachments in bivariate analysis, the proportion of adolescents with insecure attachment to the mother compared to those with secure attachment was not different. This comparison did not show any difference in attachment to father either the adoption status.

The lack of differences in the present study in attachment between adopted and non-adopted, in particular when grouping avoidant and ambivalent attachment, may be related to a lack of power of the results although this study had a higher number of adolescents than any other on the subject. On the other hand, these results support the hypothesis that the differences in attachment depending on adoption could be attenuated during childhood and related to family life (16,35). Adoption is thus considered to be the most effective intervention for child attachment disorders (36). According to the literature, the sample studied is considered to belong to a population at higher risk of developing insecure or disorganized attachment since the average age of adoption in this study was 42 months (SD=28). Attachment disorders and behavioral disorders increase significantly when the adoption age is over 12 or 24 months (5,17,37,38). This study shows that the higher the age of abandonment, the greater the risk of developing an attachment disorder to mother, avoidant (OR=1.06 [1.02-1.11], p=0.02) and ambivalent (OR=1.43 [1.01-1.10], p=0.02). Two longitudinal studies have assessed attachment in a population of adopted children (21,25). A higher proportion of insecure attachments among adopted children than their peers was found, while this difference was no longer found in adolescence. This may be explained by the fact that attachment can undergo changes between childhood and adolescence, including in an adopted child population. It particularly depends on the positioning of the new family. This evolution seems to be linked to family bonding abilities especially maternal (39–42). For adopted children, the arrival in a new family is already considered as an intervention that can affect attachment abilities.

The proportion of secure adolescents was lower than in the general population for both groups. In the AdoAdo study, among adolescents with determined attachment and without taking into account the undetermined class, only 50% of non-adopted adolescents and 54% of adopted adolescents had a secure attachment to their father. The distributions of attachment types measured by IPPA are not representative of the general population where 62% of children are secure, 15% avoidant, 9% ambivalent and 15% disorganized (43). Barcons et al. in 2012 measured attachment in a sample of adopted adolescents (18). They found a similar proportion of secure attachment to that of the general population, with 60.3%. Barcons' study did not take into account the distinctions between the firsts attachment figures, father and mother. It is possible that the IPPA underestimates the proportion of secure attachment. This hypothesis could be explored in a subsequent study. In addition, IPPA does not distinguish disorganized attachment. This type of attachment is related to traumatic history that is more frequent among adopted children (23,44–46). This is an inherent limitation of the IPPA that does not allow attachment to be determined for some respondents: 12% for the father and 15% for the mother, although these responses cannot be assimilated to a disorganized attachment.

Several differences in sociodemographic and life course data were found between Adoption and Non-adoption groups, such as the distribution of family structure. This can be explained by the requirements in France for adopting couples to be married in order to be able to adopt children. Parents of adopted children therefore often comprise more stable couples with an older parental project. Moreover, the results of the multivariate model suggest that adolescents from families with separated or divorced parents are at greater risk of developing insecure-avoidant and insecure-ambivalent attachment to the father. These results can be explained by the frequent communication issues in separated couples. The fact that this difference concerns only the father may be related to the fact that children live more frequently with their mother than with their father after a separation, which may lead to a conflict of loyalty on the part of the adolescent (47). Parental separation can have consequences on attachment bonds (48). In addition, mother more frequently takes the role of the main first attachment figure, which may explain why that difference is only found with father and not with mother.

These results show that stability in the couple and in the family is linked to secure attachment for adolescents, adopted or not. This could explain why there is no difference in proportion between insecure attachments and secure attachment among adolescents who have experienced separation from their caregiver and affiliation with a new family compared to others.

Adopted adolescents have significantly more history of psychological follow-up than non-adopted adolescents. This difference is explained by the higher proportion of behavioural disorders among adopted adolescents

compared to non-adopted adolescents and they are even more represented in cases of intercountry adoption (7,49–52). Teenage behavioural disorders are a frequent reason for consultation in this population. It is not possible to know whether the fact of having been adopted leads to more psychiatric disorders and thus more consultations or whether adoptive parents, aware of the fragility of adopted children, are more prone to resort to consultations. Given the support provided to adoptive families and the awareness of the difficulties that these children can present, it is possible that this difference does not reflect a real increase in psychiatric disorders. For this reason, the variable was not retained in the multivariate analyses.

Among the limits of the present study there is the potential selection bias due to the low participation rate in both groups resulting from the logistical difficulties of having the answers of the adolescents and their parents. There is no argument in favour of a differential bias between adopted and non-adopted. However, it is possible that adolescents with insecure attachment may have participated less than adolescents with secure attachment, although our data do not support this hypothesis. Indeed, in the event of insecure attachment, the adolescent's sense of trust is lower, especially towards adults he or she does not know. This bias may explain the lack of difference found in this study between the two groups.

Participants with missing data were excluded from the multivariate analyses, in particular those who could not be classified as secure or insecure by the IPPA. To limit the impact of these missing data, linear regressions were carried out. Efforts were made to minimize missing data, however some data were more difficult to collect because of the conditions of adoption, which can vary greatly. However, life-course data were asked to parents, particularly adoption data, and the study was carried out with the help of Doctors of the World, a serious organization that has long been established in France. The complex recruitment of adopted children affects this limitation, but it is not specific to this study.

Another limitation concerns the way attachment is assessed. Its evaluation using self-questionnaires is probably less reliable than it would be using interviews. However, the IPPA is the most commonly used questionnaire to assess attachment in adolescents. To overcome some of the limitations of the IPPA, in relation to the inability to classify some of the participants and the thresholds dependent on the studied population, the analyses were also based on the raw scores.

The main strength of this study is that it proposes to assess attachment among adopted adolescents in comparison to their peers by distinguishing responses concerning the father and the mother, an originality in the field of studies focusing on attachment in this population. Some authors believe that the plurality of Internal Working Models tends to disappear in early adulthood, showing the importance of being able to assess and describe these

differences during the key period of adolescence (53,54). Characterizing the type of attachment then makes it possible to adapt care specifically to the adolescent's internal representations.

The sample size was larger than in other studies, which implies a greater statistical power. While not systematic the inclusion of adopted adolescent was based on the database of Doctors of the World, the organization that carried out most of the intercountry adoptions in France in the 2000s. In this study, the data were compared to another group of adolescents, recruited in the general population. This is not the case for all studies. Most studies that focused on measuring attachment, including the Finnish cohort, did not present data on adolescence (55,56). Studies involving adolescents were generally small samples. Pace's study presents the results of attachment assessment by interviews with a sample of 22 adolescents (57). Studies comparing the attachment of adolescents measured by questionnaire to a sample of non-adopted adolescents remain small (30-30 or 88-129).

Although the distribution of insecure attachment types can be different, especially when the firsts attachment figures are distinguished, considering the responses to both parents, there is no difference in distribution between secure and insecure attachment while comparing adopted and non-adopted groups. These results highlight the importance of distinguishing the type of attachment disorder in both childhood and adolescence. The possible evolution of individuals' internal representations between childhood and adolescence shows the importance of being able to support families whose child has an attachment disorder. This support can take the form of a specific intervention such as those already used (58–60).

