

ANNEE 2018

2018 TOU3 1005

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Audrey ROY

Le 25 janvier 2018

TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT ADOPTÉ À L'INTERNATIONAL

Une étude rétrospective observationnelle et monocentrique portant sur 53 enfants vus
à la Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) du CHU
Toulouse Purpan entre janvier 2010 et décembre 2015

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Emmanuel MAS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Assesseur

Monsieur le Professeur Emmanuel MAS

Assesseur

Madame le Docteur Leïla LATROUS

Assesseur

Remerciements

Au président du jury

- **Mr le Pr Pierre MESTHE**

Professeur des Universités, Médecin généraliste

Département Universitaire de Médecine Générale Midi-Pyrénées (DUMG-MP)

Lorsque j'ai évoqué l'idée d'une thèse portant sur l'adoption internationale, vous m'avez conseillé de me tourner vers le CHU, et donc, la COCA. Mon sujet, que j'imaginai d'infectiologie, a par la même occasion évolué vers la pédopsychiatrie au gré des lectures et des rencontres. Merci pour votre disponibilité, votre intérêt pour l'enseignement de la médecine générale, l'infectiologie, et maintenant, je l'espère, pour l'adoption internationale.

Merci surtout d'avoir accepté de présider ce jury et de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Aux membres du jury

- **Mr le Pr Jean-Philippe RAYNAUD**

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Chef de service, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) Hôpital La Grave CHU Toulouse

Merci pour l'honneur et la gentillesse dont vous me faites part en ayant accepté de siéger à ce jury de thèse. Vos connaissances en termes de santé psychique de l'enfant adopté et l'intérêt que vous portez à ces enfants ainsi qu'à la COCA nous serons d'une aide indispensable dans les réflexions qu'amène ce sujet de thèse.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

- **Mme le Dr Leïla LATROUS**

Maitre de conférences associé de Médecine Générale, Médecin Généraliste

Département Universitaire de Médecine Générale Midi-Pyrénées (DUMG-MP)

Merci pour l'honneur et la gentillesse dont vous me faites part en ayant accepté de siéger à ce jury de thèse. Merci de représenter la médecine générale et d'apporter vos connaissances sur la santé de l'enfant.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

- **Mr le Professeur Emmanuel MAS**

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA)

Gastroentérologie et nutrition, Hôpital des enfants, CHU Toulouse Purpan

Institut de recherche en santé digestive, équipe physiopathologie de l'épithélium intestinal

INSERM UMR 1220

En me laissant la possibilité de faire une thèse à la COCA, vous m'avez permis de faire le sujet que j'espérais et que je recherchais depuis longtemps. Merci de votre gentillesse et d'avoir pris le temps de relire et corriger les multiples versions du questionnaire et de la thèse. Merci aussi de m'avoir permis d'assister à vos consultations afin de cerner le domaine dans lequel vous évoluez et jusqu'alors inconnu pour moi. Je n'imaginais pas rédiger une thèse qui ne me passionnait pas... Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse tout en me laissant une entière liberté dans le choix du sujet.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A toute l'équipe de la COCA,

Au *Dr Romain Barraband*, pédopsychiatre, pour ta relecture du mémoire qui a précédé la thèse. Merci aussi d'avoir sincèrement cherché comment m'aider dans ma quête d'un questionnaire et d'un sujet valable lorsque je désespérais de le trouver.

Au *Dr Marie-Blanche Lacroix*, pédopsychiatre, pour le prêt de nombreux livres, et principalement celui d'A. Doumic auquel vous tenez tout particulièrement et qui apporte un éclairage incontournable aux troubles du sommeil de l'enfant. Merci aussi pour votre relecture de la thèse et pour les idées que vous avez pu me soumettre.

Aux psychologues de la COCA, à *Maguy Monmayrant* et au *Dr Thomas Cascales* de m'avoir précisé « insiste bien sur l'endormissement ! ». A *Paule Legendre*, pour la citation de Proust.

A *Valérie et Christine* de m'avoir laissé leur bureau afin de collecter les coordonnées des parents et les courriers initiaux.

A ceux qui ont également contribué à cette thèse,

Au *Dr Damien Driot*, pour l'enseignement des statistiques et vos réponses aux mails concernant la partie Résultats.

Au *Dr Anne de Truchis*, pédiatre à la COCA de Versailles, qui de part son expérience clinique m'a donné les éléments permettant d'alimenter la discussion et comparer mes résultats.

A la *famille B.*, qui, en acceptant de tester le questionnaire m'a donné des pistes pour l'améliorer.

Et bien sûr merci aux parents adoptifs d'avoir pris le temps le temps de répondre à notre (long!) questionnaire. Merci aussi à ceux qui manquaient de temps pour y répondre ou dont les souvenirs leur semblaient trop lointains pour le faire mais qui ont pris la peine de me recontacter pour s'en excuser. Merci aussi à ceux qui m'ont envoyé des mails pour préciser leurs réponses.

Enfin, un grand « *mauruuru roa* » aux polynésiens qui m'ont permis de m'intéresser à l'adoption d'enfants. Je n'aurais pu espérer mieux. *Araua'e* !

Citations

« Le moment d'aller se coucher était tous les jours pour Jean un moment véritablement tragique, et dont l'horreur vague était d'autant plus cruelle. Déjà, quand le jour tombait, avant qu'on ne lui apporte la lampe, le monde entier semblait l'abandonner, il aurait voulu se cramponner à la lumière, l'empêcher de mourir, l'entraîner avec lui dans la mort. Mais il pouvait se distraire un peu de cette angoisse indéfinissable et profonde en allant jusqu'à la cuisine, en parlant à sa mère [...]. Mais au moment de se coucher, Jean n'avait plus le secours de l'activité ni de la lumière. Il fallait dire bonsoir, c'est-à-dire quitter tout le monde pour toute la nuit [...], ne plus même bouger pour pouvoir s'endormir, rester là comme une proie abandonnée, muette, immobile et aveugle, à l'horrible souffrance indéfinissable qui peu à peu devenait grande comme la solitude, comme le silence et comme la nuit. »

Marcel Proust,
Jean Santeuil

« La nuit, des souvenirs me traversaient l'esprit, et j'avais du mal à me rendormir. Les journées étaient généralement moins troublées, car j'avais beaucoup d'activités pour m'occuper, mais ces réminiscences m'accaparaient constamment l'esprit. [...] Il arrivait aussi que mes réminiscences nocturnes empiètent sur mes journées. »

Saroo Brierley,
Je voulais retrouver ma mère

*« ... Le seul fait de rêver est déjà très important.
Je vous souhaite des rêves à n'en plus finir et l'envie furieuse d'en réaliser quelques-uns.
Je vous souhaite d'aimer ce qu'il faut aimer, et d'oublier ce qu'il faut oublier.
Je vous souhaite des passions.
Je vous souhaite des silences.
Je vous souhaite des chants d'oiseaux au réveil, et des rires d'enfants.
Je vous souhaite de respecter les différences des autres parce que le mérite et la valeur de chacun sont souvent à découvrir
Je vous souhaite de résister à l'enlisement, à l'indifférence et aux vertus négatives de notre époque.
Je vous souhaite enfin de ne jamais renoncer à la recherche, à l'aventure, à la vie, à l'amour, car la vie est une magnifique aventure et nul de raisonnable ne doit y renoncer sans livrer une rude bataille.
Je vous souhaite surtout d'être vous, fier de l'être et heureux, car le bonheur est notre destin véritable. »*

Jacques Brel

Serment d'Hippocrate

Au 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 seront 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

I.	Introduction	1
II.	Contexte théorique	4
II.1.	L'adoption internationale.....	4
II.1.1.	Aspects psychiques de l'adoption	4
II.1.1.1	L'abandon/ La séparation : la rupture du lien.....	4
II.1.1.2	L'adoption : La création de nouveaux liens.....	4
II.1.1.3	Les apports de la théorie de l'attachement	5
II.1.2.	Revue des études sur le développement psychique des enfants adoptés	6
II.1.2.1	Généralités	6
II.1.2.2	Revue des études sur les troubles de sommeil des enfants adoptés	8
II.1.3.	Facteurs de risque psychiques étudiés dans l'adoption, du côté de l'enfant.....	9
II.1.3.1	L'âge d'abandon	9
II.1.3.2	L'âge d'adoption.....	10
II.1.3.3	Le temps passé sans référent sécuritaire ou « durée de latence »	10
II.1.3.4	Les séparations multiples	11
II.1.3.5	Les traumatismes de l'enfance et Etats de Stress Post-traumatique (ESPT)	11
II.1.3.6	Le vécu institutionnel et la durée passée en institution	12
II.1.3.7	La qualité de la relation avec la figure maternelle « initiale »	13
II.2.	Le sommeil de l'enfant	13
II.2.1.	Organisation du sommeil	14
II.2.1.1	Le sommeil lent	14
II.2.1.2	Le sommeil paradoxal ou Phase de Mouvement Oculaire (PMO)	14
II.2.1.3	Caractéristiques des troubles de sommeil en fonction de l'âge	15
II.2.1.3.1	Le sommeil des six premières années.....	15
II.2.1.3.2	Le sommeil des six-dix ans	15
II.2.2.	Classifications des troubles du sommeil	16
II.2.3.	Définitions et aspects cliniques des troubles du sommeil de l'enfant.....	16
II.2.3.1	Les insomnies	17

II.2.3.1.1	Les insomnies d'endormissement.....	17
II.2.3.1.1.a	Avant six ans.....	17
II.2.3.1.1.b	Après six ans.....	18
II.2.3.1.2	Les insomnies de maintien du sommeil (éveils nocturnes)	19
II.2.3.2	Les parasomnies	19
II.2.3.2.1	Troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal : Les terreurs nocturnes	19
II.2.3.2.2	Parasomnies en sommeil paradoxal : Les cauchemars.....	20
II.2.3.3	L'énurésie nocturne	20
III.	Matériel et Méthodes	21
III.1	Type d'étude	21
III.2	Population étudiée.....	21
III.3	Questionnaire.....	21
III.4	Déroulement de l'enquête.....	22
III.5	Définition des troubles de sommeil	22
III.6	Critère de jugement	22
III.7	Analyse statistique	22
IV.	Résultats.....	24
IV.1	Caractéristiques de la population cible.....	24
IV.2	Modalités d'inclusion	24
IV.3	Caractéristiques de la population d'enfants inclus dans l'étude	25
IV.4	Caractéristiques de la population de familles d'adoption	28
IV.5	Etat de santé somatique des enfants.....	28
IV.6	Troubles du sommeil.....	29
IV.6.1	Insomnies d'endormissement.....	29
IV.6.2	Insomnies de maintien de sommeil (éveils nocturnes).....	30
IV.6.3	Parasomnies du sommeil paradoxal : Cauchemars.....	32
IV.6.4	Parasomnies du sommeil lent : terreurs nocturnes.....	35
IV.6.5	Enurésie nocturne	36
IV.7	Environnement de sommeil.....	38
IV.8	Prise en charge et répercussions des troubles du sommeil.....	38

V.	Discussion	41
V.1	Discussion méthodologique	41
V.1.1	Forces de l'étude	41
V.1.2	Faiblesses de l'étude	41
V.1.3	Limites et biais.....	42
V.1.3.1	Biais de sélection	42
V.1.3.2	Biais de mesure (ou d'information)	42
V.1.3.3	Biais de confusion.....	42
V.2	Discussion des résultats	42
V.2.1	Prévalence des troubles de sommeil	42
V.2.1.1	Troubles du coucher et de l'endormissement	42
V.2.1.2	Eveils nocturnes	45
V.2.1.3	Cauchemars.....	46
V.2.1.4	Terreurs nocturnes.....	47
V.2.1.5	Enurésie nocturne	47
V.2.2	Durée des troubles	49
V.2.3	Corrélation entre les troubles du sommeil et les paramètres étudiés	49
V.2.3.1	Age d'abandon	49
V.2.3.2	Age d'adoption	49
V.2.3.3	Genre.....	50
V.2.3.4	Origine géographique.....	50
V.2.3.5	Adoption seul ou en fratrie	53
V.2.3.6	Mono ou bi-parentalité	53
V.2.3.7	Vie en institution	53
V.2.4	Evolution et prise en charge des troubles.....	55
VI.	Conclusion	57
	Bibliographie	59
	Annexes	66
	Annexe 1 : Questionnaire.....	66
	Annexe 2 : Figures	75

Index des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des 53 enfants inclus	25
Tableau 2 : Caractéristiques des enfants par continent	27
Tableau 3 : Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non un trouble « Insomnie d'endormissement »	30
Tableau 4: Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non un trouble « éveils nocturnes ».	32
Tableau 5 : Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non des cauchemars.....	34
Tableau 6 : Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non des terreurs nocturnes.	35
Tableau 7 : Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non un trouble « énurésie nocturne ».	37

Index des figures

Figure 1 : Représentation d'un cycle de sommeil chez l'adulte et l'enfant de plus de trois ans.....	14
Figure 2 : Diagramme de flux	24
Figure 3 : Répartition des enfants selon leur âge d'arrivée	26
Figure 4 : Durée passée en institution pour les 38 enfants concernés.....	27
Figure 5 : Durée passée en institution par continent.....	28
Figure 6 : Nombre d'enfants au total par famille (fratrie adoptive et biologique).....	28
Figure 7 : Durée des difficultés d'endormissement	29
Figure 8 : Nombre d'éveils par nuit.....	31
Figure 9 : Durée des éveils nocturnes	31
Figure 10 : Durée des cauchemars	33
Figure 11 : Durée de l'énurésie nocturne	36

Liste des abréviations

AASM: American Academy of Sleep Medicine

AFA: Agence Française de l'Adoption

APA : American Psychiatric Association

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies (10^{ème} édition)

CMV : Cytomégalo virus

COCA : Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5^{ème} édition)

EFA : Enfance et Familles d'Adoption

ENP : Enurésie Nocturne Primaire

ENS : Enurésie Nocturne Secondaire

ENI : Enurésie Nocturne Isolée

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

ICSD-3: International Classification of Sleep Disorders (3^{ème} édition)

OAA : Organisme Autorisé pour l'Adoption

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMO : Phase de Mouvements Oculaires

RDC : République Démocratique du Congo

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

TDA/H : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TSA : Trouble du Spectre Autistique

vs : versus

I. Introduction

Pratiqué depuis des millénaires dans certaines civilisations, le phénomène de l'adoption d'enfant a pris une ampleur significative dans le dernier quart du XX^e siècle avec l'émergence des adoptions internationales. En France, c'est l'adoption d'une loi en juillet 1966 définissant les concepts d'adoption simple et adoption plénière et l'adoption de deux enfants vietnamiens en 1967 qui ont marqué le début de cette pratique. Dès lors, les associations de parents adoptifs et organismes autorisés ont rassemblé leurs compétences afin d'aider les postulants dans les démarches leur permettant de fonder une famille avec un enfant venu d'ailleurs.

953 enfants venus de l'étranger ont ainsi été adoptés en France en 2016 (1). Ils étaient près de 72000 ces vingt-cinq dernières années, plaçant la France en deuxième position parmi les pays d'accueil des enfants adoptés à l'étranger après les Etats-Unis (2).

Les adoptions internationales représentent actuellement la moitié des adoptions en France, l'autre moitié étant des adoptions nationales d'enfants dits « pupilles de l'Etat » (3). Près de dix-sept mille agréments sont ainsi délivrés chaque année en France, et 16000 familles restent en attente d'un enfant, les chiffres de l'adoption internationale suivant un déclin continu depuis 2006. Dans l'intérêt supérieur de l'enfant, afin de limiter les dérives et lutter contre les trafics, de plus en plus d'Etats ratifient la Convention sur la protection des enfants et la coopération entre pays en matière d'adoption internationale du 29 mai 1993, dite Convention Internationale de la Haye.

Ce texte instaure un principe de subsidiarité : une solution locale doit d'abord être recherchée pour l'enfant séparé de ses parents biologiques, soit dans la famille élargie, soit par une adoption nationale. L'adoption internationale est le dernier recours. L'adoption dans les États étrangers signataires ne peut se faire que par l'intermédiaire d'un organisme autorisé pour l'adoption (OAA ou l'AFA) et toute forme d'achat des enfants ou de rémunération financière est bannie.

Quoi qu'il en soit, ces enfants venus d'ailleurs présentent des singularités liées tant à leur pays d'origine (pathologies tropicales spécifiques), qu'au phénomène de l'adoption et conditions de vie pré-adoptives (séparations parfois multiples, vie le plus souvent en institution...).

Ces spécificités sont d'autant plus prégnantes qu'on assiste ces dernières années à une augmentation des adoptions d'enfants dits « à besoins spécifiques » c'est-à-dire d'enfants d'âge supérieur à cinq ans, issus d'une même fratrie ou atteints de pathologie graves ou chroniques. Ils représentent à l'heure actuelle près de deux tiers des adoptions.

L'adoption étant un mode particulier de filiation, elle peut interroger quant à ses conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant, tant sur le plan somatique, que sur les plans émotionnel, cognitif ou psychologique. Elle pose la question de la rupture des liens précoces et permet d'étudier les possibilités de création de nouveaux liens.

Ainsi, chaque médecin, qu'il soit médecin généraliste, pédiatre ou pédopsychiatre, pourra être questionné sur les aspects psychoaffectifs et développementaux de ces enfants, tels la motricité, le langage, l'alimentation ou encore le sommeil.

Les troubles du sommeil sont définis dans les classifications internationales CIM 10 (4) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1993), DSM V (5) de l'American Psychiatric Association (APA, 2014) et ICSD-3 (6) de l'American Academy of Sleep Medicine (AASM, 2005). Fréquents chez l'enfant, souvent banalisés, ils ne sont pas systématiquement évoqués en consultation par les parents, qui attendent parfois un épuisement physique ou psychique pour consulter.

Or, le sommeil, au-delà de son développement neurophysiologique, est intimement lié à la vie psychologique. Il est l'un des indicateurs les plus sensibles de l'équilibre du jeune enfant. Pour qu'il puisse s'abandonner au sommeil et avoir un sommeil bien organisé, il est nécessaire que l'enfant bénéficie d'une continuité affective suffisante (7).