CONCLUSION

Overall, this study did not reveal any significant difference in terms of the proportion of secure attachment and insecure attachment (grouping avoidant and ambivalent) when comparing adopted adolescents to their peers. The main interest of this study is to distinguish attachment according to the first attachment figures that highlight differences between father and mother. These results provide an additional argument toward the absence of difference between adopted and non-adopted adolescents, supporting the hypothesis that attachment patterns change throughout childhood and into adolescence. Providing a safe family environment allows children to internalize this security. These results also provide perspectives for the support of families that do not offer a safe environment, in which a child is at risk of insecure attachment and where specific interventions can be offered. Support for families must therefore remain at the heart of concerns in the management of attachment disorders, starting from early childhood.

Table 1. Sociodemographic and life-course data from adolescents included in the AdoAdo Study by group (Adoption vs. Non-Adoption)

	Adoption		Non-Adoption		P-value*
	N=319 (%)		N=219 (%)		
	N(%)	Mean(SD)	N(%)	Mean(SD)	
<i>Mean age (year)</i>	319		219		0.96*
	14	(1.6)	14	(1.2)	
<i>Gender (N=528)</i>	319		219		0.16†
Male	77	(24)	65	(30)	
Female	242	(76)	154	(70)	
<i>Family situation (N=520)</i>	314		206		p<0.001†
Married / couple	288	(92)	135	(66)	
Separated / divorced	18	(5.7)	53	(26)	
Widower	6	(1.9)	4	(1.9)	
Single person	2	(0.6)	14	(6.8)	
<i>Number of children in siblings (N=510)</i>	315		195		p<0.001†
	1.9	(0.8)	2.6	(1.2)	
<i>Antecedent of psychological follow-up (N=507)</i>	313		194		p<0.001†
Yes	131	(42)	40	(21)	
<i>Experienced disruption or trauma outside the adoption (N=496)</i>	312		184		p<0.01†
Yes	87	(28)	32	(17)	
If yes, which one(s) ?					
Violences	2	(0.6)	6	(3.3)	
Malnutrition	4	(1.3)	0	(0.0)	
Negligence	9	(2.9)	0	(0.0)	
Multiple living spaces	0	(0.0)	2	(1.1)	
Parental separation	2	(0.6)	53	(29)	
Death of a parent	6	(1.9)	9	(4.9)	
Other	5	(1.6)	10	(5.4)	
<i>Age of separation with biological family known (N=310)</i>			NC		
Yes	285	(92)			
In months	5.6	(8.4)			
<i>Living space before adoption (N=299)</i>			NC		
Orphanage	216	(72)			
Foster family or nurse	66	(22)			
Assigned nurse	11	(3.7)			
Others (biological family, ...)	6	(1.3)			
<i>Other(s) adopted children in siblings (N=310)</i>			NC		
Yes	188	(61)			
<i>Age of adoption in months (N=310)</i>	43	(28)	NC		
<i>Lag time between separation and adoption (N=281)</i>			NC		
In months	37	(22)			

< 36 months	195	(69)		
≥ 36 months	86	(31)		
<i>Continent of birth (N=310)</i>			<i>NC</i>	
Asia	206	(66)		
South America	53	(17)		
Europa	45	(15)		
Others	6	(1.9)		
<i>Reason of abandonment known (N=310)</i>			<i>NC</i>	
Yes	146	(47)		
If yes: which one(s)?				
Young mother	3	(1.0)		
Mother' death	3	(1.0)		
Parental disability	21	(6.8)		
Abuse of children	1	(0.3)		
Child found at birth	33	(11)		
Unwanted pregnancy	1	(0.3)		
Poverty	9	(2.9)		
Health	6	(1.9)		
Other	8	(2.6)		
<i>Qualification of the relationship with the adolescent by the parent</i>				
<i>Relationship with father (N=413)</i>			<i>151</i>	<i>0.033†</i>
Secure qualifer	248	(95)	134	(89)
Insecure qualifer	14	(5.0)	17	(11)
<i>Relationship with mother (N=460)</i>			<i>281</i>	<i>0.53†</i>
Secure qualifer	264	(94)	171	(96)
Insecure qualifer	17	(6.0)	8	(4.5)

Notes: *Wilcoxon Test ; † Fisher Test

Table 2. Attachment to father and mother according to the Inventory of Parental and Peers Attachment questionnaire according to the Adoption vs. Non-Adoption group in the AdoAdo study.

	Attachment to father				P-value	Attachment to mother				P-value
	Adoption		Non-Adoption			Adoption		Non-Adoption		
	N=319 (%)		N=219 (%)			N=319 (%)		N=219 (%)		
	N(%) / Mean(SD)		N(%) / Mean(SD)			N(%) / Mean(SD)		N(%) / Mean(SD)		
<i>Attachment type (N=)</i>	274		197			290		195		
Undetermined category	39	(14)	18	(9.1)		47	(16)	30	(15)	
Determined categories	235		179			243		165		
Secure	127	(54)	89	(50)	0.091	129	(53)	91	(55)	0.013
Insecure-Avoidant	53	(23)	57	(32)		59	(24)	54	(33)	
Insecure-Ambivalent	55	(23)	33	(18)		55	(23)	20	(12)	
<i>Sub-scores IPPA</i>										
Trust (N=)	298		202			303		204		
Score	4.2	(0.91)	4.2	(0.89)	0.71	4.3	(0.89)	4.3	(0.89)	0.64
Communication (N=)	298		202			303		204		
Score	3.2	(1.4)	3.1	(1.7)	0.016	3.8	(1.2)	3.6	(1.4)	0.06
Alienation * (N=)	198		203			303		203		
Score	3.8	(1.2)	4.0	(1.2)	0.40	3.8	(1.1)	3.8	(1.5)	0.87

Notes: scores expressed as an average/5; * Alienation: inverted score (a score close to 5 equals "high security", a score close to 1 equals "low security").

Table 3. Bivariate analyses presenting the links between socio-demographic and life course data according to the type of attachment defined by the Inventory of Parental and Peers Attachment in the AdoAdo study

	Attachment to father						Attachment to mother						P-value	Test		
	Secure		Insecure-avoidant		Insecure-ambivalent		Secure		Insecure-avoidant		Insecure-ambivalent					
	N(%)		N(%)		N(%)		N(%)		N(%)		N(%)					
	N(%)	Mean(SD)	N(%)	Mean(SD)	N(%)	Mean(SD)	N(%)	Mean(SD)	N(%)	Mean(SD)	N(%)	Mean(SD)				
For all participants	216	(52)	110	(27)	88	(21)			220	(54)	113	(28)	75	(18)		
<i>Adoption or Non-Adoption group ?</i>	216		110		88				220		113		75			
Adoption	127	(59)	53	(48)	55	(62)	0.009		129	(59)	59	(52)	55	(73)	0.013	Fis
<i>Gender</i>	216		110		88				220		113		75			
Male	58	(27)	24	(22)	23	(26)	0.62		52	(24)	25	(22)	24	(32)	0.27	Fis
<i>Family situation</i>	207		107		85				213		108		74			
Married / couple	184	(89)	79	(74)	77	(91)	0.008		178	(84)	86	(80)	62	(84)	0.54	Fis
Separated / divorced	19	(9)	23	(21)	7	(8)			24	(11)	17	(16)	10	(14)		
Widower	2	(1)	1	(1)	0	(0)			4	(2)	1	(1)	2	(2)		
Single person	2	(1)	4	(4)	1	(2)			7	(3)	4	(3)	0	(0)		
<i>Number of children in siblings</i>	202		107		81				209		104		73			
	2	(1)	2.3	(0.9)	2	(0.9)	0.002		2.1	(1.1)	2.4	(1.1)	2.1	(1.1)	0.005	Kru
<i>Antecedent of psychological follow-up ?</i>	201		107		81				207		104		74			
Yes	62	(31)	38	(36)	24	(30)	0.63		63	(30)	38	(37)	29	(39)	0.29	Fis
<i>Antecedent of disruption or trauma ?</i>	200		104		79				206		99		73			
Yes	155	(78)	75	(72)	66	(84)	0.20		42	(20)	24	(24)	11	(15)	0.35	Fis
<i>Antecedent of trauma ?</i>	197		104		77				202		100		73			
Yes	41	(21)	22	(21)	16	(21)	1		40	(20)	28	(28)	18	(25)	0.26	Fis
If so, violences ?	0	(0)	5	(5)	2	(2.5)	0.004		3	(1.5)	2	(2)	1	(1.5)	0.87	Fis
If so, neglect ?	2	(1)	0	(0)	2	(2)	0.18		2	(1)	4	(4)	2	(3)	0.20	Fis

Table 3. Bivariate analyses presenting the links between socio-demographic and life course data according to the type of attachment defined by the Inventory of Parental and Peers Attachment in the AdoAdo study

<i>Qualification of the relationship with the adolescent by the father</i>	184		84		70			206		82		67			
Insecure qualifer	2	(1)	20	(24)	2	(3)	<0.001	2	(1)	12	(15)	2	(3)	<0.001	Fis
<i>Qualification of the relationship with the adolescent by the mother</i>	193		92		72			183		79		60			
Insecure qualifer	9	(5)	3	(3)	4	(5)	0.74	12	(7)	7	(9)	6	(10)	0.6	Fis
Données concernant l'Adoption	N= 127 (%)		N= 53 (%)		N= 55 (%)			N= 129 (%)		N= 59 (%)		N= 55 (%)			
<i>Age of separation with biological family</i>	117		46		48			121		50		50			
In mounths	4.6	(7.2)	7.0	(9.5)	5.0	(8.2)	0.37	3.8	(6.4)	7.7	(9.9)	6.7	(9.2)	0.004	Kru
<i>Living space before adoption</i>	120		50		50			119		55		53			
Orphanage	84	(70)	34	(68)	36	(72)	0.93	92	(77)	44	(80)	32	(60)	0.003	Fis
Foster family or nurse	34	(28)	14	(28)	13	(26)		26	(22)	10	(18)	19	(26)		
Others (biological family, ...)	2	(2)	2	(4)	1	(2)		1	(1)	1	(2)	2	(4)		
<i>Age of adoption</i>	122		51		53			122		57		54			
In mounths	40	(26)	43	(27)	42	(28)	0.73	38	(23)	50	(32)	46	(30)	0.02	Kru
<i>Lag time between separation and adoption</i>	116		46		47			118		49		23			
In mounths	35	(22)	35	(18)	35	(18)	0.95	33	(19)	40	(23)	41	(25)	0.13	Kru
<i>Other(s) adopted children in siblings ?</i>	124		51		53			125		57		54			
Yes	66	(53)	40	(78)	36	(68)	0.004	72	(58)	44	(77)	33	(61)	0.035	Fis

Notes : Fis. = Fisher Test : Kru = Kruskal Wallis.

Table 4. Multinomial logistic regressions researching the attachment explanatory variables defined by the Inventory of Parental and Peers Attachment in the AdoAdo study.

	Attachment to father					
	Insecure-Avoidant N=110 (%)			Insecure-Ambivalent N=88 (%)		
	OR	CI (95%)	P-value	OR	CI (95%)	P-value
<i>Groupe Adoption ou Non-Adoption ?</i>						
Non-Adoption	Ref			Ref		
Adoption	0.96	[0.39-2.37]	0.93	1.23	[0.52-2.89]	0.64
<i>Family situation</i>						
Married or couple	Ref			Ref		
Separated or divorced	2.87	[1.37-6.01]	<0.01	1.01	[0.36-2.81]	0.98
For ADOPTION group:						
<i>Age of separation with biological family</i>						
In months	1.04	[1.00-1.08]	0.06	1.01	[0.97-1.04]	0.67
<i>Lag time between separation and adoption</i>						
In months	0.97	[0.93-1.00]	0.07	0.99	[0.96-1.03]	0.68
<i>Age of adoption</i>						
In months	1.01	[1.00-1.02]	0.07	1.00	[0.99-1.01]	0.66
	Attachment to mother					
	Insecure-Avoidant N=110 (%)			Insecure-Ambivalent N=88 (%)		
	OR	CI (95%)	P-value	OR	CI (95%)	P-value
<i>Groupe Adoption ou Non-Adoption ?</i>						
Non-Adoption	Ref			Ref		
Adoption	0.54	[0.31-0.94]	<0.01	1.52	[0.90-2.92]	0.21
Dans le groupe ADOPTION						
<i>Age of separation with biological family</i>						
In months	1.06	[1.02-1.11]	0.02	1.43	[1.01-1.10]	0.02

Note. Secure attachment was chosen as the reference variable.

Table 5. Linear regressions analysis of IPPA's sub-score Trust in the AdoAdo Study

Variables	Trust to father			Trust to mother		
	β	S.E.	p-value	β	S.E.	p-value
Adoption	0.01	0.09	0.90	0.01	0.09	0.90
Age (years)	NC			-0.04	0.02	0.07
Gender: female	NC			-0.13	0.09	0.16
Parents separated or divorced	-0.54	0.12	<0.001	NC		
Number of children in siblings	NC			-0.05	0.04	0.16
For adoption group:						
Age of separation with biological family (months)	-0.01	0.01	0.06	-0.01	0.01	0.09
Reason for abandonment: parental disability	0.25	0.12	0.03	0.32	0.20	0.10
Reason for abandonment: child found at birth	NC			0.28	0.14	0.05
Reason for abandonment: health	NC			-0.51	0.27	0.06

Table 6. Linear regressions analysis of IPPA's sub-score Communication in the AdoAdo Study

Variables	Communication to father			Communication to mother		
	β	S.E.	p-value	β	S.E.	p-value
Adoption	-0.20	0.18	0.28	-0.12	0.16	0.48
Age (years)	-0.09	0.03	<0.01	-0.05	0.03	0.16
Gender: female	-0.19	0.13	0.13	NC		
Parents separated or divorced	-0.43	0.17	0.01	-0.24	0.17	0.15
Number of children in siblings	-0.09	0.06	0.11	-0.15	0.05	<0.01
Antecedent of trauma - violences	-0.94	0.41	0.02	NC		
For adoption group:						
Age of separation with biological family (months)	-0.01	0.01	0.02	NC		
Lag time between separation and adoption (months)	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.14
Reason for abandonment: parental disability	0.37	0.17	0.03	NC		
Reason for abandonment: child found at birth	0.21	0.11	0.06	0.35	0.20	0.08
Reason for abandonment: health	NC			-0.58	0.37	0.12

Table 7. Linear regressions analysis of IPPA's sub-score Alienation in the AdoAdo Study

Variables	Alienation to father			Alienation to mother		
	β	S.E.	p-value	β	S.E.	p-value
Adoption	0.07	0.11	0.50	-0.02	0.19	0.91
Gender: female	-0.18	0.11	0.09	-0.25		0.04
Parents separated or divorced	-0.26	0.13	0.05	-0.24	0.16	0.14
Number of children in siblings	-0.07	0.05	0.11	NC		
Antecedent of trauma - violences	NC			-0.61	0.41	0.14
For adoption group:						
Age of separation with biological family (months)	-0.01	0.01	0.02	NC		
Reason for abandonment: health	-0.37	0.18	0.04	NC		
Continent of birth: Africa	NC			-0.47	0.24	0.05

Notes: Alienation: inverted score (a score close to 5 equals "high security", a score close to 1 equals "low security").