En cela, les enfants adoptés à l'étranger semblent être à première vue une population à risque. Ils doivent en effet dès leur arrivée en France s'adapter à un nouvel environnement et développer un sentiment d'appartenance à une nouvelle famille alors même qu'ils sont déjà fragilisés par un passé de ruptures et bien souvent de manquements à leurs besoins affectifs.

En raison de facteurs de stress psychosociaux ou de problèmes d'attachement, il n'est pas rare que ces enfants présentent à leur arrivée en France des troubles de l'endormissement, des terreurs nocturnes, qu'ils désirent dormir avec leurs parents ou encore qu'ils présentent des comportements régressifs sous forme de troubles énurétiques alors même qu'ils avaient acquis la propreté (8). Ces troubles sont évoqués dans quelques rares articles ou livres traitant d'adoption internationale (9-11), sans que l'on n'en connaisse ni la prévalence, ni la durée, ni le retentissement familial. Au moment de débiter l'étude, à ma connaissance, seules trois études Nord-Américaines (12-14) et un article Français (15) traitaient, en partie du moins, de troubles du sommeil chez les adoptés. Parmi ces études, trois concernaient uniquement des enfants d'âge inférieur à trois ans et quasi-exclusivement adoptés en Chine.

En outre, peu d'études se sont intéressées aux facteurs pouvant influencer sur la survenue de troubles de sommeil chez les enfants adoptés. Seul l'article Français de *A. De Truchis et P. Foucaud* (15) portant sur l'état de santé physique et psychique des enfants adoptés à l'étranger évoquait certains de ces facteurs, telle l'origine géographique ou le vécu en institution, sans toutefois en préciser les chiffres. Une étude publiée depuis et menée par une équipe Canadienne sur 48 enfants adoptés entre deux et dix ans en Ontario (Canada) s'est elle aussi intéressée à ces facteurs (16).

Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de notre étude était de déterminer de manière rétrospective la prévalence de cinq troubles de sommeil : insomnie d'endormissement, éveils nocturnes, cauchemars, terreurs nocturnes et énurésie nocturne parmi une population d'enfants adoptés à l'international, d'âge préscolaire et scolaire, suite à leur arrivée en France, puis de déterminer si ces troubles, lorsqu'il y en a eu, ont perduré dans le temps.

Les objectifs secondaires étaient de rechercher d'éventuelles associations statistiques entre la survenue de ces troubles et différents facteurs dont certains étaient propres à l'adoption internationale : l'âge d'abandon/de séparation d'avec la famille biologique, l'âge d'adoption, le genre, le continent d'origine, la situation familiale (adoption seul ou en couple), la situation adoptive (adoption seul ou en fratrie), ainsi que le vécu en institution ou non.

Enfin, le dernier objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge effectuée de ces troubles de sommeil lorsqu'il y en avait eu une ainsi que le retentissement familial tel que ressenti par les parents.

II. Contexte théorique

II.1. L'adoption internationale

II.1.1. Aspects psychiques de l'adoption

II.1.1.1 L'abandon/La séparation : la rupture du lien

Tout enfant adopté a connu antérieurement plusieurs ruptures, dont celle d'avec sa famille de naissance. Si l'on a souvent une image de l'enfant adopté à l'étranger comme celle d'un enfant seul au monde et de parents inconnus, les enquêtes montrent que cette situation est rare, et que, bien souvent, l'enfant adopté a quitté une famille, frères et sœurs notamment. Il ne peut donc être considéré uniquement dans son individualité en excluant ses multiples affiliations, avec son pays, sa famille naturelle et sa culture (17). Les causes sont diverses et ne proviennent pas toujours d'une détresse économique, mais parfois d'une détresse psychopathologique, d'une carence de soins (enfants retirés à leurs parents), du poids socio-familial, notamment dans les cas d'enfants nés hors mariage ou bien d'un décès parental. Il arrive aussi que la mère de naissance renonce à une filiation porteuse de négligences ou de maltraitance pour protéger la vie et l'avenir d'un enfant (8). Dans de plus rares cas, ces causes peuvent être culturelles, notamment en Afrique ou à Madagascar où, dans certaines ethnies, les jumeaux sont abandonnés en raison de superstitions locales selon lesquelles ils porteraient malheur (18).

II.1.1.2 L'adoption : La création de nouveaux liens

Après séparation de leur milieu familial initial, ces enfants vivent une période de transition plus ou moins longue, généralement en institution ou en famille d'accueil avant d'être adoptés par une famille. Avec leurs parents adoptifs, ils doivent créer des liens d'affection, un attachement « qui constituera le fondement de leur sentiment de filiation » (19). L'adoption doit bien évidemment être réciproque. Selon *F. Dolto*, une adoption, c'est avant tout « un enfant adoptif qui adopte ses parents comme ses parents l'adoptent ». Pour cela, chacun doit avoir fait son deuil : pour l'enfant, le deuil de ses différentes affiliations (parents biologiques, origine, culture) et pour les adoptants, le deuil, pour la plupart, de leur fertilité, de leur parenté biologique, mais aussi celui de l'enfant imaginaire/imaginé. Ce processus de deuil « doit être achevé de manière à ce que l'enfant puisse accepter la conséquence de la perte et se trouver libre de transférer ses sentiments sur un parent substitut, c'est-à-dire de former un nouveau lien sélectif » (20).

II.1.1.3 Les apports de la théorie de l'attachement

Il est maintenant admis que les toutes premières expériences de vie ont un impact durable et marquant chez l'enfant. Ainsi, plusieurs travaux sur l'adoption réfèrent à la théorie de l'attachement (*Bowlby, 1951*), théorie selon laquelle une relation de bonne qualité entre l'enfant et les figures les plus significatives affectivement (la mère le plus souvent) serait à la base d'un sentiment de sécurité. Cette qualité de la relation mère-bébé influencerait sur son développement émotif, son estime de soi et permettrait de gérer les interactions avec autrui tout au long de la vie. Ce sentiment de sécurité permettrait à l'enfant, puis à l'adulte qu'il deviendra de créer de nouveaux liens affectifs de façon satisfaisante (21) et de se construire une image positive de lui-même (22). Ces enfants dont la figure maternelle est sécurisante vont le plus souvent développer des attachements dits « sécures » et des stratégies relationnelles qui leur seront nécessaires tout au long de la vie en situation de stress.

Dans des circonstances moins favorables, négligence ou maltraitance par exemple, l'enfant ne pourra pas compter sur sa mère comme base de sécurité. Le risque pour ces enfants sera de développer des attachements dits « insécures ». Ils seront à l'âge adulte moins résilients et donc plus vulnérables psychiquement que ceux ayant un attachement dit "sécure".

Bowlby (20) a particulièrement mis l'accent sur les conséquences néfastes d'une séparation de l'enfant jeune d'avec sa mère s'il n'est pas placé dans de nouvelles conditions relationnelles lui permettant de supporter le traumatisme. Autrement dit, plus les enfants auront une histoire antérieure d'attachement traumatique et plus le processus d'attachement à une nouvelle famille pourra s'avérer difficile.

Deux points de vue coexistent actuellement dans la littérature :

Une première approche met l'accent sur la rupture du lien entre un enfant et ses parents de naissance. Selon cette première hypothèse, l'expérience résultante d'abandon et de perte de la mère biologique serait imprimée de manière indélébile dans les esprits inconscients de ces enfants, entraînant « la blessure primitive » (23). Cette blessure ne pourrait être cicatrisée entièrement et pourrait se traduire par le développement d'attachements insécures, voire d'authentiques troubles de l'attachement, à type de « trouble réactionnel de l'attachement » ou « trouble de l'engagement social désinhibé » (DSM V).

Le « trouble réactionnel de l'attachement » désigne l'incapacité de l'enfant à s'attacher à une personne privilégiée. L'enfant, au lieu de former un nouveau lien sélectif, se « détourne et réinvestit en lui-même l'énergie et l'amour destinés à sa mère naturelle, compromettant ainsi sa capacité à faire confiance à des parents substituts et de créer des liens avec eux » (24).

Le « trouble de l'engagement social désinhibé » se distingue au contraire par des comportements de sociabilité indiscriminée et d'attachement désinhibé. Ces enfants se caractérisent par un comportement trop familier avec les étrangers. Ils sont « à la fois demandeurs d'attention excessive et de gratifications immédiates mais sont paradoxalement mal à l'aise dans les rapports d'intimité, avec pour conséquence un besoin de distance dans leur relation avec autrui ».

Quoi qu'il en soit, pour ces auteurs, ce qui handicape lourdement la réussite de la filiation adoptive tient des répercussions de l'abandon et des carences initiales sur le psychisme de l'enfant (25).

La deuxième approche se différencie de la première en ce sens qu'elle considère que le lien biologique n'a d'importance que si les parents adoptifs et leur enfant lui en accordent (26). « La famille humaine est avant tout culturelle. Il n'y a aucun primat du biologique. La seule différence entre une filiation adoptive et une filiation biologique concerne la nature de l'acte formalisant l'entrée dans le groupe » (27).

Cette deuxième approche souligne l'importance de la reconnaissance psychique réciproque de l'enfant plutôt que celle des liens biologiques, avec la possibilité de « compenser » la blessure liée à l'abandon grâce au succès du processus d'adoption réciproque, et ce, même lorsque l'enfant s'est construit des représentations d'attachement insécures. Cette adoption réciproque, dite « greffe mythique » se ferait à travers la transmission de valeurs entre générations et la perpétuation de différentes traditions et valeurs propres à la famille.

II.1.2. Revue des études sur le développement psychique des enfants adoptés

II.1.2.1 Généralités

En raison de la rupture des liens précoces et la création de nouveaux liens, mais aussi parce que le développement du fœtus puis du nourrisson a pu être affecté par le stress de la mère biologique, par la malnutrition, le manque de soins médicaux, ou par un manque d'affection et de stimulations adéquates, le développement psychologique de l'enfant adopté interroge et a fait l'objet de nombreux travaux. Ces études sont principalement Nord-Américaines (Canada, Québec) ou Scandinaves. La littérature Française est très pauvre en matière d'adoption internationale malgré la place qu'elle y tient dans le paysage mondial.

Les théories actuelles s'accordent sur l'idée que plus le stress est précoce ou intense, plus il devrait prédisposer à des facteurs de fragilisation pouvant eux-mêmes exposer à des conséquences psychopathologiques. Certaines études épidémiologiques tendent à montrer que l'adoption, principalement internationale, serait statistiquement liée à l'émergence de

troubles psychologiques, de problèmes comportementaux et d'un risque accru d'apparition de troubles mentaux chez les adolescents. La difficulté réside dans le fait que les résultats de ces études sont disparates voire parfois contradictoires.

Pour la majorité des enfants, il apparaît que leur développement et leur adaptation à leur milieu adoptif se solde positivement (28, 29). Les enfants adoptés auraient notamment une bonne estime d'eux-mêmes (30), en lien avec un statut économique des parents souvent élevé (31), même s'ils se percevraient tout de même moins bien que leurs frères et sœurs non adoptés. Ils développeraient en plus grande propension des troubles de l'attachement (32) mais à long terme, il n'existerait plus de différence significative dans la qualité de l'attachement entre les enfants adoptés et les enfants biologiques (33, 34). A l'adolescence, période durant laquelle se réactive la question des origines, certains adoptés présenteraient une explosion symptomatique bruyante, à type de troubles du comportement, notamment externalisés (35). Selon *Hjern et al.* les taux de suicides et tentatives seraient notamment multipliés par 3,6 par rapport à la population générale et la prise de substances illicites par 5,2 (36). Ces passages à l'acte auraient une dimension symbolique afin de tester la « solidité du fil les unissant à leurs parents ». Ils viendraient « questionner la place de l'enfant au sein de la famille en attaquant directement le lien filiatif ».

En Suède, 4 % des filles et 5 % des garçons adoptés avaient un diagnostic de maladie psychiatrique (CIM 10) contre 2 % dans la population générale suédoise (36). En outre, dans l'ensemble des études, les adolescents adoptés étaient surreprésentés dans les services de pédopsychiatrie, entre cinq et dix fois par rapport à la population générale (37, 38). Il faut cependant prendre en compte le fait que, à trouble identique, les parents d'enfants issus de l'adoption internationale, davantage familiers des circuits médico-psychologiques, consultaient plus facilement que les parents d'enfants non adoptés (39). Selon ces auteurs, les troubles psychopathologiques, lorsqu'il y en avait, pouvaient trouver leur origine dans un problème d'appartenance, une difficulté à des parents à inscrire leur enfant dans leur filiation ou encore dans la génétique (40, 41).

D'après une étude de *J. Haalifax* et *M.V Labasque* sur un échantillon de 400 enfants adoptés en France en 2005, 2008 et 2010, les accompagnements post-adoption faisaient apparaître des difficultés dans 8,6 % des cas (42). Il s'agissait majoritairement de troubles du comportement (4,1 %) et dans seulement 0,8 % des cas, de troubles du sommeil, principalement des cauchemars et difficultés à s'endormir (43). 6 % des enfants adoptés de cet échantillon répondaient aux critères CIM-10 « troubles mentaux et du comportement ».

II.1.2.2 Revue des études sur les troubles de sommeil des enfants adoptés

Parmi les trois études Nord-Américaines citées en introduction, la première étude de 2006 (12) basée sur un échantillon de 240 enfants adoptés en Chine avant l'âge de 18 mois retrouvait des retards de développement à l'arrivée dans 62 % des cas et des difficultés de sommeil dans 52 % des cas. Dans 9 % des cas au total, les familles d'adoption estimaient que leur enfant avait eu des difficultés de sommeil qu'ils qualifiaient d' « importantes ».

La seconde, de 2011 (13) portait sur 387 enfants issus de 17 pays différents, mais principalement originaires de Chine, de Russie, du Guatemala et du Kazakhstan. Ces enfants avaient été adoptés avant trois ans et avaient en moyenne de 16 mois au moment de l'étude. Ses auteurs retrouvaient des perturbations du sommeil dans 48 % des cas, principalement des difficultés liés à une anxiété de séparation élevée au coucher, des réveils fréquents et des terreurs nocturnes.

Enfin, la troisième de 2009 (14) concernait 480 enfants d'âge préscolaire adoptés en Chine. *Xing Tan et al* ont montré que les enfants qui étaient le plus souvent confrontés à des difficultés de sommeil étaient ceux qui avaient plusieurs lieux de sommeil, ainsi que ceux qui dormaient ou partageaient une chambre avec les parents.

En France, dans leur enquête menée à la COCA de Versailles en 2009 sur des enfants adoptés à l'international et tous âges confondus, *A. De Truchis et P. Foucaud* (15) retrouvaient des troubles du sommeil chez plus de la moitié des enfants à l'arrivée et chez 25 à 30 % un an après l'arrivée. Ces troubles du sommeil étaient de tous ordres : retards à l'endormissement, réveils nocturnes ou matinaux, cauchemars, énurésie, somnambulisme et manifestations d'auto-apaisement à type de balancements. L'article ne précisait pas la classification utilisée pour définir les troubles de sommeil et les chiffres étaient des chiffres de prévalence globaux.

II.1.3. Facteurs de risque psychiques étudiés dans l'adoption, du côté de l'enfant

Différents liens de causalité ont été évoqués entre l'apparition de troubles psycho-comportementaux chez les enfants adoptés et un certain nombre de facteurs. Parmi ces facteurs, sont souvent cités dans les études : l'âge d'adoption, le genre, l'institutionnalisation, les causes d'abandon, le poids du passé en matière d'événements traumatiques vécus ou encore les facteurs d'adaptation de l'enfant à partir de son arrivée dans la famille d'adoption (43). Ce sont ces mêmes paramètres que nous avons étudié afin de déterminer s'ils étaient ou non associés à la survenue de troubles du sommeil chez les enfants adoptés.

II.1.3.1 L'âge d'abandon

L'âge d'abandon est une variable clé dans l'étude du développement psychologique de l'enfant adopté. La rupture aura-t-elle le même impact selon qu'elle ait eu lieu à la naissance ou à quatre ans ? Pour la plupart des auteurs, la séparation chez les nourrissons de moins de six mois n'aurait que peu de conséquences car ils n'auraient pas une représentation intégrée de la figure d'attachement principale, même s'il est admis qu'ils reconnaissent l'odeur, la voix et le visage de la mère dès les premières semaines de vie (44). Avant cet âge, la séparation d'avec la mère n'entraînerait qu'un dérangement de courte durée dans ses habitudes alimentaires et son sommeil. Les observations de *R.Spitz* mettent en évidence chez les nourrissons séparés de leur mère entre les âges de six à neuf mois, un état de dépression anaclitique avec protestation, désespoir, et chute des acquisitions (45). Selon lui, les « séparations ayant lieu pendant la deuxième moitié de la première année de vie qui dépassent cinq mois ont tendance à causer des dégâts irréversibles ».

Pour *Quinton et Rutter*, ce serait entre six mois et quatre ans que l'intensité du choc de la séparation serait la plus forte, en raison de l'état du développement cognitif et émotionnel de l'enfant (46). « Ils sont, entre ces âges, extrêmement dépendants de leur figure maternelle primaire, et leur développement cognitif ne leur permettrait pas de comprendre les raisons ni la durée temporaire d'une séparation, même si celle-ci est nécessaire et clairement expliquée. Il leur serait de même difficile d'exprimer ou d'élaborer aisément à un niveau symbolique, verbalement ou par le jeu, la détresse engendrée par la perte de leur lien premier d'attachement ».

II.1.3.2 L'âge d'adoption

Les études mettent en évidence l'intérêt d'une adoption précoce, facteur positif sur l'adaptation de l'enfant, et sur le développement de ses relations affectives avec ses parents, sa famille élargie et son milieu social, diminuant ainsi le risque de rejet de l'enfant par ses parents ou la perspective d'un nouvel abandon (47). Une méta-analyse québécoise portant sur l'intégration familiale et sociale des enfants adoptés à l'étranger va jusqu'à désigner un âge d'adoption tardif comme la caractéristique ayant la plus forte valeur prédictive de difficultés (30). « Les enfants adoptés après trois ans demandent non seulement une grande disponibilité de la part de leur famille, ce qui ne facilite pas toujours leur relation, mais ils sont également plus vulnérables que les autres aux difficultés psychologiques éprouvées par leurs parents adoptifs ».