REFERENCES

1. Selman P. The rise and fall of intercountry adoption in the 21st century. *Int Soc Work*. 1 Sept 2009;52(5):575-94.
2. La Mission de l'Adoption Internationale [Internet]. France Diplomatie: Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. [cited on 8 Feb 2019]. Available on: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/la-mission-de-l-adoption-internationale/>
3. Lindblad F, Hjern A, Vinnerljung B. Intercountry adopted children as young adults--a Swedish cohort study. *Am J Orthopsychiatry*. Apr 2003;73(2):190-202.
4. Tieman W, van der Ende J, Verhulst FC. Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: an epidemiological study. *Am J Psychiatry*. Mar 2005;162(3):592-8.
5. Bimmel N, Juffer F, IJzendoorn MH van, Bakermans-Kranenburg MJ. Problem Behavior of Internationally Adopted Adolescents: A Review and Meta-Analysis. *Harv Rev Psychiatry*. 1 Jan 2003;11(2):64-77.
6. Verhulst FC. Internationally adopted children: The Dutch longitudinal adoption study. *Adopt Q*. 2000;4(1):27-44.
7. Escobar MJ, Pereira X, Santelices MP. Behavior problems and attachment in adopted and non-adopted adolescents. *Child Youth Serv Rev*. Jul 2014;42:59-66.
8. Roskam I, Stievenart M, Tessier R, Muntean A, Escobar MJ, Santelices MP, et al. Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Jan 2014;49(1):133-44.
9. Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet Lond Engl*. 10 Aug 2002;360(9331):443-8.
10. van der Voort A, Linting M, Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Delinquent and aggressive behaviors in early-adopted adolescents: Longitudinal predictions from child temperament and maternal sensitivity. *Child Youth Serv Rev*. Mar 2013;35(3):439-46.
11. Bowlby J. *Attachment: Attachment and Loss Volume 1*. Basic Books. 1969. 436 p.
12. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev*. Mar 1970;41(1):49-67.
13. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford: Lawrence Erlbaum; 1978.
14. Bowlby J. *Separation: Anxiety and anger: Attachment and loss Volume 2*. Basic Books. 1980. 512 p.
15. Lyons-Ruth K. Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Ment Health J*. May 2008;29(3):203-18.
16. IJzendoorn MHV, Juffer F. The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(12):1228-45.
17. van den Dries L, Juffer F, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Child Youth Serv Rev*. Mar 2009;31(3):410-21.
18. Barcons N, Abrines N, Brun C, Sartini C, Fumadó V, Marre D. Social relationships in children from intercountry adoption. *Child Youth Serv Rev*. 1 May 2012;34(5):955-61.

19. Bosmans G. Cognitive behaviour therapy for children and adolescents: Can attachment theory contribute to its efficacy? *Clin Child Fam Psychol Rev*. Dec 2016;19(4):310-28.
20. McGoron L, Gleason MM, Smyke AT, Drury SS, Nelson CA, Gregas MC, et al. Recovering from early deprivation: attachment mediates effects of caregiving on psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Jul 2012;51(7):683-93.
21. Vorria P, Ntouma M, Rutter M. Vulnerability and resilience after early institutional care: The Greek Metera study. *Dev Psychopathol*. Aug 2015;27(3):859-66.
22. Piermattei C, Pace CS, Tambelli R, D'Onofrio E, Di Folco S. Late adoptions: Attachment security and emotional availability in mother–child and father–child dyads. *J Child Fam Stud*. Aug 2017;26(8):2114-25.
23. Vasileva M, Petermann F. Attachment, Development, and Mental Health in Abused and Neglected Preschool Children in Foster Care: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2018;19(4):443-58.
24. O'connor TG, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA, Team TE and RAS. Child–parent attachment following early institutional deprivation. *Dev Psychopathol*. Mar 2003;15(1):19-38.
25. Beijersbergen MD, Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Remaining or becoming secure: parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study. *Dev Psychol*. Sept 2012;48(5):1277-82.
26. Armsden GC, Greenberg MT. The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *J Youth Adolesc*. Oct 1987;16(5):427-54.
27. Vivona JM. Parental attachment styles of late adolescents: Qualities of attachment relationships and consequences for adjustment. *J Couns Psychol*. Jul 2000;47(3):316-29.
28. Vignoli E, Mallet P. Validation of a brief measure of adolescents' parent attachment based on Armsden and Greenberg's three-dimension model. *Eur Rev Appl Psychol Rev Eur Psychol Appliquée*. Dec 2004;54(4):251-60.
29. Madigan S, Brumariu LE, Villani V, Atkinson L, Lyons-Ruth K. Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychol Bull*. Apr 2016;142(4):367-99.
30. Fox NA, Kimmerly NL, Schafer WD. Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Dev*. Feb 1991;62(1):210-25.
31. André-Trévenec G, Lebrault M. International adoption Three inquiries by the NGO Médecins du Monde with adoptive families 1990–2012—Results How to adapt uses for children special needs adoption and prevent disruptions parents–children? [French]. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. June 2017;65(4):225-44.
32. André-Trévenec G, Lebrault M. Future of 230 adolescents worldwide adopted by NGO Médecins du Monde through 2 surveys conducted in 2012 and 2015. [French]. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. Jun 2018;66(4):219-39.
33. Bosmans G, Kerns KA. Attachment in Middle Childhood: Progress and Prospects. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2015;2015(148):1-14.
34. Steele H, Steele M. The Construct of Coherence as an Indicator of Attachment Security in Middle Childhood: The Friends and Family Interview. In: Kerns KA, Richardson RA, eds. *Attachment in middle childhood*. New York, NY: Guilford Press; 2005. p. 137-60.

35. Hodges J, Steele M, Hillman S, Henderson K, Kaniuk J. Changes in Attachment Representations Over the First Year of Adoptive Placement: Narratives of Maltreated Children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. Jul 2003;8(3):351-67.
36. O'Connor TG, Zeanah CH. Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attach Hum Dev*. Sept 2003;5(3):223-44.
37. Gunnar MR, van Dulmen MHM, International Adoption Project Team. Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Dev Psychopathol*. 2007;19(1):129-48.
38. Julian MM. Age at adoption from institutional care as a window into the lasting effects of early experiences. *Clin Child Fam Psychol Rev*. Jun 2013;16(2):101-45.
39. Steele M, Hodges J, Kaniuk J, Hillman S, Henderson K. Attachment representations and adoption: Associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children. *J Child Psychother*. Aug 2003;29(2):187-205.
40. Steele M, Hodges J, Kaniuk J, Steele H, D'Agostino D, Blom I, et al. Intervening with maltreated children and their adoptive families: Identifying attachment-facilitative behaviors. In: Oppenheim D, Goldsmith DF, eds. *Attachment theory in clinical work with children bridging the gap between research and practice*. New York, NY: Guilford Press; 2007. p. 58-89.
41. Dozier M, Rutter M. Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2008. p. 698-717.
42. Román M, Palacios J, Moreno C, López A. Attachment representations in internationally adopted children. *Attach Hum Dev*. 2012;14(6):585-600.
43. van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol*. Spr 1999;11(2):225-49.
44. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1990. p. 121-60. (The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development).
45. Hesse E, Main M. Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *J Am Psychoanal Assoc*. 2000;48(4):1097-127; discussion 1175-1187.
46. Moss E, Cyr C, Dubois-Comtois K. Attachment at early school age and developmental risk: examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Dev Psychol*. Jul 2004;40(4):519-32.
47. Lieberman A, Zeanah C, McIntosh J. Attachment perspectives on domestic violence and family law. *Fam Court Rev*. Jul 2011;49(3):529-38.
48. Feeney BC, Monin JK. An attachment-theoretical perspective on divorce. In: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. p. 934-57.
49. Peters BR, Atkins MS, McKay MM. Adopted children's behavior problems: a review of five explanatory models. *Clin Psychol Rev*. Apr 1999;19(3):297-328.
50. Merz EC, McCall RB. Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *J Abnorm Child Psychol*. May 2010;38(4):459-70.

51. Hawk BN, McCall RB. Specific extreme behaviors of postinstitutionalized Russian adoptees. *Dev Psychol.* May 2011;47(3):732-8.
52. Nilsson R, Rhee SH, Corley RP, Rhea S-A, Wadsworth SJ, DeFries JC. Conduct Problems in Adopted and Non-adopted Adolescents and Adoption Satisfaction as a Protective Factor. *Adopt Q.* 2011;14(3):181-98.
53. Dykas MJ, Woodhouse SS, Cassidy J, Waters HS. Narrative assessment of attachment representations: links between secure base scripts and adolescent attachment. *Attach Hum Dev.* Sept 2006;8(3):221-40.
54. Waters TEA, Fraley RC, Groh AM, Steele RD, Vaughn BE, Bost KK, et al. The latent structure of secure base script knowledge. *Dev Psychol.* June 2015;51(6):823-30.
55. Barcons N, Abrines N, Brun C, Sartini C, Fumadó V, Marre D. Attachment and adaptive skills in children of international adoption. *Child Fam Soc Work.* 2014;19(1):89-98.
56. Elovainio M, Raaska H, Sinkkonen J, Mäkipää S, Lapinleimu H. Associations between attachment-related symptoms and later psychological problems among international adoptees: results from the FinAdo study. *Scand J Psychol.* Feb 2015;56(1):53-61.
57. Pace CS, Di Folco S, Guerriero V, Muzi S. Late-adopted children grown up: a long-term longitudinal study on attachment patterns of adolescent adoptees and their adoptive mothers. *Attach Hum Dev.* Aug 2019;21(4):372-88.
58. Kemmis-Riggs J, Dickes A, McAloon J. Program Components of Psychosocial Interventions in Foster and Kinship Care: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2018;21(1):13-40.
59. Mingebach T, Kamp-Becker I, Christiansen H, Weber L. Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PLoS One.* Sept 2018 Sept;13(9)
60. Schoemaker NK, Wentholt WGM, Goemans A, Vermeer HJ, Juffer F, Alink LRA. A meta-analytic review of parenting interventions in foster care and adoption. *Dev Psychopathol.* 2019. ed;1-24.

DISCUSSION

I. À propos de l'IPPA

La recherche bibliographique menée autour de l'évaluation de l'attachement à l'adolescence a révélé la fragilité de la mesure par l'IPPA, le questionnaire le plus utilisé d'évaluation de l'attachement à l'adolescence. Il a donc été décidé de faire répondre aux adolescents participants à l'étude AdoAdo un second questionnaire d'évaluation de l'attachement, l'Inventory of Parental Representations.

L'Inventory of Parental Representations (IPR) est un auto-questionnaire développé aux États-Unis d'Amérique avec l'objectif premier de caractériser les styles d'attachement, contrairement à l'IPPA (35). En effet, l'IPPA avait pour objectif initial de décrire la qualité de la relation aux parents et aux pairs des adolescents. Ce n'est qu'une étude ultérieure qui a permis de décrire les types d'attachement à l'aide des réponses de l'IPPA (36). Les auteurs de l'IPR ont réalisé un nouveau travail de génération d'items pour mieux préciser les différents attachements insécures. L'IPR est constitué de deux parties, une pour le père et une pour la mère, contenant chacune les 62 mêmes items. L'IPR a été étudiée en anglais sur une population adolescente (35,37,38). Les différents travaux réalisés aux USA sur l'IPR ne retrouvaient pas des propriétés psychométriques stables.

L'IPR avait déjà été utilisée sur une population française sans que ses propriétés aient été étudiées (39). Un processus de traduction – contre-traduction avait été réalisé sans adaptation transculturelle, démarche souvent admise comme essentielle (40). L'utilisation d'un comité d'experts est importante notamment pour la validité de contenu et est recommandée (41). L'absence de stabilité dans la structure du questionnaire laissait à penser qu'il existait une

incertitude sur le contenu de l'IPR et ce qu'il explore réellement. Il apparaissait donc pertinent de reprendre les items de l'IPR et d'en extraire un questionnaire réduit, avec une structure stable et cohérente avec son contenu, dans l'objectif d'améliorer ses propriétés psychométriques (42).

Le travail d'adaptation de l'IPR en langue française et l'élaboration d'une version ont été réalisés dans le cadre d'un Master en Épidémiologie, Recherche Clinique et Évaluation de l'École de Santé Publique de Nancy. Ce travail a été dirigé par les Docteurs Epstein et Ligier et rédigé sous la forme d'un autre article scientifique, présenté en juin 2019 lors de la soutenance du Master et soumis à l'*American Journal of Epidemiology* le 26 mai 2019. Ainsi, deux questionnaires réduits ont été proposés, un pour le père et un pour la mère. Je souhaite poursuivre ce travail dans une étude ultérieure qui permettra de proposer un système de cotation fiable pour la mesure de l'attachement à l'adolescence.

II. A propos de l'adoption

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'absence de différence d'attachement au moment de l'adolescence entre les enfants adoptés en comparaison aux enfants non-adoptés. La proportion d'adolescents présentant un attachement inséure-avoidant varie avec celle de ceux qui présentent un attachement inséure-ambivalent vis-à-vis de la mère. Ces résultats mettent en lumière les différences existant entre les différentes figures d'attachement que sont les parents. Un biais de sélection peut expliquer l'absence de différence de proportion d'attachement séure et d'attachement inséure, notamment si les adolescents inséures ont moins participé à l'étude que leurs pairs séures. Cependant, ces résultats confortent ceux de certaines études qui montrent l'évolution possible du type d'attachement dans l'enfance. Les modèles internes opérants, multiples dans l'enfance, tendent à s'unifier une fois à l'âge adulte.

Les résultats de cette étude sont donc encourageants quant au devenir des enfants adoptés. De façon plus large, cette étude incite à s'appuyer sur les interventions proposées auprès des enfants qui présente une insécurité de l'attachement. Il serait donc intéressant de poursuivre ce travail de réflexion en s'intéressant plus particulièrement aux interventions dédiées à cette population comme celles décrites dans la littérature (43,44). La Consultation Adoption du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy propose déjà une intervention ciblée pour les parents adoptifs : un groupe de parole ouvert aux parents d'adolescents ayant été adoptés.