D'après l'étude d'Habersaat et al, il semblerait exister deux périodes critiques lors desquelles les enfants seraient plus fragiles pour l'adoption : la période de formation des relations différenciées, entre six et douze mois, et celle de la stabilisation de l'attachement, après 24 mois (43).

Pour beaucoup, ce ne serait cependant pas tant l'âge au moment de l'adoption qui induirait, en tant que tel, la mise en place de modèles relationnels négatifs, mais le fait qu'une adoption tardive fasse encourir à l'enfant un plus grand risque d'avoir vécu des expériences néfastes au processus d'attachement pendant la période de pré-placement tels les abus, négligences, maltraitances.

De nombreuses expériences adoptives sont cependant rassurantes et révèlent que ces enfants adoptés tardivement s'acheminent au final vers l'adolescence de façon aussi sereine que ceux adoptés précocement (8).

II.1.3.3 Le temps passé sans référent sécuritaire ou « durée de latence »

Anna Freud (48) a attiré l'attention sur la période critique durant laquelle l'enfant est confronté au vide de l'attente, soit entre le moment de la perte de la figure primaire d'attachement et celui où les mesures sont prises pour lui procurer de bons substituts parentaux. « Plus tôt un parent de substitution est introduit, plus un nouvel attachement pourra se former tôt avec le parent, ce qui réduit d'autant le risque de séquelles graves et prolongées causées par des pertes ». Si aucune figure d'attachement n'intervient, une séparation prolongée sans substitut affectif risque de provoquer un retrait mental de l'enfant, nommé « hospitalisme » par *Spitz*.

Le plus souvent, entre l'abandon et l'adoption, une multitude de substituts parentaux est présente mais sans qu'aucun lien unique ne puisse s'établir. Dans les cas les plus graves,

l'absence de lien privilégié avec une figure d'attachement principale risque de provoquer chez lui une impossibilité à investir les personnes de son entourage par la suite (trouble réactionnel de l'attachement). L'enfant, pour se construire a absolument besoin de se relier durant cette période à une personne faisant office de figure d'attachement. *A Vinay* (19) a fixé un seuil de durée de latence à un an et demi, seuil en deçà duquel il n'était pas noté plus d'attitudes conflictuelles ou de représentations négatives de l'expérience adoptive. Au-delà de ce seuil étaient notés un plus grand nombre d'attachements insécurisés.

II.1.3.4 Les séparations multiples

Le nombre de lieux de vie, placements et déplacements successifs que l'enfant connaît entre l'abandon et l'adoption est un élément à prendre en compte.

Les avis sont partagés : pour un certain nombre d'auteurs, les effets des multiples séparations sont cumulatifs tandis que pour d'autres, il n'existerait pas de corrélation significative entre le nombre de séparations antérieures et l'adaptation de l'enfant à un nouveau milieu (24). La qualité de l'adaptation de l'enfant lors de son placement antérieur serait plus significative que le nombre de placements. *Chombart et Lauwe* (1959) fixent un « seuil maximal de milieux de vie » à ne pas dépasser pour le bon équilibre de l'enfant au nombre de quatre. Au-delà de ce seuil seraient observés un détachement affectif et une vulnérabilité dans l'instauration du processus d'attachement lors de l'adoption.

II.1.3.5 Les traumatismes de l'enfance et Etats de Stress Post-Traumatique (ESPT)

Le traumatisme fait effraction dans le psychisme du sujet victime d'un événement traumatisant et est à l'origine d'une douleur psychique. C'est un phénomène de débordement du psychisme d'une personne, qui se trouve dans l'incapacité de symboliser une expérience effrayante et se trouve donc dans l'incapacité de penser, d'élaborer, de réagir (49). L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) est une entité clinique clairement décrite dans les classifications internationales, CIM 10 et DSM V. Les symptômes sont consécutifs à l'exposition à un événement traumatisant et peuvent se révéler ou se prolonger dans le temps, au-delà du retrait du sujet de la situation traumatisante (49).

Ils peuvent prendre la forme chez l'enfant « de rêves effrayants sans contenu reconnaissable », « d'un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme » ou encore « d'un comportement désorganisé ou agité » (DSM-V).

Selon *L.Terr*, on distingue deux types de traumatismes de l'enfance :

Les traumatismes de type I sont des événements uniques, soudains, isolés et limités dans le temps, comme des accidents ou des catastrophes, tandis que les traumatismes de type II, correspondent à des situations qui surviennent de manière prolongée et se répètent, comme les abus ou maltraitements. A long terme, les traumatismes et surtout ceux de type 2, par l'aspect répétitif et intentionnel qu'ils comportent, peuvent conduire à de graves perturbations de l'organisation de la personnalité. Ces deux types de traumatismes ne s'excluent pas mutuellement et peuvent coexister.

Chez les enfants, les réactions post-traumatiques sont variées et sont fonction de leur vulnérabilité individuelle. Les enfants les plus jeunes, de 5 ans et moins, peuvent avoir des réactions comportant pleurs, crainte d'être séparés des parents, comportements régressifs, peur du noir ou succion du pouce (50). Chez les enfants un peu plus âgés, entre 6 et 12 ans, on peut observer un retrait social et/ou une agitation, des difficultés d'attention, des comportements régressifs tels l'apparition d'une énurésie nocturne, des problèmes de sommeil, des cauchemars, des peurs irrationnelles, une agressivité, une irritabilité ou encore un fléchissement scolaire .

Une enquête menée par Médecins du Monde entre 2001 et 2005, s'est intéressée, entre autre, au vécu traumatique chez les enfants adoptés à l'étranger (47). Etaient définis comme événements traumatiques les violences, malnutritions, mort d'un parent, rue et mendicité. Au delà de cinq ans, plus de 60% des enfants avaient présenté un vécu traumatique et ce chiffre atteignait près de 75% pour les enfants adoptés après huit ans. Cette répartition des traumatismes subis par les enfants avant leur adoption était très dépendante de leur pays d'origine et du temps écoulé entre l'abandon et l'adoption. Dans l'enquête, c'était en Colombie, au Brésil et en Russie où les adoptions sont les plus tardives que la proportion d'enfants ayant subi des traumatismes était la plus importante, contrairement à la Chine où l'abandon y est très précoce. Une autre étude, réalisée en 2015 par l'association Enfance et Familles d'Adoption (EFA) retrouvait des maltraitements, probables ou certaines, avant l'adoption, chez 30 % des adoptés, avec des taux jusqu'à 74% pour ceux ayant vécu dans la rue (51).

II.1.3.6 Le vécu institutionnel et la durée passée en institution

Plusieurs travaux ont montré que le déracinement et la nécessité d'adaptation pouvaient provoquer un « stress d'acculturation » chez l'enfant adopté d'autant plus grand qu'il avait passé beaucoup de temps en institution avant d'être adopté (52).

Ces études ont également montré que les situations inadaptées de délaissement et de vie en institution pouvaient engendrer, à moyen ou à long terme, des désordres majeurs sur le développement de l'enfant, notamment des problèmes d'attachement, des déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), des troubles quasi autistiques, et des difficultés d'apprentissage (53). Les facteurs principaux qui affectaient la prévalence et la persistance de ces comportements étaient la durée passée en institution et l'âge auquel les enfants avaient quitté le pays. Après avoir restauré un environnement éducatif et familial normal, il était observé un degré remarquable de récupération. Dans cette même étude, les auteurs estimaient que le délai passé en institution ne devrait pas excéder six mois. *Bowlby*, quant à lui, mettait l'accent sur l'importance du nombre d'enfants dans l'orphelinat. Selon lui, « la valeur des petites institutions spécialisées (moins de 100 enfants) est universellement reconnue » (20).

II.1.3.7 La qualité de la relation avec la figure maternelle « initiale »

Le processus de deuil et son déroulement dépendent en partie de la situation de l'enfant avant la perte du parent et de la relation qui s'était établie entre eux. Selon *Ainsworth*, plus la relation parent-enfant avant la perte était empreinte d'anxiété et le lien insécurisant, plus l'enfant sera confronté à la difficulté à faire le deuil de son parent, et ceci semble-t-il même s'il jouit par la suite de conditions d'accueil adaptées et sécurisantes (54).

II.2. Le sommeil de l'enfant

Le sommeil est un besoin physiologique et un état complexe durant lequel le système nerveux et les fonctions biologiques sont modifiés afin d'accomplir des tâches indispensables à la survie. Les expériences de privation réalisées sur les animaux ont montré qu'un animal qu'on empêche de dormir tombe malade et meurt rapidement dans un état cachectique. Le sommeil joue un rôle prépondérant dans la croissance, le développement physique et intellectuel et a aussi une fonction psychologique en ce sens qu'il est un reflet de l'évolution psychoaffective de l'enfant. Dans toute l'histoire de la médecine, depuis les Grecs anciens à nos jours, la forte intrication entre sommeil et psychiatrie est admise (55). Les perturbations du sommeil sont des troubles relativement fréquents chez l'enfant mais qui peuvent avoir un impact majeur tant sur le développement physique (croissance, métabolisme) et intellectuel (concentration, contrôle des émotions) que sur la vie de famille.

II.2.1. Organisation du sommeil

Chez tous les mammifères, on distingue trois principaux états de vigilance : l'éveil, le sommeil paradoxal et le sommeil lent, qui alternent au cours du nyctémère selon des modalités spécifiques à chaque espèce. Lors d'une nuit de sommeil, nous passons par plusieurs cycles, d'une durée de 90 à 120 minutes chez l'adulte et l'enfant grand. Chaque cycle comporte deux états de sommeil : le sommeil lent et le sommeil dit « paradoxal ». Ces deux états diffèrent par leur comportement moteur, végétatif et par leurs tracés électroencéphalographique, électromyographique (tonus postural), et électrooculographique.

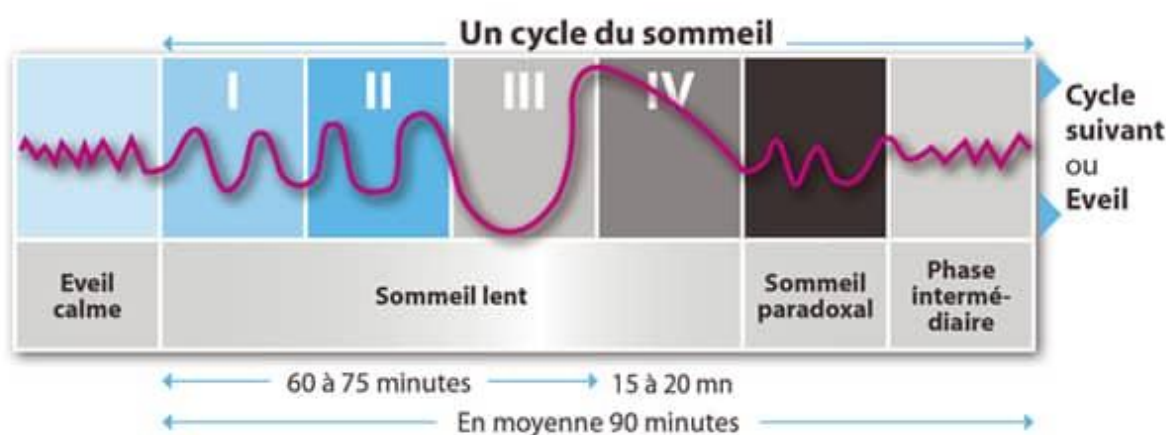


Figure 1 : Représentation d'un cycle de sommeil chez l'adulte et l'enfant de plus de trois ans

II.2.1.1 Le sommeil lent

Le sommeil à ondes lentes représente 80% du sommeil total. Il est lui-même divisé en quatre stades : le stade I, correspondant à l'endormissement, le stade II ou sommeil lent léger, les stades III et IV ou sommeil lent profond. Durant cette phase, la respiration est lente et régulière, le tonus musculaire du corps est conservé. L'endormissement se fait normalement en sommeil à ondes lentes, sauf chez le nourrisson de la naissance à l'âge de trois mois. Il s'approfondit ensuite progressivement, puis, après un délai de 90 minutes chez l'adulte, (65 minutes chez l'enfant de cinq à dix ans), lui succède une phase de sommeil paradoxal qui dure de quelques minutes jusqu'à plus d'une demi-heure.

Quatre à six cycles se succèdent ainsi au cours d'une nuit de sommeil.

II.2.1.2 Le sommeil paradoxal ou Phase de Mouvement Oculaire (PMO)

Lors de la phase de sommeil paradoxal, tout se passe comme si le cerveau était très actif, mais coupé du monde extérieur. Le tonus musculaire est aboli, le pouls est rapide, les activités cardiaques et respiratoires sont accélérées et les mouvements oculaires sont rapides. C'est lors de cette phase que survient préférentiellement le rêve. Cette phase de

sommeil paradoxal joue aussi un rôle dans l'apprentissage et la mémorisation des informations. Le pourcentage de sommeil paradoxal d'une nuit diminue avec l'âge. Il est de 50 % à la naissance, 30 % à la fin de la première année, 20 à 25 % chez l'adulte.

II.2.1.3 Caractéristiques des troubles de sommeil en fonction de l'âge

II.2.1.3.1 Le sommeil des six premières années

Dès l'âge d'un an l'organisation du sommeil est proche de celle de l'adulte. Les différences portent essentiellement sur la durée totale de sommeil et sur la période des cycles de sommeil, qui est d'environ 60 minutes à l'âge d'un an et 90 minutes chez l'adulte. Les éveils survenant dès neuf mois en première partie de nuit sont très fréquents et correspondent à des éveils incomplets au cours desquels l'enfant pleure mais n'est que partiellement réveillé. En seconde partie de nuit, des éveils brefs surviennent à chaque changement de cycle, c'est-à-dire toutes les heures pour les enfants de moins de deux ans. Vers 18 mois, on peut toujours noter entre 4 et 5 réveils brefs par nuit. Le nombre de ces éveils va ensuite diminuer après deux ans avec l'allongement du cycle de sommeil, l'augmentation du temps de sommeil lent profond et la stabilité du sommeil paradoxal.

A deux ans, le sommeil est souvent gêné par les grandes acquisitions (marche, propreté, langage). Dès l'entrée à l'école, les rythmes scolaires changent le mode de vie et l'enfant peut être angoissé ou excité par les événements du lendemain, ce qui peut perturber son sommeil (56). A trois ans, environ 30 % des enfants sont qualifiés d'insomniaques avec des difficultés d'endormissement et des luttes au coucher, des réveils nocturnes prolongés plus ou moins répétés, des réveils précoces (57). La période de 18 mois à 6 ans est une de celles où les troubles du sommeil sont les plus fréquents. Il s'agit d'une période d'intense activité psychique, durant laquelle l'enfant est inévitablement confronté à des conflits internes. Toutes les évolutions peuvent se voir, du normal au pathologique.

II.2.1.3.2 Le sommeil des six-dix ans

Entre six et dix ans, le sommeil nocturne est normalement de très bonne qualité. Il est également très riche en sommeil lent profond dans la première partie de la nuit, ce qui favorise la survenue de certains comportements anormaux (parasomnies) : terreurs nocturnes, somnambulisme et énurésie. Ces pathologies sont fréquentes à ces âges et peu inquiétantes. Le sommeil est très stable et les éveils nocturnes y sont normalement très brefs. L'existence de troubles de sommeil à ces âges va ainsi souvent « révéler une souffrance psychique que l'enfant n'est pas en mesure d'élaborer par ses propres moyens ». La persistance, au cours de cette période, de troubles du sommeil, banals dans la petite enfance, a une grande signification psychopathologique (58).

II.2.2. Classifications des troubles du sommeil

Il n'existe pour l'heure aucune classification des troubles du sommeil propre à l'enfant. Ils sont décrits dans trois classifications internationales, communes à l'enfant et à l'adulte, la CIM 10, le DSM V, et l'ICSD-3. En France, ils apparaissent dans la classification CFTMEA. Il existe des différences notables entre ces systèmes de classification notamment en ce qui concerne la durée des symptômes permettant de définir un « trouble de sommeil » : un mois pour la CIM 10, trois mois pour les autres classifications. En revanche toutes ces classifications s'accordent sur la fréquence des symptômes permettant de définir un trouble de sommeil c'est-à-dire « d'au moins trois fois par semaine », sauf pour l'énurésie définie par une fréquence « au moins deux fois par semaine ». Dans le DSM V, l'énurésie nocturne n'est pas classée parmi les troubles du sommeil mais parmi les « troubles du contrôle sphinctérien » tandis qu'elle est classée parmi les parasomnies dans la classification ICSD-3.

II.2.3. Définitions et aspects cliniques des troubles du sommeil de l'enfant

Les troubles du sommeil pédiatriques réfèrent à des difficultés répétées dans l'initiation, la consolidation ou la durée du sommeil, accompagnées par l'altération du fonctionnement diurne de l'enfant ou de sa famille (AASM, 2005). Les études épidémiologiques estiment à 20-30 % la prévalence des troubles du sommeil chez l'enfant d'âge préscolaire ou en début de fréquentation scolaire (59). Les troubles du sommeil de l'enfant d'âge scolaire sont généralement classés en deux catégories : les dyssomnies et les parasomnies.

Les dyssomnies sont des altérations du sommeil traduisant une difficulté à l'initier ou à le maintenir. Elles comprennent par exemple les troubles insomnie, hypersomnolence ou le trouble du rythme veille-sommeil.

Les parasomnies sont des troubles caractérisés par des « comportements, des vécus ou des phénomènes physiologiques anormaux survenant au cours du sommeil ». Elles sont le résultat d'une dissociation entre les états de conscience de veille et de sommeil. On distingue les éveils en sommeil non paradoxal (terreurs nocturnes et somnambulisme), des parasomnies en sommeil paradoxal (cauchemars), des somniloquies, bruxisme, ou rythmies de sommeil.

Nous nous sommes intéressés dans ce travail uniquement aux dyssomnies à type d'insomnies d'endormissement et de maintien du sommeil (ou éveils nocturnes), aux parasomnies à type de terreurs nocturnes et cauchemars et enfin à l'énurésie nocturne, tantôt citée comme un trouble du contrôle sphinctérien, tantôt comme une parasomnie.

II.2.3.1 Les insomnies

L'insomnie, d'après le DSM-V, est une plainte concernant une insatisfaction liée à la quantité ou à la qualité du sommeil associée à un ou plusieurs de ces symptômes :

- Des difficultés d'endormissement : chez l'enfant il peut s'agir de difficultés d'endormissement sans intervention d'un tiers responsable.
- Des difficultés de maintien du sommeil caractérisées par des réveils fréquents ou des problèmes à retrouver le sommeil après un éveil : chez l'enfant il peut s'agir de difficultés à retrouver le sommeil sans l'intervention d'un tiers responsable.
- Un réveil matinal précoce assorti à une incapacité à se rendormir.

Ces difficultés doivent être à l'origine d'une détresse marquée ou d'une altération dans les domaines importants tel le domaine scolaire chez l'enfant. Elles ne doivent être expliquées ni par un autre trouble de l'alternance veille-sommeil, ni par la prise d'une substance, ni par la coexistence d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale.

Compte tenu des variations physiologiques de la durée du sommeil, l'insomnie véritable, symptomatique, c'est-à-dire de cause somatique ou psychologique, n'est pas très fréquente chez l'enfant.

II.2.3.1.1 Les insomnies d'endormissement

Les troubles de l'endormissement se reflètent par le temps que l'enfant met pour parvenir à s'endormir, le besoin d'une présence parentale jusqu'à qu'il soit endormi et/ou le besoin de l'enfant de rappeler ses parents après qu'ils aient quitté la chambre. Ils sont parfois en rapport avec des variations individuelles des besoins de sommeil qui sont méconnus par l'entourage de l'enfant.

II.2.3.1.1.a Avant six ans

Selon *Khan et al* (60), les insomnies jusqu'à six ans concerneraient 25 à 50 % des enfants. Elles seraient avant tout comportementales pour 73%, puis symptomatiques pour 21%. Les 6,2% restants étaient liés à de mauvaises interprétations, puisqu'il s'agissait en fait de parasomnies. Les insomnies seraient le plus souvent dues à l'absence de limites de la part des parents, à un excès de stimulations avant le coucher (écrans par exemple) ou encore à des pratiques parentales anormales lors du coucher, du moins pour une société occidentale, telle la présence du parent jusqu'à l'endormissement, un réconfort physique actif donné à l'enfant suite à des éveils nocturnes, ou encore le partage du lit parental.

II.2.3.1.1.b Après six ans

MJ Challamel et P. Franco (61) en décrivent cinq situations :

- Les « retards de phase » : L'enfant est un couche tard, il a des difficultés à la fois à s'endormir mais aussi à se réveiller les jours scolaires. Il ne se réveille pas la nuit et se lève beaucoup plus tard lors des vacances scolaires.
- L'enfant « court dormeur » : ses besoins de sommeil sont surestimés par les parents ; il a des difficultés à s'endormir mais se réveille en pleine forme.
- Les insomnies d'endormissement par excès de stimulation : écrans ou activité physique le soir par exemple.
- Les enfants qui sont incapables de s'endormir seul et qui vont se réveiller la nuit. Il a été montré que la présence des parents au moment de l'endormissement était associée à l'existence d'éveils nocturnes, ces enfants n'ayant pas appris à se rendormir seul.
- Les enfants anxieux qui ont peur du noir, peur de faire des cauchemars, ou qui sont victimes de petites illusions hypnagogiques.

Ces difficultés d'endormissement peuvent se traduire de différentes manières, que *D. Houzel* (58) classe en quatre catégories : l'opposition au coucher, les rituels du coucher, la phobie de sommeil et les hallucinations hypnagogiques.

- L'opposition au coucher s'observe surtout entre 2 et 3 ans. L'enfant, même s'il tombe de sommeil, refuse d'aller se coucher, fait une colère si on l'y oblige, ou se lève lorsqu'il est au lit. Il concerne des enfants hyperactifs et volontaires qui luttent contre la passivité du coucher et de l'endormissement. L'endormissement y est difficile et prolongé, mais sans anxiété. *R. Debré et A. Doumic* (62) distinguent les troubles du sommeil liés à l'hyperactivité motrice des troubles du sommeil liés à des troubles du caractère à type d'opposition.

- Les rituels du coucher sont des comportements ritualisés mis en place pour aider l'enfant à s'endormir et que l'on répète chaque soir. Ils s'observent à partir de deux ans et disparaissent, le plus souvent, entre quatre et six ans. Ils n'ont pas, à ces âges, de signification pathologique et c'est seulement leur persistance au-delà de 6 ans qui peut faire discuter leur pronostic.

- La phobie du sommeil est très fréquente au cours de la période œdipienne. Les enfants ont des symptômes phobiques au moment du coucher : peur du noir, exigence d'avoir une lampe allumée ou une porte ouverte. Dans certains cas, les manifestations phobiques prennent un caractère plus bruyant et l'enfant est pris de panique à l'instant où on lui dit de

se mettre au lit. Les parents doivent alors le plus souvent accepter qu'il s'endorme à côté d'eux, en dehors de son lit, quitte à le transporter ensuite endormi dans son lit.

- Enfin, les phénomènes hypnagogiques sont des manifestations qui surviennent au cours de l'endormissement particulièrement entre 6 et 15 ans. Le plus fréquent est l'angoisse hypnagogique, qui est une sensation d'oppression et d'impossibilité de se mouvoir. On distingue le sursaut hypnagogique des sensations hypnagogiques, somesthésiques (crampes, ébranlements, sensations de chute), visuelles ou auditives (phosphènes, acouphènes).

II.2.3.1.2 Les insomnies de maintien du sommeil (éveils nocturnes)

Il s'agit d'éveils nocturnes qui requièrent l'intervention parentale et/ou le déplacement de l'enfant dans le lit des parents. Il est fréquent que les enfants s'éveillent la nuit sans signe évident d'angoisse ni cri, mais avec tout de même le besoin d'aller se rassurer auprès de leurs parents et parfois de se rendormir dans leur lit. Il y a une tendance normale à l'éveil avant et après chaque phase de PMO. Ces éveils sont souvent le reflet d'une anxiété. Ils seraient particulièrement fréquents lors de la naissance ou de l'arrivée d'un nouvel enfant dans la famille et peuvent parfois être l'occasion « d'une recherche de bénéfices secondaires voire de tentatives d'attaques contre le couple parental ».

II.2.3.2 Les parasomnies

II.2.3.2.1 Troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal : Les terreurs nocturnes

Il s'agit d'épisodes récurrents de réveils brutaux et terrifiants débutant habituellement par un cri d'effroi et survenant dans 70 à 80 % des cas pendant le premier cycle de sommeil. Durant ces épisodes, l'angoisse atteint un paroxysme et donne l'impression de panique. Ils durent habituellement quelques minutes et sont accompagnés de phénomènes neurovégétatifs intenses : mydriase, tachycardie, polypnée, transpiration. Aussitôt après, l'enfant s'endort d'un sommeil profond. Le plus souvent, il a une amnésie complète le lendemain et ne peut raconter le contenu fantasmatique de sa terreur. Il peut s'agir d'un épisode isolé mais plus fréquemment, ces épisodes se répètent d'une nuit à l'autre pendant une période plus ou moins prolongée, parfois en bouffées à l'occasion de circonstances déclenchantes.

Habituellement, un seul épisode survient par nuit, bien qu'occasionnellement plusieurs épisodes puissent se succéder. Les terreurs nocturnes, tout comme le somnambulisme, correspondent à des éveils incomplets en sommeil lent profond, c'est-à-dire à un état

dissocié du sommeil (endormis sur les plans électroencéphalographique et de la conscience réflexive, mais éveillés sur le plan comportemental).

II.2.3.2 Parasomnies en sommeil paradoxal : Les cauchemars

La distinction entre terreurs nocturnes et cauchemars se justifie par une moindre intensité de l'angoisse, la possibilité pour l'enfant de rapporter un contenu onirique, l'existence d'un déroulement temporel et spatial dans ce contenu, et l'absence de confusion mentale et de phénomène hallucinatoire. Ils sont beaucoup plus fréquents que les terreurs nocturnes. Le DSM V établit un distinguo en fonction de leur durée. Le trouble est dit « aigu » si la période des cauchemars est inférieure à un mois, « subaigu » entre un et six mois et « persistant » s'il dure plus de six mois. Enfin leur sévérité est évaluée en fonction de leur fréquence : « léger » s'il y a en moyenne moins d'un épisode par semaine, « moyen » s'ils ont lieu plusieurs fois par semaine sans que ce soit toutes les nuits et enfin « grave » si les cauchemars ont lieu toutes les nuits.

Bien que très fréquents, ils apparaissent avec une plus forte probabilité chez les enfants exposés à des facteurs de stress psychosocial aigus ou chroniques. Une reviviscence onirique d'un événement traumatique est classiquement décrite dans le syndrome de stress post-traumatique.

II.2.3.3 L'énurésie nocturne

L'énurésie se définit comme des mictions répétées au lit ou dans les vêtements, le plus souvent involontaires mais parfois délibérées, sans lésion de l'appareil urinaire, et se produisant au-delà de l'âge de maturation physiologique normal, c'est-à-dire au-delà de cinq ans. Le retentissement est cliniquement significatif, et les troubles surviennent à une fréquence d'au moins deux fois par semaine pendant plus de trois mois. Elle n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'un médicament ni à une autre affection médicale.

L'énurésie nocturne ou mono-symptomatique, la plus fréquente, survient uniquement durant le sommeil nocturne, typiquement pendant le premier tiers de la nuit et le plus souvent lors du sommeil lent. Elle survient cependant parfois lors d'une phase de mouvements oculaires rapides, et l'enfant peut se rappeler d'un rêve impliquant l'acte d'uriner. Elle est dite primaire (ENP) si l'enfant n'a jamais eu de période de continence urinaire durant le sommeil. Elle est dite secondaire (ENS) si elle apparaît après une période d'acquisition de la propreté d'au moins six mois. Si elle n'est associée à aucun autre symptôme, en particulier diurne, relevant du bas appareil urinaire, il s'agit d'une énurésie nocturne isolée (ENI) (63).

III. Matériel et Méthodes

III.1 Type d'étude

L'étude était descriptive puis comparative, observationnelle, monocentrique et rétrospective. Les données étaient déclaratives et ont été recueillies par un questionnaire adressé aux parents adoptifs sur la période juin-juillet 2017.

III.2 Population étudiée

Critères d'inclusion :

Les enfants inclus dans cette étude ont tous été adoptés à l'étranger entre les âges de trois à dix ans et ont été vus à la Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) du CHU Toulouse Purpan entre janvier 2010 et décembre 2015.

Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude les enfants dont les parents n'étaient pas en mesure de répondre aux questions concernant le sommeil actuel de leur enfant, c'est-à-dire les cas où les parents n'avaient plus de contact avec l'enfant.

III.3 Questionnaire

Le questionnaire (annexe 1) était scindé en quatre parties :

La première partie ciblait les conditions socio- démographiques de l'enfant et de sa famille adoptive.

La seconde partie s'intéressait aux conditions de vie pré-adoptives de l'enfant : âge de séparation d'avec la famille biologique, vécu en institution ou non, temps passé en institution.

La troisième partie portait sur l'état de santé somatique de l'enfant.

Enfin, la dernière et principale partie portait sur la présence ou l'absence de difficultés de sommeil à l'arrivée de l'enfant dans sa famille adoptive et leur persistance ou non dans le temps. Le questionnaire en précisait les modalités de survenue, la fréquence, la durée, la prise en charge effectuée puis leur résolution ou non.

Le questionnaire comportait 34 questions, en majorité des questions fermées à choix multiples et quelques questions ouvertes. Les parents pouvaient ajouter des commentaires libres dans les propositions « autre, précisez ». Il a été testé au préalable sur un couple de parents adoptifs volontaire afin de vérifier sa lisibilité et sa compréhension.

III.4 Déroulement de l'enquête

Les participants ont été contactés de deux façons différentes. Le premier groupe a reçu le questionnaire par voie informatisée via la plateforme Google Forms. Le second groupe, dont les adresses mails ne figuraient pas dans les dossiers médicaux, a été contacté préalablement par téléphone. Tous les parents ont été invités à participer indépendamment du fait qu'ils étaient ou avaient été confrontés à des difficultés de sommeil de leur enfant.

La période de recueil s'est étalée au total du dix juin 2017 au six août 2017, soit presque deux mois. Les questionnaires ont été numérotés selon l'ordre chronologique dans lequel j'ai reçu les réponses. Pour faciliter l'analyse, les dates (de naissance et d'arrivée dans la famille d'adoption) ont été converties en âge, exprimé en années et les pays ont été regroupés par continents.

III.5 Définition des troubles de sommeil

Nous avons étudié la prévalence des troubles de sommeil suivants : insomnies d'endormissement, éveils nocturnes, cauchemars, terreurs nocturnes et énurésie nocturne. Pour chaque enfant, l'association « difficulté de sommeil ou non » couplée à la fréquence et à la durée des difficultés a permis, en suivant les critères DSM V, de définir pour chaque difficulté de sommeil un groupe « trouble de sommeil » face à un groupe « absence de trouble » et, ce, pour chacun des cinq troubles étudiés.

Les critères de fréquence et de durée utilisés pour définir un trouble de sommeil n'ont été pris en compte que dans les cas d'insomnies et d'énurésie. En l'absence de critères de fréquence et de durée dans la classification DSM V utilisés pour définir un trouble cauchemar ou terreurs nocturnes, tous les enfants ayant présenté des cauchemars ou terreurs nocturnes ont été inclus dans les groupes « trouble cauchemar » ou « trouble terreurs nocturnes ».

III.6 Critère de jugement

Le critère de jugement principal était l'absence ou la présence d'un des cinq troubles de sommeil étudiés.

III.7 Analyse statistique

Pour l'analyse descriptive, nous avons exprimé les variables qualitatives en termes d'effectifs et de pourcentages et les variables quantitatives en termes de moyenne et d'écart type. Pour l'analyse comparative, nous avons ensuite cherché des associations statistiques entre chacun des cinq troubles de sommeil et les différents paramètres étudiés (âge

d'abandon, âge d'adoption, genre, continent, situation familiale, situation adoptive, nombre d'enfants par famille, institutionnalisation ou non).

Pour les analyses statistiques, nous avons utilisé le logiciel Excel 2007 puis le site BiostaTGV de l'INSERM <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>.

Pour la comparaison des variables qualitatives entre les groupes de l'étude, nous avons réalisé en analyse uni-variée un test paramétrique du Chi 2 ou un test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5 et pour la comparaison des variables quantitatives, le test non paramétrique de Wilcoxon Mann-Whitney (variances inégales et/ou répartition non gaussienne). Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05. Les réponses aux questions ouvertes ont servi à étayer la discussion.

IV. Résultats

IV.1 Caractéristiques de la population cible

Entre janvier 2010 et décembre 2015, 638 enfants (1) ont été adoptés à l'étranger par des familles résidant en Midi-Pyrénées, la plaçant au second rang des régions adoptantes en France après la région Ile de France. Durant cette même période, 340 enfants ont été vus à la COCA toulousaine. Une minorité d'entre eux étaient issus des régions voisines. Parmi eux, 160 correspondaient aux critères d'inclusion de notre étude. Sur ces 160 enfants, 67 % ont été adoptés seuls et 33 % en fratrie. 60 % étaient de sexe masculin.

Les pays d'origine de chacun d'eux sont renseignés dans la figure A située en annexe 2.

IV.2 Modalités d'inclusion

La figure 1 décrit les modalités d'inclusion dans notre étude

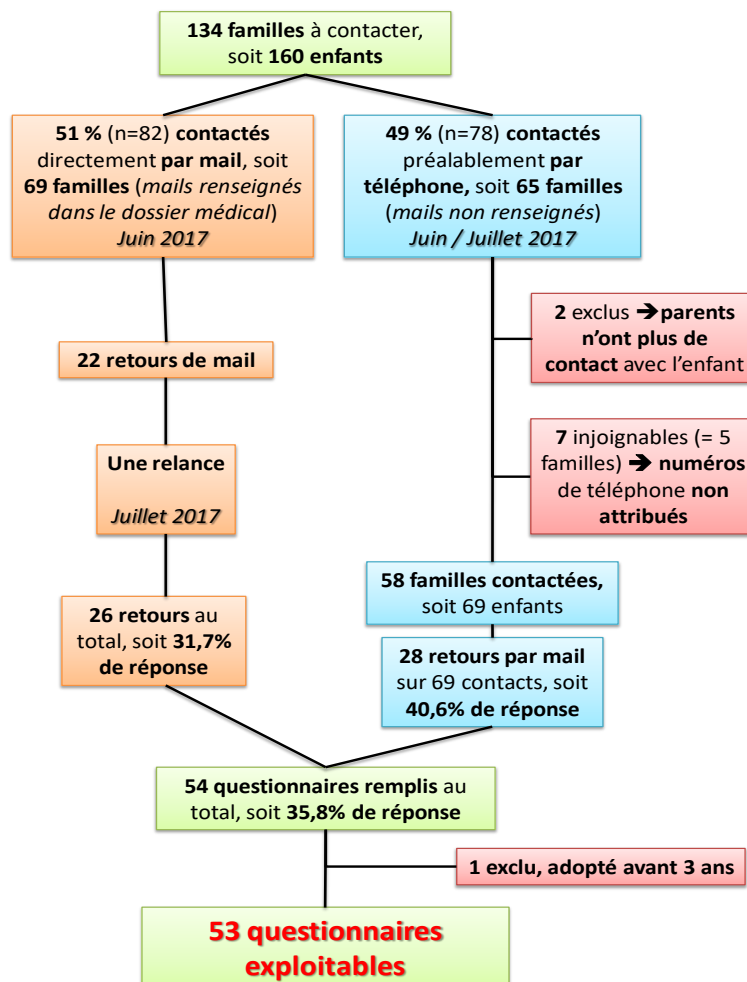


Figure 2 : Diagramme de flux

IV.3 Caractéristiques de la population d'enfants inclus dans l'étude

Le tableau 1 résume les caractéristiques des 53 enfants inclus dans l'étude.