PERSPECTIVES

I. Concernant l'adoption

Les résultats obtenus dans ce travail l'ont été à partir d'une population d'adolescents adoptés en France et dont les pays d'origine sont multiples. Ces résultats pourront apporter un éclairage plus large concernant la prise en charge des adolescents au vécu de séparation avec une figure d'attachement principale dans la petite enfance. Cette perspective concerne donc un nombre important d'enfants et d'adolescents que nous recevons en soins. En effet, les enfants que nous prenons en charge dès la petite enfance évoluent dans des contextes de vie émaillés de séparations avec les parents, comme le sont les enfants et adolescents placés. De nombreux d'enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance en France grandissent en institution, éloignés de leurs parents. Certains d'entre eux vont accéder, souvent (trop) tardivement, à une famille d'accueil ou d'adoption, après la mise en place des premiers Modèles Internes Opérants et du type d'attachement. L'antécédent de séparation associé au vécu en institution sont des évènements de vie communs entre les enfants adoptés et certains des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, bien qu'ils grandissent, eux, dans le même bain culturel.

II. Adoption et troubles du comportement

A côté de ces données cliniques, d'autres travaux vont suivre celui présenté dans cette thèse car des données de l'étude AdoAdo n'ont pas encore été analysées, comme les résultats de l'échelle Child Behaviour Check List (CBCL). La CBCL, questionnaire élaboré par Achenbach en 1991, permet d'évaluer les troubles du comportement chez les enfants de 6 à 18 ans (45). La validation française de ce questionnaire, utilisée dans cette étude, a été

réalisée par Vermeersch et Fombonne en 1997 (46). Il s'agit d'un questionnaire composé de 113 questions qui s'adresse aux parents de l'enfant concerné. Cet hétéro-questionnaire va répartir les réponses en fonction de 8 dimensions : Anxiété – dépression, retrait – dépression, plaintes somatiques, problèmes sociaux, problèmes de la pensée, problèmes attentionnels, non-respect des règles, comportement agressif, autres problèmes. Pour y répondre, le parent s'intéresse aux six derniers mois et choisi, pour chaque item, de le coter de 0 (Pas Vrai – à votre connaissance) à 2 (Très souvent Vrai). Les résultats se calculent par sommation des scores obtenus à chaque sous-score et sont comparés à des normes par rapport à son genre et son âge. Ce questionnaire est fréquemment utilisé dans la littérature internationale. La CBCL a d'ailleurs déjà été utilisée dans l'étude des populations d'adolescents adoptés (28). L'analyse des résultats de la CBCL dans l'étude AdoAdo aura pour objectif de comparer la proportion de troubles du comportement chez les adolescents issus de l'adoption internationale par rapport aux adolescents non-adoptés. Il sera ensuite possible de mettre en perspective ces résultats avec ceux concernant l'évaluation du type d'attachement.

III. Apport de la recherche dans une pratique quotidienne

Au-delà de la recherche, dans ma pratique du quotidien, réaliser ce travail de recherche m'a permis d'envisager différemment mon positionnement dans la prise en charge des adolescents, en tenant compte systématiquement du type d'attachement. En définissant au mieux les schémas des représentations internes des adolescents reçus en consultation, il m'est désormais possible d'anticiper certaines de leurs réactions vis-à-vis de l'autre.

REMERCIEMENTS ÉTUDE ADOADO

Un immense merci à Madame le Professeur Colette Vidailhet qui, au travers de son implication universitaire et au sein de Médecins du Monde, a su m'accompagner dans ce projet, de sa conception à sa finalisation. Je suis très honorée de vous avoir rencontrée, d'avoir travaillé avec vous et d'avoir pu bénéficier de vos conseils.

Je remercie Madame le Docteur Borsa-Dorion et le Monsieur le Docteur Body Lawson, médecins de la Consultation Adoption du Centre Régional Hospitalier de Nancy, pour leur implication et leur aide dans ce projet qui n'aurait pas été possible sans eux.

Je remercie tout particulièrement Madame le Docteur André-Trevenec et Madame Lebrault du service Adoption de Médecins du Monde au moment de la mise en place de l'étude. Elles m'ont permis de pouvoir diffuser les questionnaires à tous les adolescents ayant été adoptés par leur organisme.

Je remercie Madame le Docteur Armand de l'Éducation Nationale d'avoir soutenu le projet, me permettant de recruter des adolescents dans leur établissement scolaire.

Je remercie l'Association des Médecins du CPN qui m'a permis de financer l'étude.

Je remercie l'ensemble des participants et leurs parents.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guedeney A, Guedeney N. L'attachement : approche théorique: Du bébé à la personne âgée. Elsevier Masson; 2016. 368 p.
2. Miljkovitch R. L'attachement au cours de la vie: Modèles internes opérants et narratifs. Préface de Inge Bretherton. Presses Universitaires de France; 2001. 238 p.
3. Bowlby J. Attachement et perte.: Volume 1, L'attachement. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2002. 540 p.
4. Bowlby J. Maternal Care and Mental Health [Internet]. [cité 19 avr 2017]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40724/1/WHO_MONO_2_\(part1\).pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40724/1/WHO_MONO_2_(part1).pdf)
5. Darwin C, Becquemont D. Charles Darwin Ebauche de l'origine des espèces: (Essai de 1844). Presses Univ. Septentrion; 1992. 206 p.
6. Classics in the History of Psychology -- Harlow (1958) [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <http://psychclassics.yorku.ca/Harlow/love.htm>
7. L'interprétation des rêves (Freud). Editions Bréal; 160 p.
8. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford: Lawrence Erlbaum; 1978.
9. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev.* mars 1970;41(1):49-67.
10. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, éditeurs. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention.* Chicago, IL: University of Chicago Press; 1990. p. 121-60. (The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development).
11. Hesse E, Main M. Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *J Am Psychoanal Assoc.* 2000;48(4):1097-127; discussion 1175-1187.
12. Liotti G. Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: Solomon J, George C, éditeurs. *Attachment disorganization.* New York, NY: Guilford Press; 1999. p. 291-317.
13. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
14. George C, Kaplan N, Main M. Adult Attachment Interview Protocol [Internet]. [cité 19 avr 2017]. Disponible sur: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf

15. Main M. Parental aversion to infant-initiated contact is correlated with the parent's own rejection during childhood: The effects of experience on signals of security with respect to attachment. In: Barnard KE, Brazelton TB, éditeurs. *Touch: The foundation of experience: Full revised and expanded proceedings of Johnson & Johnson Pediatric Round Table X*. Madison, CT: International Universities Press, Inc; 1990. p. 461-95. (Clinical infant reports).
16. Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. 8e édition. Elsevier Masson; 2013.
17. Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 223-319). New York: Guilford Press. - Open Access Library [Internet]. [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.oalib.com/references/7153054>
18. Armsden GC, Greenberg MT. The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *J Youth Adolesc*. oct 1987;16(5):427-54.
19. Wilson JM, Wilkinson RB. The self-report assessment of adolescent attachment: A systematic review and critique. *J Relatsh Res*. 30 oct 2012;3.
20. Steele H, Steele M. The Construct of Coherence as an Indicator of Attachment Security in Middle Childhood: The Friends and Family Interview. In: Kerns KA, Richardson RA, éditeurs. *Attachment in middle childhood*. New York, NY: Guilford Press; 2005. p. 137-60.
21. Crittenden PM. A dynamic-maturational exploration of the meaning of security and adaptation: Empirical, cultural, and theoretical considerations. In: Crittenden PM, Claussen AH, éditeurs. *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*. New York, NY: Cambridge University Press; 2000. p. 358-83.
22. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Dev*. mai 2000;71(3):684-9.
23. La Mission de l'Adoption Internationale [Internet]. France Diplomatie :: Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/la-mission-de-l-adoption-internationale/>
24. Selman P. The rise and fall of intercountry adoption in the 21st century. *Int Soc Work*. 1 sept 2009;52(5):575-94.
25. Body Lawson F. Chapitre 9. Les racines sont d'ailleurs mais les fruits sont d'ici ou la question du transculturel dans l'adoption internationale. Dans : *Psychologie de l'attachement et de la filiation dans l'adoption*. Edition Dunod; 2011
26. van den Dries L, Juffer F, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Child Youth Serv Rev*. mars 2009;31(3):410-21.