Tableau 1 : Caractéristiques des 53 enfants inclus

Age actuel (ans)	10,2 ($\pm$ 2,4)
Age d'abandon (ans)	1,84 ($\pm$ 1,6)
Age d'adoption (ans)	4,84 ($\pm$ 1,8)
Sexe	
- Masculin n (%)	32 (60,4)
- Féminin n (%)	21 (39,6)
Continent	
- Afrique n (%)	14 (26,4)
- Amérique du Sud n (%)	20 (37,7)
- Asie n (%)	6 (11,3)
- Europe de l'Est n (%)	13 (24,5)
Situation familiale	
- Seul n (%)	7 (13,2)
- En couple n (%)	46 (86,8)
Situation adoptive	
- Seul n (%)	34 (64,1)
- En fratrie n (%)	19 (35,9)
Nombre d'enfants par famille	1,75 ($\pm$ 0,8)
Institutionnalisation	
- Oui n (%)	38 (71,7)
- Non n (%)	15 (28,3)

L'âge moyen des enfants au moment de l'étude était de 10,2 ans, la médiane se situait à 10 ans, les extrêmes étaient situés entre 5 et 17 ans (figure B annexe 2). L'âge moyen des enfants à l'arrivée dans leur famille d'adoption était de 4,8 ans $\pm$ 1,8, la médiane à 6 ans, avec des extrêmes situés entre 3 et 10 ans (limités par les critères d'inclusion). Ils avaient en moyenne 22,1 mois lorsqu'ils ont été séparés de leurs parents biologiques avec des extrêmes situés entre leur naissance jusqu'à 6 ans.

La figure 3 montre la répartition des enfants inclus en fonction de leur âge d'arrivée.

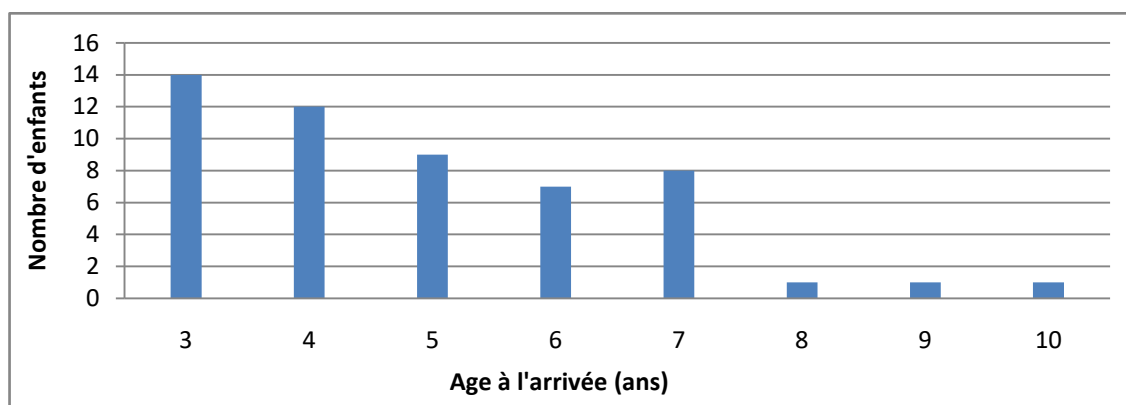


Figure 3 : Répartition des enfants selon leur âge d'arrivée

Les pays d'origine de chacun d'eux sont représentés dans la figure C située en annexe 2.

- Par « continent Africain » on entendait : Bénin pour 2 enfants, Côte d'Ivoire pour 3 enfants, Ethiopie pour un enfant, Madagascar pour un enfant, Niger pour un enfant, RDC pour 2 enfants, Congo Brazzaville pour un enfant, République Centrafricaine pour 2 enfants, Togo pour un enfant.

- Par « continent Sud-Américain (et Caraïbes) » : Colombie pour 12 enfants et Haïti pour 8 enfants.

- Par « continent Asiatique » : Chine pour 2 enfants, Népal pour 2 enfants, Thaïlande pour un enfant, Vietnam pour un enfant.

- Par « continent Européen » : Bulgarie pour 2 enfants, Lettonie pour 3 enfants, Pologne pour 3 enfants, Russie pour 2 enfants, Ukraine pour 3 enfants.

Après séparation d'avec la famille biologique et avant leur adoption, ils ont vécu pour :

- 47,1 % d'entre eux exclusivement en institution (orphelinat ou crèche)
- 26,4 % exclusivement en famille d'accueil

Parmi les 26,5 % restant, cinq enfants avaient vécu dans ces deux types d'hébergement, trois avaient vécu chez des proches, deux enfants avaient vécu dans la rue.

38 enfants au total ont vécu, au moins en partie, en institution (71 %).

Parmi ces 38 enfants, 10,8 % y avaient vécu moins d'un an, 18,9 % un à deux ans, 60 % deux à cinq ans, 8,1 % plus de cinq ans, soit trois enfants.

Parmi les trois enfants qui ont passé plus de cinq ans en institution, deux enfants y ont vécu six ans et un autre sept ans.

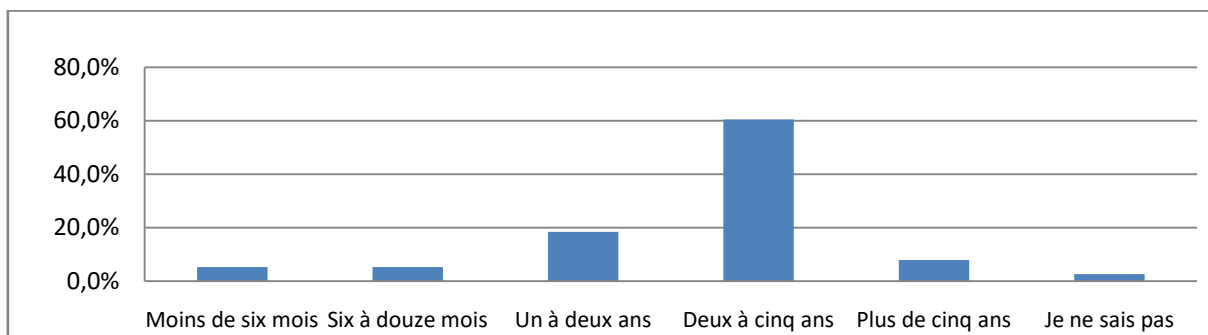


Figure 4 : Durée passée en institution pour les 38 enfants concernés

Le tableau 2 résume les caractéristiques des enfants selon leurs continents d'origine.

Tableau 2 : Caractéristiques des enfants par continent

	Afrique (n=14)	Amérique (n=20)	Asie (n=6)	Europe (n=13)
Age actuel (ans)	8,5 ($\pm 1,9$)	10,6 ($\pm 2,2$)	11 ($\pm 1,9$)	11 ($\pm 2,5$)
Age abandon (ans)	1,1 ($\pm 1,6$)	2,5 ($\pm 1,6$)	1,2 ($\pm 1,7$)	1,9 ($\pm 1,4$)
Age adoption (ans)	4,2 ($\pm 1,8$)	4,5 ($\pm 1,8$)	5,7 ($\pm 1,8$)	5,6 ($\pm 1,7$)
Durée de latence (ans)	2,4	2	4	3,6
Genre				
Masculin n (%)	9 (64,2)	10 (50)	5 (83,3)	8 (61,5)
Féminin n (%)	5 (35,8)	10 (50)	1 (16,7)	5 (38,5)
Situation Familiale				
En couple n (%)	11 (78,5)	19 (95)	5 (83,3)	11 (84,6)
Seul n (%)	3 (21,5)	1 (5)	1 (16,7)	2 (15,4)
Situation adoptive				
Seul n (%)	14 (100)	7 (35)	6 (100)	7 (54)
En fratrie n (%)	0 (0)	13 (65)	0 (0)	6 (46)
Institutionnalisation				
Oui n (%)	11 (78,5)	11 (55)	6 (100)	8 (61,5)
Non n (%)	3 (21,5)	9 (45)	0 (0)	5 (38,5)

La figure 5 représente la durée passée en institution selon les continents d'origine.

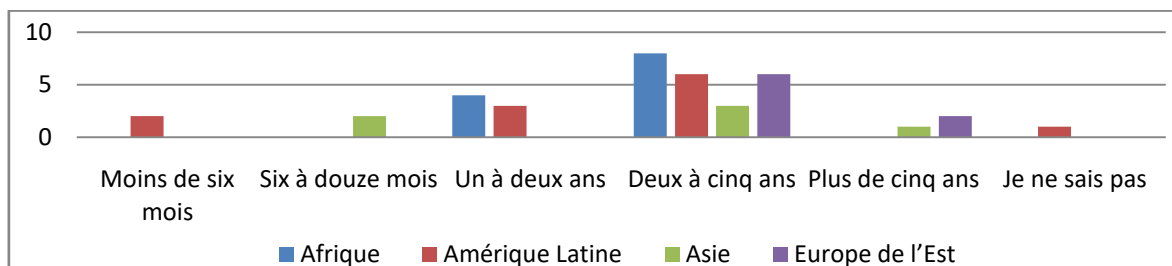


Figure 5 : Durée passée en institution par continent

IV.4 Caractéristiques de la population de familles d'adoption

86,8 % des parents ont adopté en couple, 13,2 % en tant que célibataire.

La fratrie totale (biologique et adoptive) était composée d'en moyenne 1,75 enfant avec des extrêmes situés de 1 à 4 enfants par famille.

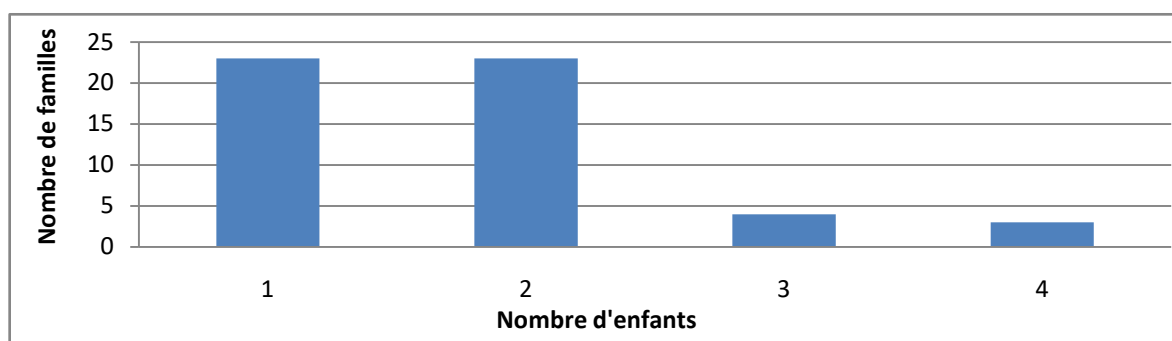


Figure 6 : Nombre d'enfants au total par famille (fratrie adoptive et biologique)

Aucune famille monoparentale n'était composée de plus de deux enfants. Pour six d'entre elles, l'enfant adopté était le seul enfant dans sa famille. Une seule famille monoparentale était composée de deux enfants adoptés.

IV.5 Etat de santé somatique des enfants

Six des 53 enfants de l'étude ont été décrits par leurs parents comme des enfants présentant une pathologie dite « à besoins spécifiques » soit 11,3 %.

Il s'agissait de :

« Trouble du développement et du langage »

« Glaucome congénital »

« Besoin en orthophonie et suivi de motricité fine »

« Fente labio-palatine »

« Fructosémie »

« Surdité et hémiparésie »

86,8 % des parents ignoraient s'il y avait eu des complications obstétricales lors de la grossesse ou l'accouchement, 9,4 % estimaient qu'il n'y avait eu aucun problème, 3,8 % décrivaient une complication.

Pour les deux enfants chez qui il était décrit un problème lors de la grossesse, il s'agissait :

- D'un Syndrome d'Alcoolisation Fœtale pour un enfant (SAF)
- D'une fœtopathie à Cytomégalovirus (CMV) chez un enfant présentant une hémiparésie et une surdité bilatérale.

11,3 % (six enfants) prenaient un traitement chronique dont un seul pouvait avoir des conséquences sur le sommeil de l'enfant (Méthylphénidate, Ritaline®).

IV.6 Troubles du sommeil

30,2 % des parents estimaient que le sommeil de leur enfant avait posé problème.

IV.6.1 Insomnies d'endormissement

Suite à leur arrivée en France dans leur famille d'adoption, 49 % des parents estimaient que leurs enfants avaient présenté des difficultés à s'endormir, difficultés définies par un « temps d'endormissement long de plus de trente minutes ».

Selon les parents, chez ces 26 enfants, les endormissements longs étaient liés au fait qu'ils :

- Faisaient durer de manière interminable les rituels du coucher pour la moitié d'entre eux.
- Avaient des peurs : « peur du noir ou des monstres » pour douze enfants (46,2 %).
- Refusaient d'être séparés des parents (46,2 %)
- Avaient des difficultés à trouver le sommeil et à s'apaiser dans leur lit (46,2%)
- S'opposaient au coucher en « criant, pleurant, faisant des colères » pour un seul enfant.

Ces difficultés avaient lieu tous les jours ou plus de trois fois par semaine pour 25 enfants.

Les difficultés d'endormissement ont cédé dans les six premiers mois suivant l'arrivée en France pour la moitié des 26 enfants concernés et entre six mois et deux ans pour quatre enfants. Elles ont duré plus de deux ans pour neuf enfants (17 % du total d'enfant) dont quatre chez qui ces difficultés étaient toujours présentes au moment de l'étude.

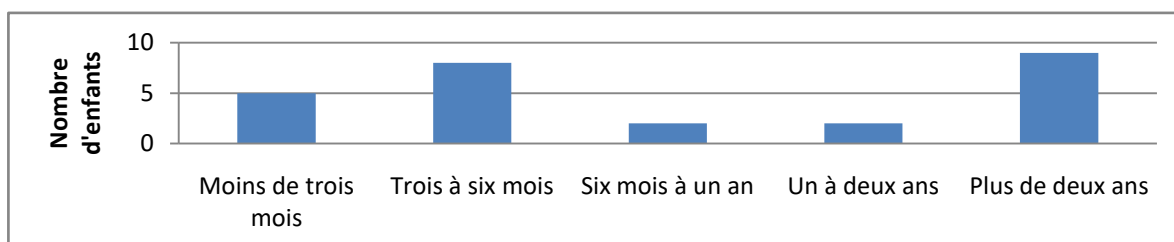


Figure 7 : Durée des difficultés d'endormissement

Au total, **35,8 %**, soit 19 enfants, ont présenté un trouble « insomnie endormissement » tel que décrit dans le DSM V c'est-à-dire d'une durée d'au moins trois mois à une fréquence d'au moins trois fois par semaine.

Le tableau 3 décrit leurs caractéristiques.

Tableau 3 : Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non un trouble « Insomnie d'endormissement »

	Trouble insomnie d'endormissement		p-value
	AVEC (n=19)	SANS (n=34)	
Age actuel (ans)	9,7 (±1,8)	10,4 (±2,6)	
Age d'abandon (ans)	1,5 (±1,5)	2 (±1,7)	p=0,39
Age d'adoption (ans)	4,6 (±1,9)	5 (±1,8)	p=0,20
Genre			p=0,75
- Masculin n (%)	12 (63)	20 (58,8)	
- Féminin n (%)	7 (37)	14 (41,2)	
Continent			p=0,12
- Afrique n (%)	8 (42,1)	6 (17,6)	p=0,05
- Am. du Sud n (%)	4 (21,1)	16 (47)	p=0,08
- Asie n (%)	3 (15,8)	3 (8,8)	p=0,65
- Europe Est n (%)	4 (21,1)	9 (26,4)	p=0,74
Situation familiale			
- Seul n (%)	4 (21)	3 (8,8)	p=0,23
- En couple n (%)	15 (79)	31 (91,2)	
Situation adoptive			
- Seul n (%)	12 (63,2)	22 (64,7)	p=0,91
- En fratrie n (%)	7 (36,8)	12 (35,3)	
Institutionnalisation			
- Oui n (%)	13 (68,4)	25 (73,5)	p=0,75
- Non n (%)	6 (31,6)	9 (26,5)	

IV.6.2 Insomnies de maintien de sommeil (éveils nocturnes)

Les réveils nocturnes étaient considérés comme fréquents par leurs parents chez 37,7 % des enfants, réveils définis comme « nécessitant leur déplacement ou le déplacement de leur enfant dans leur lit ».

Ces enfants se réveillaient en moyenne 1,7 fois par nuit avec des extrêmes compris entre une à « six fois ou plus » par nuit.

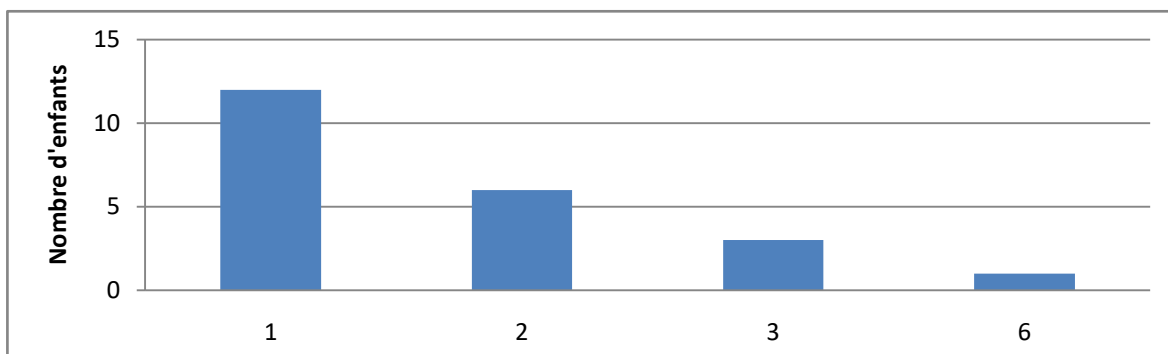


Figure 8 : Nombre d'éveils par nuit

Parmi eux, 70 % se réveillaient tous les jours ou plus de trois fois par semaine. Ces éveils ont cédé dans les six premiers mois après adoption pour 45 % d'entre eux, entre six mois et deux ans pour 40 % d'entre eux et après plus de deux ans pour trois enfants, dont deux qui se réveillaient toujours au moment de l'étude.