27. Barcons N, Abrines N, Brun C, Sartini C, Fumadó V, Marre D. Attachment and adaptive skills in children of international adoption. *Child Fam Soc Work*. 2014;19(1):89-98.
28. Elovainio M, Raaska H, Sinkkonen J, Mäkipää S, Lapinleimu H. Associations between attachment-related symptoms and later psychological problems among international adoptees: results from the FinAdo study. *Scand J Psychol*. févr 2015;56(1):53-61.
29. André-Trévenec G, Lebrault M. Adoption internationale Tendances à travers 3 enquêtes réalisées par l'OAA Médecins du Monde auprès de parents adoptants entre 1990 et 2012 Que retenir pour l'accompagnement des enfants « spécial needs » et prévenir les ruptures du lien parent–enfant? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juin 2017;65(4):225-44.
30. André-Trévenec G, Lebrault M. Devenir de 230 adolescents adoptés à l'international par l'ONG Médecins du Monde à travers 2 enquêtes (2012 et 2015). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juin 2018;66(4):219-39.
31. Bimmel N, Juffer F, IJzendoorn MH van, Bakermans-Kranenburg MJ. Problem Behavior of Internationally Adopted Adolescents: A Review and Meta-Analysis. *Harv Rev Psychiatry*. 1 janv 2003;11(2):64-77.
32. Verhulst FC. Internationally adopted children: The Dutch longitudinal adoption study. *Adopt Q*. 2000;4(1):27-44.
33. Beijersbergen MD, Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Remaining or becoming secure: parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study. *Dev Psychol*. sept 2012;48(5):1277-82.
34. Escobar MJ, Pereira X, Santelices MP. Behavior problems and attachment in adopted and non-adopted adolescents. *Child Youth Serv Rev*. juillet 2014;42:59-66.
35. Solow SI. Adolescent attachment: A validation of the inventory of parental representations. [Thèse]: ProQuest Information & Learning; 2005.
36. Vivona JM. Parental attachment styles of late adolescents: Qualities of attachment relationships and consequences for adjustment. *J Couns Psychol*. juillet 2000;47(3):316-29.
37. Soliman S. A validation and extension of the Inventory of Parental Representations. [Thèse]. ETD Collect Pace Univ. 1 janv 2006;1-100.
38. Shapiro D. The Relationship Between Internal Parental Representations and Psychopathology. [Thèse]. ETD Collect Pace Univ. 1 janv 2016;1-75.
39. Duclos J, Cook-Darzens S, de Rincquesen D, Doyen C, Mouren M-C. Étude pilote – un nouvel éclairage attachementiste de l'anorexie mentale: Les adolescentes anorexiques ont-elles un attachement insécuré? *Ann Méd-Psychol*. nov 2014;172(9):714-20.
40. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*. avr 2015;68(4):435-41.

41. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *J Clin Epidemiol.* avr 2015;68(4):360-9.
42. Goetz C, Coste J, Lemetayer F, Rat A-C, Montel S, Recchia S, et al. Item reduction based on rigorous methodological guidelines is necessary to maintain validity when shortening composite measurement scales. *J Clin Epidemiol.* juill 2013;66(7):710-8.
43. Kemmis-Riggs J, Dickes A, McAloon J. Program Components of Psychosocial Interventions in Foster and Kinship Care: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2018;21(1):13-40.
44. Schoemaker NK, Wentholt WGM, Goemans A, Vermeer HJ, Juffer F, Alink LRA. A meta-analytic review of parenting interventions in foster care and adoption. *Dev Psychopathol.* undefined/ed;1-24.
45. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991. 288 p.
46. Vermeersch S, Fombonne E. Le Child Behavior Checklist : Résultats préliminaires de la standardisation de la version française : Cognition et développement : un nouveau regard sur la psychopathologie de l'enfant ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* Elsevier; 1997 p. 615-20.

ANNEXE : INVENTORY OF PARENTS AND PEERS

ATTACHMENT

Questionnaire IPPA (Adolescent)
Merci d'entourer la réponse qui convient

1 = Presque Jamais ou Jamais Vrai 2 = Pas Très Souvent Vrai 3 = Parfois Vrai

4 = Souvent Vrai 5 = Presque Toujours ou Toujours Vrai

N°	items qui décrivent tes relations avec ta mère	1	2	3	4	5
1	Ma mère respecte mes sentiments	1	2	3	4	5
2	Je pense que ma mère est vraiment une bonne mère	1	2	3	4	5
3	J'aurais aimé avoir une mère différente de la mienne	1	2	3	4	5
4	Ma mère m'accepte comme je suis	1	2	3	4	5
5	Je ne peux compter sur ma mère lorsque j'ai un problème	1	2	3	4	5
6	Quand il y a quelque chose qui me tracasse, j'aime bien avoir l'avis de ma mère	1	2	3	4	5
7	Ce n'est pas dans mes habitudes de laisser paraître mes sentiments à ma mère	1	2	3	4	5
8	Ma mère sent bien quand je suis contrarié(e)	1	2	3	4	5
9	Si je parle de mes problèmes à ma mère, je ne me sens pas à l'aise	1	2	3	4	5
10	Ma mère attend trop de moi	1	2	3	4	5
11	A la maison, je me fâche facilement avec ma mère	1	2	3	4	5
12	Ma mère ne se rend pas compte à quel point je peux être énervé(e)	1	2	3	4	5
13	Quand on discute, ma mère accorde de l'importance à mon point de vue	1	2	3	4	5
14	Ma mère a confiance en mon jugement	1	2	3	4	5
15	Il ne faut pas que j'embête ma mère avec mes problèmes	1	2	3	4	5
16	Ma mère m'aide à mieux comprendre qui je suis	1	2	3	4	5
17	Je parle à ma mère de mes problèmes et de mes soucis	1	2	3	4	5
18	Je suis remonté(e) contre ma mère	1	2	3	4	5
19	A la maison, ma mère ne fait pas très attention à moi	1	2	3	4	5
20	Ma mère m'encourage à parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
21	Je ne peux pas attendre grand-chose de ma mère en ce moment	1	2	3	4	5
22	Quand je suis de mauvaise humeur ma mère essaie d'être compréhensive	1	2	3	4	5
23	Je fais confiance à ma mère	1	2	3	4	5
24	Ma mère ne comprend pas ce qui m'arrive ces jours-ci	1	2	3	4	5
25	Je peux compter sur ma mère quand j'ai besoin de débayer ce que j'ai sur le cœur	1	2	3	4	5
26	J'ai l'impression que ma mère ne me comprend pas	1	2	3	4	5
27	Si ma mère se rend compte que je suis préoccupé(e), elle me demande ce qu'il y a	1	2	3	4	5

N°	items qui décrivent tes relations avec ton père	1	2	3	4	5
1	Mon père respecte mes sentiments	1	2	3	4	5
2	Je pense que mon père est vraiment un bon père	1	2	3	4	5
3	J'aurais aimé avoir un père différent du mien	1	2	3	4	5
4	Mon père m'accepte comme je suis	1	2	3	4	5
5	Je ne peux compter sur mon père lorsque j'ai un problème	1	2	3	4	5
6	Quand il y a quelque chose qui me tracasse, j'aime bien avoir l'avis de mon père	1	2	3	4	5
7	Ce n'est pas dans mes habitudes de laisser paraître mes sentiments à mon père	1	2	3	4	5
8	Mon père sent bien quand je suis contrarié(e)	1	2	3	4	5
9	Si je parle de mes problèmes à mon père, je ne me sens pas à l'aise	1	2	3	4	5
10	Mon père attend trop de moi	1	2	3	4	5
11	A la maison, je me fâche facilement avec mon père	1	2	3	4	5
12	Mon père ne se rend pas compte à quel point je peux être énervé(e)	1	2	3	4	5
13	Quand on discute, mon père accorde de l'importance à mon point de vue	1	2	3	4	5
14	Mon père a confiance en mon jugement	1	2	3	4	5
15	Il ne faut pas que j'embête mon père avec mes problèmes	1	2	3	4	5

Etude AdoAdo

Tourne la page, STP.
Page 1 de 2

Questionnaire IPPA (Adolescent)
Merci d'entourer la réponse qui convient

1 = Presque Jamais ou Jamais Vrai 2 = Pas Très Souvent Vrai 3 = Parfois Vrai
4 = Souvent Vrai 5 = Presque Toujours ou Toujours Vrai

N°	Suite - items qui décrivent tes relations avec ton père	1	2	3	4	5
16	Mon père m'aide à mieux comprendre qui je suis	1	2	3	4	5
17	Je parle à mon père de mes problèmes et de mes soucis	1	2	3	4	5
18	Je suis remonté(e) contre mon père	1	2	3	4	5
19	A la maison, mon père ne fait pas très attention à moi	1	2	3	4	5
20	Mon père m'encourage à parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
21	Je ne peux pas attendre grand-chose de mon père en ce moment	1	2	3	4	5
22	Quand je suis de mauvaise humeur mon père essaie d'être compréhensive	1	2	3	4	5
23	Je fais confiance à mon père	1	2	3	4	5
24	Mon père ne comprend pas ce qui m'arrive ces jours-ci	1	2	3	4	5
25	Je peux compter sur mon père quand j'ai besoin de déballer ce que j'ai sur le cœur	1	2	3	4	5
26	J'ai l'impression que mon père ne me comprend pas	1	2	3	4	5
27	Si mon père se rend compte que je suis préoccupé(e), il me demande ce qu'il y a	1	2	3	4	5

N°	items qui décrivent tes relations avec tes ami(e)s	1	2	3	4	5
1	Mes ami(e)s respectent mes sentiments	1	2	3	4	5
2	Je pense que mes ami(e)s sont vraiment de bons ami(e)s	1	2	3	4	5
3	J'aurais aimé avoir des ami(e)s différents des miens	1	2	3	4	5
4	Mes ami(e)s m'acceptent comme je suis	1	2	3	4	5
5	Je ne peux compter sur mes ami(e)s lorsque j'ai un problème	1	2	3	4	5
6	Quand il y a quelque chose qui me tracasse, j'aime bien avoir l'avis de mes ami(e)s	1	2	3	4	5
7	Ce n'est pas dans mes habitudes de laisser paraître mes sentiments à mes ami(e)s	1	2	3	4	5
8	Mes ami(e)s sentent bien quand je suis contrarié(e)	1	2	3	4	5
9	Si je parle de mes problèmes à mes ami(e)s, je ne me sens pas à l'aise	1	2	3	4	5
10	Mes ami(e)s attendent trop de moi	1	2	3	4	5
11	Je me fâche facilement avec mes ami(e)s	1	2	3	4	5
12	Mes ami(e)s ne se rendent pas compte à quel point je peux être énervé(e)	1	2	3	4	5
13	Quand on discute, mes ami(e)s accordent de l'importance à mon point de vue	1	2	3	4	5
14	Mes ami(e)s ont confiance en mon jugement	1	2	3	4	5
15	Il ne faut pas que j'embête mes ami(e)s avec mes problèmes	1	2	3	4	5
16	Mes ami(e)s m'aident à mieux comprendre qui je suis	1	2	3	4	5
17	Je parle à mes ami(e)s de mes problèmes et de mes soucis	1	2	3	4	5
18	Je suis remonté(e) contre mes ami(e)s	1	2	3	4	5
19	Mes ami(e)s ne font pas très attention à moi	1	2	3	4	5
20	Mes ami(e)s m'encouragent à parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
21	Je ne peux pas attendre grand-chose de mes ami(e)s en ce moment	1	2	3	4	5
22	Quand je suis de mauvaise humeur mes ami(e)s essaient d'être compréhensive	1	2	3	4	5
23	Je fais confiance à mes ami(e)s	1	2	3	4	5
24	Mes ami(e)s ne comprennent pas ce qui m'arrive ces jours-ci	1	2	3	4	5
25	Je peux compter sur mes ami(e)s quand j'ai besoin de déballer ce que j'ai sur le cœur	1	2	3	4	5
26	J'ai l'impression que mes ami(e)s ne me comprennent pas	1	2	3	4	5
27	Si mes ami(e)s se rendent compte que je suis préoccupé(e), ils/elles me demandent ce qu'il y a	1	2	3	4	5

Etude AdoAdo

Tourne la page, STP.
Page 2 de 2

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Contexte. Les personnes adoptées présentent un risque plus élevé de troubles de santé mentale que la population en général. Dans l'enfance, ils présentent plus souvent un attachement insécuré ou désorganisé. À l'adolescence, les études portant sur des personnes adoptées sont plus rares et présentent des résultats contradictoires.

Objectif. L'objectif principal de l'étude AdoAdo était de comparer l'attachement aux parents d'adolescents issus de l'adoption internationale et d'adolescents de la population générale en utilisant l'Inventaire des parents et des pairs (IPPA) en France.

Méthodes. Les adolescents âgés de 13 à 18 ans ont été inclus. Deux groupes ont été comparés : le groupe Adoption et le groupe Non-adoption. L'attachement a été mesuré par l'IPPA qui mesure distinctement l'attachement aux deux parents.

Résultats. 528 adolescents ont été inclus : 319 dans le groupe Adoption et 219 dans le groupe Non-adoption. La proportion d'adolescents présentant un attachement insécuré par rapport à un attachement sécurisé vis-à-vis de la mère ne différait pas selon le statut d'adoption, mais le type insécuré-ambivalent était proportionnellement plus représenté que le type insécuré-évitant (23% contre 12%, $p=0,01$). Cette étude n'a révélé aucune différence en ce qui concerne l'attachement au père ($p=0,09$) entre les deux groupes. Les résultats de cette étude appuient l'hypothèse selon laquelle les modèles d'attachement peuvent changer tout au long de l'enfance et à l'adolescence, bien qu'il existe des différences individuelles et selon le parent. L'adoption permet, ainsi, d'accompagner ces enfants vers une sécurité interne.

TITRE EN ANGLAIS : Comparison of attachment between adopted and non-adopted adolescents with the IPPA from the French study AdoAdo

THÈSE MÉDECINE SPÉCIALISÉE : Psychiatrie - Année 2019

MOTS CLÉS : Adolescent / Adoption / Attachement / Auto-questionnaire

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY