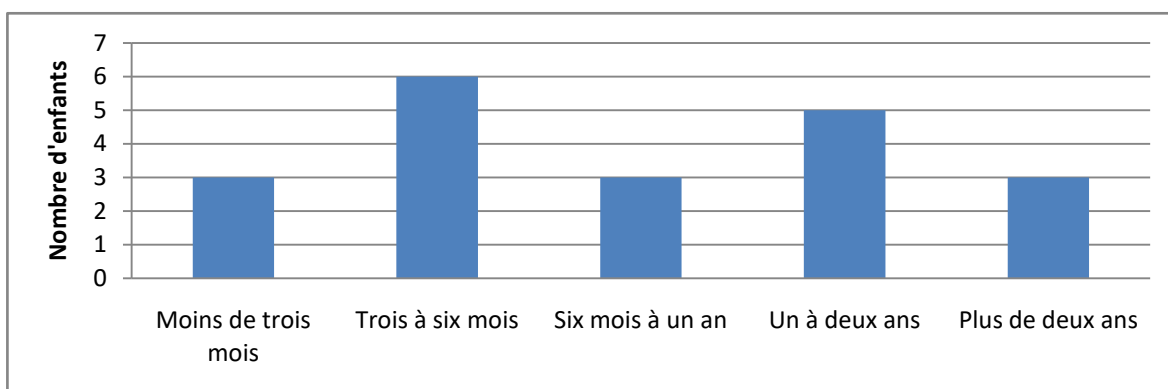


Figure 9 : Durée des éveils nocturnes

Au total, **20,8 %** des enfants de l'étude (onze enfants) ont présenté un trouble « insomnie de maintien du sommeil », d'une fréquence supérieure à trois fois par semaine pendant plus de trois mois.

Le tableau 4 décrit leurs caractéristiques.

Tableau 4: Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non un trouble « éveils nocturnes ».

	Trouble Eveils nocturnes		p-value
	AVEC (n=11)	SANS (n=42)	
Age actuel (ans)	9,4 (±1,7)	10,4 (±2,5)	
Age d'abandon (ans)	1,4 (±1,6)	1,9 (±1,6)	p=0,05
Age d'adoption (ans)	4 (±1,9)	5 (± 1,8)	p=0,03
Genre			
- Masculin n (%)	7 (64)	25 (60)	p=1
- Féminin n (%)	4 (36)	17 (40)	
Continent			p=0,83
- Afrique n (%)	4 (36,4)	10 (23,8)	p=0,45
- Am. du Sud n (%)	3 (27,3)	17 (40,4)	p=0,5
- Asie n (%)	1 (9)	5 (12)	p=1
- Europe Est n (%)	3 (27,3)	10 (23,8)	p=1
Situation familiale			p=0,62
- Seul n (%)	2 (18)	5 (11,9)	
- En couple n (%)	9 (82)	37 (88,1)	
Situation adoptive			p=1
- Seul n (%)	4 (36,4)	15 (34,8)	
- En fratrie n (%)	7 (63,6)	27 (64,2)	
Institutionnalisation			p=0,14
- Oui n (%)	10 (91)	28 (66,6)	
- Non n (%)	1 (9)	14 (33,4)	

IV.6.3 Parasomnies du sommeil paradoxal : Cauchemars

35,8 % des enfants ont, d'après leurs parents, présenté régulièrement des cauchemars les réveillant la nuit, soit dix-neuf enfants. Parmi eux, un tiers présentaient des cauchemars toutes les nuits, 22,2 % « plusieurs fois par semaine sans que ce soit toutes les nuits » et 44,4 % « moins d'une fois par semaine ».

Ils ont cédé dans les six mois suivant l'arrivée pour un peu plus d'un tiers d'entre eux (sept enfants) , entre six mois et deux ans pour un autre tiers (six enfants), et chez un dernier tiers (six enfants) , ils ont duré plus de deux ans. Parmi les six enfants dont les cauchemars ont duré plus de deux ans, trois (pré)-adolescents de 10,11 et 13 ans étaient encore concernés au moment de l'étude.

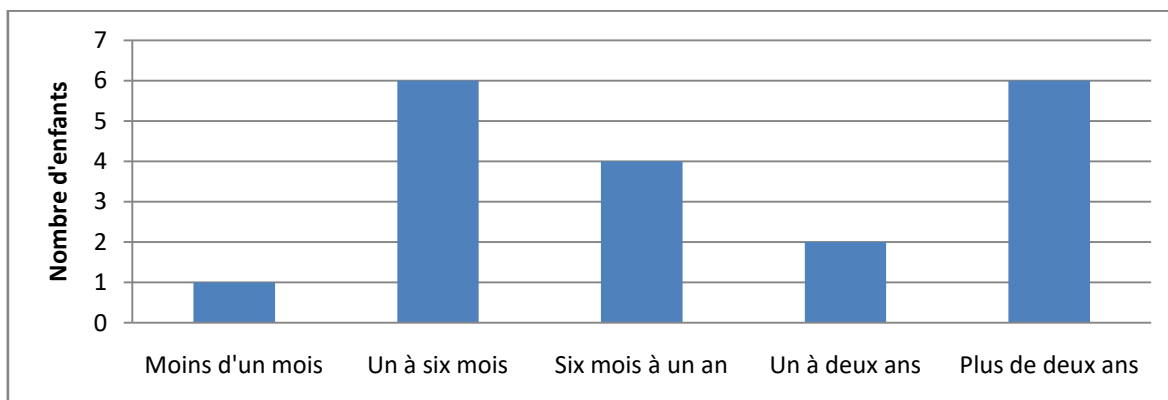


Figure 10 : Durée des cauchemars

22,6 % du total d'enfants, soit douze enfants, ont présenté un « trouble cauchemar persistant », d'une durée supérieure à six mois. Parmi eux, trois enfants, soit 5,6% du total d'enfants ont présenté un trouble cauchemar « grave et persistant » défini par une durée du trouble d'au moins six mois à une fréquence d'au moins un épisode par nuit.

Les thèmes évoqués par les parents des 19 enfants concernés étaient :

- « Violences, guerre et/ou enlèvement et mort de proches » pour 5 enfants
- « Monstres » pour 4 enfants
- « Thème non verbalisé » ou « ne s'en souvient plus » pour 4 enfants
- « Animaux terrifiants » pour 2 enfants

Nous n'avions pas de réponses pour quatre enfants.

Parmi les six enfants chez qui les cauchemars ont duré plus de deux ans ou étaient toujours présents, on retrouvait les cinq enfants dont les thèmes portaient sur des violences ou sur la mort (le sixième n'avait pas précisé le thème).

Le tableau 5 décrit les caractéristiques des enfants dont les parents estimaient qu'ils avaient présenté régulièrement des cauchemars face à ceux n'en ayant pas présenté.

Tableau 5 : Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non des cauchemars

Cauchemars			
	AVEC (n=17)	SANS (n=36)	p-value
Age actuel (ans)	10 (±2,3)	10,3 (±2,4)	
Age d'abandon (ans)	1,7 (±1,6)	1,9 (±1,7)	p=0,24
Age d'adoption (ans)	4,8 (±1,7)	4,8 (±1,9)	p=0,22
Genre			p=0,29
- Masculin n (%)	12 (70,6)	20 (55,5)	
- Féminin n (%)	5 (29,4)	16 (45,5)	
Continent			p=0,08
- Afrique n(%)	3 (23)	11(30,5)	p=0,5
- Am. du Sud n (%)	5 (38,5)	15 (41,7)	p=0,54
- Asie n (%)	1(5,9)	5 (13,9)	p=0,65
- Europe de l'Est n (%)	8 (47)	5 (13,9)	p=0,01
Situation familiale			
- Seul n (%)	2 (11,8)	5 (13,9)	p=0,83
- En couple n (%)	15 (88,2)	31 (86,1)	
Situation adoptive			
- Seul n (%)	10 (58,8)	24 (66,7)	p=0,57
- En fratrie n (%)	7 (41,2)	12 (33,3)	
Institutionnalisation			
- Oui n (%)	13 (76,5)	25 (69,4)	p=0,74
- Non n (%)	4 (23,5)	11 (30,6)	

61,5 % des enfants originaires d'Europe de l'Est ont présenté des cauchemars, 25 % des enfants d'Amérique Latine, 21,4 % des enfants d'Afrique et 16 % des enfants d'Asie. Les enfants d'Europe de l'Est évoquaient comme thématiques aux cauchemars : « monstres et zombi » pour deux enfants, « animaux terrifiants » pour deux enfants, « non verbalisé ou ne s'en souvient plus » pour deux enfants et non répondu pour deux enfants. Les thèmes portant sur la mort de proches concernaient deux enfants venus d'Haïti, et un enfant adopté en République Centrafricaine. Enfin, la maman de deux enfants adoptés en Colombie évoquait chez ses deux fils des cauchemars « en rapport avec des films violents qu'on leur mettait pour les occuper à l'orphelinat ».

IV.6.4 Parasomnies du sommeil lent : terreurs nocturnes

Dans notre étude, **15 %** des enfants ont présenté des terreurs nocturnes, soit huit enfants.

Parmi ces huit enfants :

Trois présentaient des terreurs nocturnes tous les jours ou plus de trois fois par semaine, un enfant était concerné moins d'une semaine par mois mais plus d'une fois par mois et quatre enfants étaient concernés moins d'une fois par mois

75 % des terreurs nocturnes ont duré moins de six mois, et chez le quart restant, elles ont duré un à deux ans. Aucun n'a présenté de terreurs nocturnes pendant plus de deux ans.

Le tableau 6 résume leurs caractéristiques.

Tableau 6 : Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non des terreurs nocturnes.

	Terreurs nocturnes (n=8)	Absence de terreurs nocturnes (n=45)	p-value
Age actuel (ans)	9,6 ($\pm 2,2$)	10,3 ($\pm 2,4$)	
Age d'abandon (ans)	1,3 ($\pm 0,7$)	1,9 ($\pm 1,7$)	p=0,40
Age d'adoption (ans)	3,7 ($\pm 1,7$)	5 ($\pm 1,9$)	p=0,07
Genre			p=0,45
- Masculin n (%)	6 (75)	26 (58)	
- Féminin n (%)	2 (25)	19 (42)	
Continent			p=0,86
- Afrique n (%)	3 (37,5)	11 (24,4)	p=0,42
- Am. du Sud n (%)	2 (25)	18 (40)	p=0,69
- Asie n (%)	1 (12,5)	5 (11,2)	p=1
- Europe Est n (%)	2 (25)	11 (24,4)	p=1
Situation familiale			p=1
- Seul n (%)	1 (12,5)	6 (13,3)	
- En couple n (%)	7 (87,5)	39 (86,7)	
Situation adoptive			p=0,43
- Seul n (%)	4 (50)	30 (66,7)	
- En fratrie n (%)	4 (50)	15 (33,3)	
Institutionnalisation			p=1
- Oui n (%)	6 (75)	32 (71)	
- Non n (%)	2 (25)	13 (29)	

Six enfants sur les huit ayant présenté des terreurs nocturnes ont été adoptés avant l'âge de cinq ans.

IV.6.5 Enurésie nocturne

A leur arrivée, sur les 26 enfants adoptés entre 3 et 5 ans, seuls 47 % étaient propres le jour et la nuit, 30 % l'étaient uniquement le jour et 23 % n'étaient propres ni le jour ni la nuit.

Entre 5 et 8 ans, sur les 24 enfants adoptés dans cette tranche d'âge, 3 enfants n'avaient pas encore acquis la propreté nocturne, soit 12,5 %. Tous avaient acquis la propreté diurne. Les trois enfants adoptés après 8 ans étaient tous propres à la fois le jour et la nuit.

Après l'âge de cinq ans, 26,4 % des enfants ont présenté une énurésie nocturne, soit quatorze enfants. Nous n'avions pas fait la distinction dans le questionnaire entre énurésie primaire ou secondaire ni entre énurésie nocturne isolée et énurésie mixte (diurne et nocturne).

Sur ces quatorze enfants, l'énurésie se produisait tous les jours ou plus de deux fois par semaine pour treize d'entre eux. Elle a duré plus de trois mois pour treize enfants et parmi eux, plus de deux ans pour sept enfants. L'énurésie persistait encore au moment de l'étude chez trois enfants, une fille de 8 ans et deux garçons de 11 et 13 ans.

La figure 11 montre la durée de l'énurésie chez les 14 enfants.

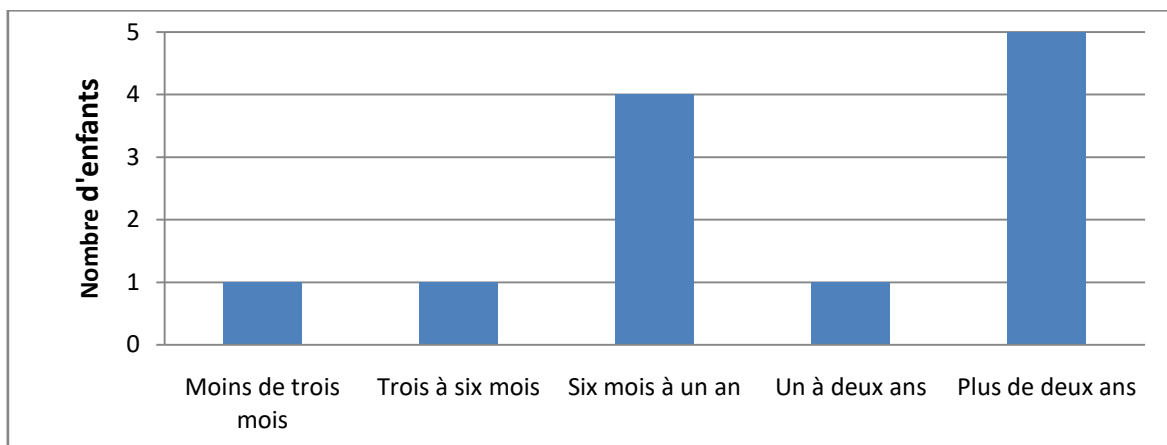


Figure 11 : Durée de l'énurésie nocturne

Ainsi, 13 enfants sur les 14 concernés, soit **24,5 %** du total d'enfants, ont présenté un trouble « énurésie nocturne » tel que défini dans le DSM V, c'est-à-dire d'une durée supérieure à 3 mois à une fréquence d'au moins deux fois par semaine.

Le tableau 7 décrit leurs caractéristiques face à ceux n'ayant pas présenté ce trouble.

Tableau 7 : Caractéristiques des enfants selon qu'ils aient présenté ou non un trouble « énurésie nocturne ».

Trouble Enurésie nocturne			
	AVEC (n=13)	SANS (n=40)	p-value
Age actuel (ans)	9,7 (±1,2)	10,3 (±2)	
Age d'abandon (ans)	1,4 (±1,3)	1,9 (±1,7)	p=0,22
Age d'adoption (ans)	4,2 (±1,2)	5 (±2)	p=0,05
Genre			
- Masculin n (%)	10 (77)	22 (55)	p=0,20
- Féminin n (%)	3 (23)	18 (45)	
Continent			
- Afrique n (%)	6 (46,2)	8 (20)	p=0,08
- Am. du Sud n (%)	3 (15,8)	17 (42,5)	p=0,32
- Asie n (%)	1 (5,3)	5 (12,5)	p=1
- Europe de l'Est n(%)	3 (15,8)	10 (25)	p=1
Situation familiale			
- Seul n (%)	3 (23)	4 (10)	p=0,34
- En couple n (%)	10 (77)	36 (90)	
Situation adoptive			
- Seul n (%)	11 (84,6)	23 (57,5)	p=0,10
- En fratrie n (%)	2 (15,4)	17 (42,5)	
Institutionnalisation			
- Oui n (%)	12 (92,3)	24 (60)	p=0,04
- Non n (%)	1 (7,7)	16 (40)	

Au total, sur l'ensemble des enfants, 77 % (41 enfants) ont présenté au moins l'une des cinq difficultés de sommeil et/ou énurésie lors de leur arrivée. Ce chiffre était de 74 % (39 enfants) si l'on faisait abstraction de l'énurésie et que l'on considérait seulement les insomnies et parasomnies.

IV.7 Environnement de sommeil

Pour ceux qui y ont été confrontés, et dont les parents ont répondu (n=34), les difficultés liées au sommeil et/ou à l'énurésie sont apparues alors que les enfants dormaient :

- Pour 76,5 % d'entre eux, uniquement dans leur chambre dans laquelle ils dormaient seuls (n= 26).
- Pour 11,8 % dans leur chambre dans laquelle ils dormaient seul et dans un lit installé dans la chambre parentale (n= 4).
- Pour deux enfants dans une chambre partagée avec frères et sœurs.
- Pour deux enfants dans leur chambre seule mais aussi dans le lit parental.

Selon les parents, les facteurs environnementaux qui différaient significativement entre l'environnement de sommeil de l'enfant dans son pays d'origine et celui en France étaient (sur les 53 enfants):

- Le nombre d'enfants dans la chambre pour 77 % d'entre eux (n= 41)
- La température pour 56 % d'entre eux (n= 20)
- Le bruit pour 32 % d'entre eux (n= 17).
- Les conditions de couchage pour 30 % d'entre eux (n= 16).
- Le nombre d'enfants dans le même lit pour 26 % d'entre eux (n= 14).
- La luminosité pour 11 % d'entre eux (n= 6).

IV.8 Prise en charge et répercussions des troubles du sommeil

Les stratégies mises en place par les parents pour améliorer le sommeil de leur enfant étaient:

- La mise en place de nouveaux rituels lors du coucher (n=34)
- Laisser une veilleuse allumée (n=33)
- Lui laisser un objet « transitionnel » : tissu, doudou, peluche (n=23)
- Rester à côté de lui jusqu'à ce qu'il s'endorme (n=19)
- Le faire dormir dans la chambre parentale dans son lit (n=9)
- Modifier ses horaires de coucher et/ou de lever (n=5)

- Le faire dormir dans le lit des parents (n=6).
- Modifier ses conditions de couchage par exemple lui installer un matelas au sol (n=2).
- Modifier l'horaire ou la durée des siestes (n=2)
- Par « autre » les parents ont répondu: « le rassurer beaucoup », « mettre des coussins autours en raison de balancements importants » « mettre son lit en hauteur (mezzanine) pour un sentiment de sécurité », « un baby-phone cam », « laisser la porte ouverte », « ablation des amygdales et des végétations », « m'éloigner progressivement en répondant oralement à ses appels », « poupée anti-cauchemars » ou encore « un peu tout essayé ! ».

Les stratégies parentales seules ont permis la disparition des difficultés de sommeil selon 77,3 % des parents. Elles n'ont que partiellement fonctionné pour 13,2 % d'entre eux et 9,5% d'entre eux n'y ont vu aucune amélioration.

13,2 % ont consulté un médecin pour des problèmes de sommeil concernant leur enfant (n=7).

Parmi eux :

- Trois ont consulté exclusivement leur médecin généraliste
- Deux ont consulté un pédopsychiatre
- Un a consulté à la fois médecin généraliste et pédiatre
- Un a consulté à la fois médecin généraliste et pédopsychiatre

La prise en charge par les médecins de ces difficultés de sommeil a été :

- La mise en place d'un traitement par phytothérapie ou homéopathie chez 4 enfants
- Ostéopathie pour 2 enfants
- La mise en place d'une psychothérapie individuelle pour un enfant
- La mise en place d'une psychothérapie parent-enfant pour un enfant
- Aucun n'a prescrit de traitement médicamenteux autre qu'homéopathique

Chez les enfants ayant eu des difficultés de sommeil (n= 37), les répercussions familiales ont été :

- Négligeables ou mineures pour 63,5 % (n= 25)
- Modérées pour 19 % (n= 7)
- Significatives ou importantes pour 13,5 % (n= 5)

Au moment de l'étude, 94,3 % des parents estimaient que leur enfant dormait « plutôt bien ». Ainsi seuls trois enfants étaient considérés par leurs parents comme ayant un sommeil de mauvaise qualité à la fin de l'étude (aux âges de 11,10 et 9 ans) et respectivement arrivés à 6, 4 et 3 ans.

Pour le premier il était précisé « problèmes d'endormissements tardifs », pour la seconde « elle a encore des périodes où elle se réveille, une fois par nuit et a des difficultés à se rendormir seule », et pour le troisième « il met deux heures à s'endormir mais ces problèmes n'étaient pas présents initialement. Ils sont arrivés vers l'âge de six ans. Il cogite pas mal, se pose des questions sur la mort ou ce qu'il a fait en journée ».

V. Discussion

V.1 Discussion méthodologique

V.1.1 Forces de l'étude

La principale force de cette étude reposait sans aucun doute sur son originalité. Notre étude rétrospective a permis d'évaluer la prévalence et la durée de chaque trouble de sommeil, ce qui n'avait pas été fait auparavant. Elle a également permis de mettre en exergue certains traits associés à la survenue ou à la persistance des troubles chez ces enfants.

D'autre part nous avons utilisé une classification internationale (le DSM V) pour définir chaque trouble de sommeil et le choix des variables à étudier a lui aussi été fait en fonction de la littérature internationale existante. Il s'agissait de facteurs dont certains étaient propres à l'adoption (l'âge d'abandon, l'âge d'adoption, le vécu en institution) et qui sont habituellement utilisés dans les études portant sur la santé psychique des enfants adoptés, le plus souvent couplés à la recherche de troubles développementaux ou comportementaux.

V.1.2 Faiblesses de l'étude

Ce travail reposait sur une étude rétrospective et monocentrique. Son niveau de preuve scientifique était par définition faible (niveau de preuve 4_ Grade C).

L'utilisation d'un questionnaire impliquait une appréciation subjective de la part des parents. Lors d'une étude portant sur les troubles de sommeil, les seules analyses réellement objectives reposent sur l'actimétrie ou la polysomnographie (même si, chez l'enfant ces techniques sont considérées comme lourdes, onéreuses et peu utiles (58)).

De plus, la diffusion par questionnaire informatisé ne garantissait pas un taux de réception à 100 %. Parmi les parents contactés préalablement par téléphone, plusieurs m'ont recontacté en disant ne pas avoir reçu le mail (qui se trouvait dans les « spams »). Ceci expliquerait sans doute le taux de réponse un peu plus élevé parmi ceux contactés préalablement par téléphone par rapport au groupe « e-mails ».

Enfin, la plus grosse faiblesse de notre étude était sans nul doute son manque de puissance lié à un faible nombre de participants (53 enfants). Il est très probable qu'une étude de plus grande ampleur mette en évidence des associations statistiques là où nous n'en avons pas trouvé.

V.1.3 Limites et biais

V.1.3.1 Biais de sélection

Biais de recrutement : La population d'enfants à inclure était uniquement composée de ceux passés au moins une fois par la COCA de Toulouse Purpan. L'étude monocentrique ne permettait pas de généraliser nos résultats.

Répondants/non-répondants : Les réponses au questionnaire étaient basées sur le volontariat. Il est très probable que les parents les plus concernés par les troubles de sommeil de leur enfant aient été plus nombreux à répondre. Nous avons tenté de limiter ce biais en les invitant à y répondre même s'ils n'avaient pas été concernés par ces difficultés.

V.1.3.2 Biais de mesure (ou d'information)

Biais de mémorisation : Il s'agissait d'une étude rétrospective, et pour certains parents, nous leur avons posé des questions précises en termes de fréquence et de durée sur des événements survenus plusieurs années auparavant (entre deux et sept ans). Il est possible qu'ils aient sur ou sous-estimé les troubles et/ou leur durée.

V.1.3.3 Biais de confusion

L'analyse à la recherche d'associations statistiques était univariée et ne permettait pas de prendre en compte tous les facteurs. Une analyse multi-variée aurait permis de limiter les facteurs confondants.

V.2 Discussion des résultats

V.2.1 Prévalence des troubles de sommeil

V.2.1.1 Troubles du coucher et de l'endormissement

Coucher et endormissement sont les voies de passage de la vie éveillée et de la relation avec autrui au sommeil et à la vie onirique. Ils nécessitent, pour bien se passer, que l'enfant accepte de désinvestir le monde extérieur pour se laisser aller au sommeil. Cela suppose d'une part qu'il n'ait pas de trop fortes angoisses de séparation et d'autre part, qu'il ne craigne pas trop sa vie onirique (64).

Dans notre étude, 49 % ont présenté des difficultés à s'endormir et 35,8 % un trouble insomnie d'endormissement. Ces chiffres étaient comparables à ceux annoncés par *A. De Truchis et P. Foucaud* (15), de l'ordre de 50% de difficultés d'endormissement à l'arrivée. En population générale, 12 % à 17 % des enfants de six ans à douze ans souffrent d'insomnie régulièrement (*Owens, 2000*) (65).

Comme l'on pouvait s'y attendre, les difficultés semblaient traduire une anxiété de séparation. Un seul enfant avait une attitude d'opposition au coucher, mais pour les autres il s'agissait de symptômes phobiques, de longs rituels à visée de réassurance, et de difficultés à se séparer de leurs parents lors du coucher. Chez les adoptés, l'angoisse de séparation est souvent exacerbée par la réalité de l'abandon initial. Ces enfants adoptent une certaine insécurité affective face à des situations normalement peu anxiogènes car ils craignent de ne pas revoir leur figure d'attachement au réveil.

Plusieurs parents ont souligné ces difficultés de séparation lors du coucher : « il ne voulait pas rester seul la nuit dans sa chambre et nous rejoignait dans notre lit, mais avait peur du couloir qui était noir », « elle avait peur qu'on revienne la chercher », ou encore « il était angoissé et avait peur de passer la nuit seul jusqu'à au moins huit ans. Encore aujourd'hui, à onze ans, passer la nuit dans une « autre maison » est une source d'angoisse ».

Les difficultés d'endormissement ont cédé dans les six premiers mois pour la moitié des enfants concernés initialement. Pour neuf enfants, les difficultés à l'endormissement ont duré plus de deux ans. *De Truchis et Foucaud* (15) rapportaient un chiffre de 35 % de difficultés de sommeil un an après l'arrivée, tous âges confondus.

Parmi les neuf enfants pour lesquels les troubles avaient duré ou duraient depuis plus de deux ans, des précisions apportés par certains parents lors des questions ouvertes et la lecture des courriers initiaux nous ont permis de mettre en évidence :

- Un passé traumatique pour au moins l'un, voire deux d'entre eux (enfants 16 et 48) :

Concernant le premier, « Il souffrait d'un nanisme psycho-social, à cinq ans je l'habillais en 18 mois [...] il avait d'affreuses cicatrices sur les fesses ». Au moment de l'étude, à onze ans, il « laissait toujours sa porte ouverte » pour s'endormir. Cet enfant souffrait également de cauchemars récurrents associés à une énurésie nocturne primaire durable et quotidienne. Concernant la deuxième enfant, le dossier ne le dit pas explicitement mais précise que cette enfant avait « refusé de parler de son histoire antérieure à l'adoption », « n'avait pas souhaité se déshabiller lors de l'examen clinique » et portait une « cicatrice ancienne qu'elle attribuait à une brûlure » sur la seule partie visible de son corps. Les difficultés de sommeil étaient toujours présentes au moment de l'étude, à 11 ans, et portaient uniquement sur l'endormissement.

D'après l'étude menée en 2015 par Enfance et Familles d'Adoption (EFA), 30 % des enfants adoptés avaient subi des maltraitances (51). Selon *A. Doumic* (62), les troubles secondaires à un traumatisme portent surtout sur l'endormissement. « L'enfant ne veut pas

être séparé de son entourage et principalement de sa mère. Il ne veut s'endormir qu'avec elle et souvent dans son lit ».

Plusieurs études ont montré une corrélation entre une histoire de maltraitance et l'apparition de troubles de sommeil (66, 67), de l'ordre de 50 % chez des enfants de 5 à 12 ans anciennement maltraités vs 12 % chez les témoins. D'après ces auteurs, les troubles de sommeil étaient encore plus importants chez ceux ayant subi des abus sexuels et portaient principalement sur l'endormissement.

- Des troubles neuro-développementaux pour au moins deux d'entre eux (enfants 4 et 11): dans le cadre d'un Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) pour le premier et de troubles de la communication pour le second (surdité bilatérale).

Il faut noter que le premier enfant était traité par traitement psychostimulant (Méthylphenidate, Ritaline[®]), ce qui pouvait favoriser la survenue de troubles de sommeil, tout comme la pathologie sous-jacente (TDA/H ?). Les difficultés d'endormissement et les éveils étaient déjà décrits dans le courrier initial de la COCA en 2012. Cet enfant faisait partie des trois enfants que les parents décrivaient comme ayant encore un mauvais sommeil au moment de l'étude avec des répercussions familiales importantes.

Rajaprakash et al., dans leur étude sur 48 enfants adoptés au Canada et âgés de 2 à 10 ans, ont montré un taux plus élevé de troubles du sommeil parmi les enfants ayant des comportements d'inactivité-hyperactivité (ils avaient exclus les enfants TDA/H déjà diagnostiqués) (16). Quant à *A. De Truchis et P. Foucaud*, ils avaient constaté plus de troubles de sommeil chez les enfants atteints de SAF (15).

Pour le second enfant, la difficulté de ne pouvoir communiquer a possiblement pu favoriser les troubles de sommeil et ce d'autant que lors de son arrivée en France, il ne bénéficiait pas d'appareillage auditif. De plus, il a fallu du temps pour mettre en place la langue des signes. Selon sa maman « les journées étaient plutôt tranquilles mais les tensions et peurs ressortaient la nuit, avec la difficulté pour lui de ne pas pouvoir verbaliser ses peurs, cauchemars et autres angoisses ». « Pendant plusieurs mois, il se levait dans la nuit et me rejoignait pour finir la nuit ». Cet enfant a également souffert d'énurésie à la fois diurne et nocturne et de terreurs nocturnes un an après son arrivée, et ce pendant près de deux ans (entre ses 4 ans et ses 6 ans). Cet épisode de terreurs nocturnes était décrit comme « long et violent ». Quant à l'énurésie, l'atteinte centrale (hémiparésie séquellaire à une infection congénitale à CMV) pouvait expliquer sa survenue diurne et nocturne (probable vessie neurologique).

D'après *H. De Leersnyder*les, les troubles du sommeil surviennent chez plus de 75 % des enfants porteurs d'un handicap neuro-développemental et constituent l'une des plaintes les plus fréquemment rapportées par les familles (68). L'auteur l'explique par « des difficultés à s'exprimer » pour certains, « des angoisses très archaïques dont on imagine qu'elles empêchent l'endormissement et les réveillent la nuit » ou encore par une dépendance aux adultes, « les relations père-mère-enfant étant souvent fusionnelles, d'où la difficulté à s'endormir, le sommeil étant obligatoirement un moment de solitude ».

V.2.1.2 Eveils nocturnes

Plus d'un tiers des enfants ont présenté des éveils nocturnes dont 1/5 du total avec les caractéristiques d'un trouble de sommeil. Ce trouble semblait moins fréquent mais surtout moins persistant que les problèmes d'endormissement puisque, si là aussi près de la moitié des éveils nocturnes cédaient dans les six mois, seuls 15 % d'entre eux avaient duré plus de deux ans ou duraient encore au moment de l'étude, soit 5,6 % des enfants au total.

En population générale, les éveils nocturnes sont également moins fréquents que les problèmes d'endormissement. Les éveils nocturnes, tout comme les difficultés d'endormissement sont souvent liés à une anxiété qu'elle soit maternelle ou propre à l'enfant (69) et ces facteurs peuvent être liés. Par exemple, l'anxiété de séparation de l'enfant peut résulter en partie d'une attitude surprotectrice de la part du parent. Les mères anxieuses, qui présentent souvent des représentations d'attachement insécurisantes deviendraient plus anxieuses au moment de mettre leur enfant au lit et adopteraient des pratiques inconstantes qui les maintiennent proches de leur enfant, afin de calmer leur propre anxiété. En répondant davantage à leurs besoins qu'à ceux de l'enfant, elles pourraient susciter de l'insécurité et même de l'anxiété chez l'enfant au moment du coucher.

Deux enfants se réveillaient toujours la nuit au moment de l'étude, respectivement trois et quatre ans après leur arrivée en France. Elles avaient pour point commun d'être deux filles de huit ans, et de bénéficier toutes les deux d'un suivi psychothérapeutique.

Ces enfants présentaient également toutes deux des troubles neuro-développementaux :

Des « traits autistiques » pour la première : d'après les études, les troubles du sommeil touchent entre 45 et 86 % des enfants atteints de Troubles du Spectre Autistique (TSA), soit au moins deux fois plus que les enfants tout-venant (70). Il s'agirait principalement de difficultés d'endormissement, d'éveils nocturnes mais aussi d'un temps total de sommeil diminué.

Une pathologie à priori « à besoin spécifiques » sans autres précisions, mais nécessitant un suivi orthophonique et psychomoteur pour la seconde. Pour cette enfant, les éveils étaient jusqu'à « six fois par nuit » et accompagnés de rythmies de sommeil. Dans le courrier initial de 2015 étaient déjà notés des réveils nocturnes, de l'ordre de deux ou trois par nuit, accompagnés de mouvements rythmiques, sans difficultés d'endormissement associées. « Elle n'appelle pas, ne se lève pas, mais se balance sur le côté. Ces balancements réveillent sa mère qui vient auprès d'elle et l'enfant se rendort rapidement ».

Ces mouvements rythmés sont particulièrement fréquents chez les enfants adoptés, et plus généralement chez les enfants carencés dans la petite enfance, qui plus est s'ils ont été élevés en collectivité (58). En population générale, la prévalence des rythmies de sommeil est de 8 % à l'âge de 4 ans (71). Elles peuvent prendre la forme de balancements réguliers de la tête, voire de tout le corps. Dans le cas des enfants adoptés, il s'agit le plus souvent de processus auto-calmands nécessaires aux enfants carencés pour s'endormir (15), au même titre que l'auto-stimulation, les tétages, ou encore la masturbation. Ces balancements ne doivent pas inquiéter les parents bien qu'ils puissent dans certains cas s'inscrire un tableau clinique plus préoccupant (TSA par exemple) (71). Ils seraient particulièrement fréquents chez les enfants du bloc de l'Est et pourraient persister dans certains cas plusieurs années après l'adoption. Dans notre étude, les enfants concernés étaient effectivement originaires de ces pays (Ukraine et Bulgarie).

V.2.1.3 Cauchemars

35,6 % ont présenté des cauchemars à l'arrivée. *Shang et al.* (72) retrouvait une prévalence à vie de cauchemars pour des enfants de quatre à neuf ans de 49 % lorsque les données étaient fournies par les parents. Ces taux étaient plus élevés si l'on interrogeait les enfants (75 à 81 % entre 4 et 12 ans).

La prévalence des cauchemars de sévérité « moyenne » ou « grave », c'est-à-dire d'au moins un épisode par semaine, était de 18 % dans notre population. *Smedje et al.* (73) retrouvaient en population générale un taux de 3 % chez les enfants de cinq à sept ans et jusqu'à 19 % chez les enfants de neuf à onze ans.

Ils ont duré plus de deux ans chez six enfants dont trois chez qui ils duraient encore au moment de l'étude. Parmi les six enfants qui ont présenté des cauchemars pendant plus de deux ans, on retrouvait les cinq enfants de l'étude qui avaient décrit au moins un thème particulièrement violent aux phénomènes oniriques « enlèvement, guerre et/ou mort de proches », ce qui laissait penser que ces cauchemars pouvaient possiblement s'intégrer dans le cadre d'un stress post-traumatique. « Dans le cas d'ESPT, les rêves répétitifs

contiennent plus de menaces, les menaces sont plus sévères et ont des conséquences plus importantes que dans les rêves d'enfants qui n'ont pas été traumatisés » (74). Comme nous l'avions vu en introduction, 60 % des enfants adoptés à l'étranger en France après cinq ans avaient, à différents degrés, connu un passé traumatique et 75 % parmi ceux adoptés après huit ans (47). Tous n'ont cependant pas fait de cauchemars. Il semblerait alors que la façon dont l'enfant a vécu l'événement stressant importe plus que la présence de l'événement en tant que tel, hormis dans les cas d'événements traumatiques majeurs qui seraient, eux, à l'origine d'un stress post-traumatique.

V.2.1.4 Terreurs nocturnes

La prévalence des terreurs nocturnes dans notre population (15 %) était supérieure à celle généralement décrite en population générale (1 à 3 % chez l'enfant d'âge scolaire et jusqu'à 6 % chez l'enfant d'âge préscolaire) (75). Ces résultats corroboraient une étude antérieurement effectuée sur les adoptés (13).

Ce trouble survenait à une fréquence peu élevée et durait rarement au-delà d'un an, hormis pour deux enfants. La littérature indique qu'il n'y a pas d'association entre les parasomnies liées au sommeil lent dans l'enfance et une quelconque psychopathologie (55).

V.2.1.5 Enurésie nocturne

Un certain nombre d'enfants n'avaient pas acquis la propreté à un âge normal lors de leur arrivée. A trois ans, en France, 78 % des enfants sont propres le jour et la nuit *vs* 47 % dans notre population. Ces chiffres étaient attendus. Le taux d'énurésie est élevé dans les orphelinats et en institution (5), ce qui est probablement en rapport avec les conditions d'éducation de la propreté. De par son expérience clinique auprès des enfants adoptés à l'étranger, *A. De Truchis* (15) nous indiquait que l'énurésie nocturne primaire s'accompagnait d'énurésie diurne lorsque l'apprentissage de la propreté avait été forcé à la pouponnière.

Après l'âge de cinq ans, dans notre étude, 25 % ont été énurétiques la nuit. En population générale, la prévalence de l'énurésie nocturne a été évaluée par une étude Québécoise de 2006 (69) à 20,6 % à cinq ans puis 15,6 % à six ans et 11,7 % à huit ans. Ces taux étaient moindres dans l'enquête « Pipi au lit »-Sofres de 1997 (76) : 16 % des enfants de cinq ans, 10 % des enfants de sept ans et 2 à 3 % des adolescents de douze à quatorze ans.

Chez les enfants adoptés, l'énurésie nocturne peut dans certains cas être secondaire à une période de propreté et s'intégrer à une phase de régression (9). Cette phase de régression serait un précurseur aux liens d'attachement et serait nécessaire à la vérification de la sincérité de l'affection offerte (16). Cependant, dans notre étude, l'énurésie persistait au-

delà de deux ans pour 13 % des enfants au total dont trois enfants qui étaient toujours énurétiques à 8,11 et 13 ans. En population générale, entre onze ans et quatorze ans, 3 % des adolescents seraient énurétiques la nuit (étude ENUMERE 2007) (77). Ce chiffre à l'adolescence était donc proche dans notre population d'enfants adoptés, ce qui nous laissait penser que l'énurésie, bien que fréquente à l'arrivée, rentrait dans l'ordre de façon comparable aux enfants « tout-venant ».

Pour les deux garçons de onze et treize ans, l'énurésie durable était associée à des cauchemars persistants. Le premier était l'enfant 16 sus-cité qui présentait également des difficultés d'endormissement et des cauchemars, dans un contexte de passé carenciel et de négligence/maltraitance. Le second était simplement décrit sur le courrier initial comme « réservé, qui va très peu s'exprimer ou d'une voix chuchotée ».

Dans les cas d'énurésie, il faut évoquer les facteurs génétiques, impossibles à déterminer chez les enfants adoptés, l'immaturité vésicale lorsqu'il y a aussi des fuites diurnes, une diminution des capacités d'éveil, mais aussi le fonctionnement familial, notamment lorsque les interactions sont marquées par des préoccupations anxieuses ou des exigences éducatives fortes.

Dans les cas d'énurésies durables, on doit également évoquer :

- Les satisfactions régressives : dans les énurésies durables, les satisfactions pulsionnelles sont un élément constamment retrouvé et pour la plupart des auteurs, l'enfant, consciemment ou non, tiendrait à garder son symptôme. Ces satisfactions régressives peuvent être en lien avec « le contact de l'urine sur la peau, le sentiment de plein et de vide, ou encore les soins corporels et le rapprochement à la mère que le symptôme permet ». Il peut être aussi l'occasion d'autres bénéfices secondaires variés, « obtenus par le maintien de l'enfant énurétique dans une position de petit enfant au sein des relations familiales » (70).

- La personnalité de l'enfant énurétique : De très nombreux facteurs psychiques ont été décrits dans l'étiologie de l'énurésie : immaturité, timidité, agressivité... Ils ne sont cependant pas spécifiques. *M. Gerard* différencie les personnalités énurétiques selon le sexe : il y décrit des garçons craintifs, passifs, dépendants et des filles ambitieuses, aimant la compétition et l'indépendance (78). *A. Doumic* note également chez les petites filles énurétiques une tendance à l'opposition et à la revendication masculine, mais décrit aussi des adolescentes chez qui l'énurésie s'inscrit dans un contexte de passivité globale. En fait, le plus souvent les particularités psychologiques de l'enfant énurétique seraient extrêmement banales : une certaine émotivité ou une anxiété pouvant se traduire très

diversement par une timidité, une sensibilité aux aléas de la vie, des réactions phobiques, des conduites ritualisées, voire des troubles du sommeil (terreurs nocturnes, cauchemars).

V.2.2 Durée des troubles

Les cas de troubles de sommeil persistant au-delà de deux ans après l'arrivée étaient relativement fréquents pour les problèmes d'endormissement (17 %), l'énurésie (13,2 %) et les cauchemars (11 %). Ils l'étaient beaucoup moins pour les éveils nocturnes (5,7 %) et les terreurs nocturnes (aucun enfant concerné).

Les descriptions cliniques ci-dessus nous laissaient penser que les cas d'insomnies durables concernaient en priorité les enfants porteurs de troubles neuro-développementaux (SAF, TDA/H, TSA par exemple) ou ayant eu un passé particulièrement traumatisant, même si cela ne semblait pas toujours être le cas (ou du moins non mentionné par les parents ou le dossier). Le passé traumatique pouvait aussi s'inscrire dans la répétition de cauchemars et, peut-être, dans certains cas d'énurésies durables.

V.2.3 Corrélation entre les troubles du sommeil et les paramètres étudiés

V.2.3.1 Age d'abandon

Dans les travaux évoqués en introduction, nous avons vu que la conception de départ considérait que l'impact d'une rupture avant l'âge de six mois semblait de moindre importance qu'au-delà. Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence d'association statistique entre un âge d'abandon tardif et l'apparition de troubles de sommeil. Au contraire, les éveils nocturnes étaient plus fréquents chez des enfants séparés tôt de la famille de naissance (moyenne 17,7 vs 23 mois) ($p=0,05$). Cette association pouvait tout aussi bien être due à un biais (biais de confusion) puisque les enfants séparés tôt étaient aussi ceux qui, souvent, avaient été adoptés à un âge plus jeune. Or, les enfants adoptés plus jeunes (4ans vs 5ans) avaient présenté significativement plus d'éveils nocturnes ($p=0,03$). Chez tous les enfants, les éveils nocturnes sont plus fréquents lorsqu'ils sont jeunes puis disparaissent progressivement avec l'âge (un enfant sur trois à trois ans, 10 % à cinq ans) (79).

V.2.3.2 Age d'adoption

Dans notre étude, un âge d'adoption précoce était associé à un plus grand nombre d'éveils nocturnes à l'arrivée ($p=0,03$), d'énurésie nocturne ($p=0,05$) et une propension aux terreurs nocturnes ($p=0,07$). L'âge à l'arrivée ne montrait de différence significative ni pour les troubles liés à l'endormissement ($p=0,20$) ni pour les cauchemars ($p=0,22$).

Concernant l'énurésie, les études longitudinales sur l'histoire naturelle de l'énurésie ont montré qu'elle diminuait de 15 % par an après l'âge de cinq ans (80).

Concernant la prévalence des terreurs nocturnes, ces résultats étaient attendus : elles sont plus fréquentes chez les enfants jeunes (6 % à l'âge pré-scolaire, de 1 à 3 % chez les enfants d'âge scolaire) (75). De plus, une étude sur des enfants placés en familles d'accueil (66) avait montré qu'un placement à un âge plus jeune était corrélé à un plus grand nombre de parasomnies et à une durée totale de sommeil plus courte.

V.2.3.3 Genre

Les garçons étaient, au vu des chiffres, proportionnellement plus nombreux à présenter une énurésie nocturne sans que cette différence ne soit statistiquement significative ($p=0,20$). Ceci est sans aucun doute lié au faible nombre de participants et donc à une faible puissance de l'étude. La plupart des études en population générale montrent un taux d'énurésie nocturne plus élevé chez les garçons que chez les filles (5) de l'ordre de deux garçons pour une fille. On ne retrouvait aucune association statistique entre le genre et les autres troubles de sommeil.

En population générale, il n'y aurait pas de différence entre les deux sexes concernant la prévalence des cauchemars dans l'enfance, et ce, jusqu'à l'adolescence où ils seraient alors prédominants chez les filles (81). En revanche, selon *C. Chiland et S. Levobici* (82), les garçons présenteraient plus de terreurs nocturnes (sex-ratio 1,80), et plus de troubles du sommeil dans leur ensemble (sex-ratio 1,70). En outre, les garçons seraient surreprésentés dans les files actives de pédopsychiatrie, de l'ordre de 1,62 selon ces mêmes auteurs.

Selon *H. Belleau et F.R. Ouellette* (30), il semblerait aussi que les garçons, tous groupes d'âge confondus, développent une relation moins sécurisée que les filles avec leurs parents adoptifs, sans que cette différence ne soit liée au pays d'origine ou à l'âge des enfants à l'adoption.

V.2.3.4 Origine géographique

Dans notre étude, les troubles liés à l'endormissement touchaient en premier lieu les enfants Africains ($p=0,05$), qui semblaient également plus nombreux à présenter des troubles énurétiques ($p=0,08$). Les enfants d'Europe de l'Est étaient plus nombreux à présenter des cauchemars que les autres ($p=0,01$). Enfin, les enfants Sud-Américains semblaient relativement peu touchés par les problèmes d'endormissement ($p=0,08$) et ce notamment en comparaison aux enfants Africains ($p=0,03$).

Concernant la survenue de cauchemars chez les enfants d'Europe de l'Est :

On remarquait que ces enfants avaient été adoptés tardivement (moyenne 5,6 ans) et avaient passé beaucoup de temps en institution (43 mois en moyenne). D'autre part, les cauchemars, bien que fréquents, semblaient d'une moindre intensité (les thématiques évoquées étaient rarement violentes) et duraient rarement dans le temps (moins d'un an pour les trois quart d'entre eux). Ces conclusions ne sont bien sûr pas généralisables (échantillon de 13 enfants d'Europe de l'Est).

En l'absence d'étude comparable, nous ne pouvons savoir si cette tendance aux cauchemars chez ces enfants d'Europe de l'Est était le fait du hasard ou non. La littérature nous indique en revanche que les enfants adoptés issus de l'ex-union soviétique sont en moyenne plus sujets aux retards de développement et aux troubles du comportement que les autres. *Gunnar et al.* (83) l'expliquaient par la forte prévalence de mères alcooliques (ou autres abus de substance) dans cette population, l'exposition du fœtus à l'alcool ou autres toxiques le rendant plus vulnérable à des troubles psychologiques.

Concernant la survenue de difficultés d'endormissement chez les enfants Africains :

Les changements d'environnement de sommeil entre leur pays d'origine et la France étaient sans aucun doute plus marqués chez ces enfants Africains :

- Concernant les conditions de couchage, le fait de passer d'une natte à un lit, de plusieurs enfants dans le même lit à un seul enfant par lit, ou d'un dortoir bruyant à une chambre seule (84) a pu être une source d'anxiété pour l'enfant et a pu venir troubler l'endormissement.

- Concernant les pratiques de maternage, la culture occidentale favorise une interaction distale impliquant la prédominance du regard et de la voix contrairement aux sociétés extra-occidentales qui favorisent le toucher. Ceci passe notamment par le portage des nourrissons sur le dos et la pratique d'un co-sleeping culturel (pratiqué également en Asie) (85, 86).

Rajaprakash et al (16) ont par exemple montré des niveaux plus élevés de résistance au coucher chez les enfants adoptés à l'international par rapport aux enfants adoptés dans le pays (Canada). Une étude antérieure (87) avait déjà suggéré que les difficultés d'endormissement étaient plus fréquentes lorsque les enfants provenaient de pays où l'on ne dormait pas de manière indépendante.

En outre, les enfants Africains de notre échantillon étaient les plus jeunes au moment des troubles, à l'arrivée, en moyenne 4,2 ans. Ils avaient tous été adoptés seuls par rapport à des enfants Sud-Américains adoptés principalement avec leurs frères et sœurs. Ils étaient

majoritairement de sexe masculin (population mixte parmi les Sud-Américains) et étaient issus de huit pays différents, ce qui ne permettait pas d'en tirer une conclusion univoque.

Aussi, il se peut que ce soit le cumul de plusieurs de ces facteurs qui ait majoré le risque d'insomnie dans notre population d'enfants Africains, puisque, pris isolément, ces facteurs n'étaient pas significativement prédictifs d'un plus grand risque d'insomnie. L'âge jeune des enfants Africains à l'adoption pouvait aussi expliquer leur tendance à avoir présenté plus d'énurésie ($p=0,08$), et ce, d'autant que le DSM V décrit des taux de prévalence en population générale normalement très proches dans l'ensemble des continents.

Dans tous les cas, il paraît difficile de conclure en l'absence d'analyse multi-variée prenant en compte l'ensemble des facteurs.

Concernant la relative immunité des enfants Sud-Américains face aux troubles de sommeil :

On pouvait remarquer qu'ils étaient ceux qui avaient vécu le moins de temps sans référent sécuritaire (24 mois), mais aussi ceux qui avaient passé le plus de temps avec leur famille biologique (moyenne 30 mois). La majorité avait été élevée en familles d'accueil (65 %), et lorsque qu'ils avaient vécu en orphelinat, ils y avaient donc passé moins de temps que les autres.

Dans la littérature, selon l'expérience clinique des douze dernières années d'*A. De Truchis et P. Foucaud* à la COCA de Versailles, c'étaient les enfants Asiatiques qui étaient les plus susceptibles de présenter des troubles de sommeil notamment pour ce qui était des troubles liés à l'endormissement (15). Les enfants Asiatiques étaient aussi selon eux ceux dont les troubles étaient les plus persistants dans le temps. Ils l'expliquaient par, peut être, la pratique d'un co-sleeping culturel en Asie ainsi que l'impression clinique qu'il y avait un certain nombre de « petits dormeurs » parmi les enfants Asiatiques, sans que l'on puisse parler de troubles de sommeil.

Les enfants Asiatiques étaient sous-représentés dans notre étude (6 enfants soit 11,3 %), et d'une manière globale, parmi la tranche d'âge des plus de trois ans vus à la COCA (14 % des 3-10 ans). En effet, les enfants Asiatiques sont ceux qui sont adoptés les plus précocement en France (en 2016, 54,8 % des enfants d'Asie étaient adoptés avant 3 ans, 20,5 % Amérique, 21,2 % Afrique et 32 % Europe). Nous n'avons pu conclure à aucune significativité en raison du faible nombre ($p=0,65$ pour les troubles endormissement), alors que trois enfants Asiatiques sur six avaient présenté ce trouble (ils étaient 57 % parmi ceux d'Afrique, 30 % parmi ceux d'Europe de l'Est et 20 % parmi ceux d'Amérique du Sud). Parmi eux, un enfant de 10 ans, adopté à 3 ans pour lequel « dormir dans une autre maison

seul est encore une source d'angoisse », mais dont « l'angoisse disparaît dès qu'il a un lit dans notre chambre (!), ou qu'il dort avec ses cousins ou copains ».

Il est possible qu'une étude de plus grande ampleur aurait montré une tendance aux troubles endormissement chez les enfants Asiatiques.

V.2.3.5 Adoption seul ou en fratrie

Pour certains auteurs l'adoption en fratrie pourrait compliquer l'intégration au sein d'une famille parce que les parents sont plus sollicités que dans le cas d'une adoption unique, mais également parce que la notion de fratrie sous-entend l'introduction dans la famille d'un sous-groupe ayant déjà une culture et une dynamique qui lui est propre (88).

On peut au contraire supposer que l'adoption en fratrie, en permettant à l'enfant de partager son expérience adoptive avec un pair, puisse limiter l'apparition des troubles.

Dans notre étude, nous n'avons trouvé aucune association statistique entre le fait d'être adopté seul ou en fratrie et l'apparition un trouble de sommeil. Il semblait tout de même exister une tendance pour les enfants adoptés seuls à présenter plus d'énurésie nocturne que ceux adoptés en fratrie ($p=0,10$).

V.2.3.6 Mono ou bi-parentalité

Certains auteurs estiment que la monoparentalité, qui plus est, pour l'accueil d'un enfant adopté serait prédictive de difficulté (89). 20 à 30 % des familles qui consultent pour difficultés adoptives seraient composées de mères célibataires (alors qu'ils/elles représentaient seulement 10 % parmi les parents adoptants en 2016). Hors contexte adoptif, les mères célibataires seules seraient six fois plus représentées dans les consultations pédopsychiatriques. Une étude de 2011 (90) trouvait qu'un enfant élevé par une mère seule éprouvait plus de difficultés d'endormissement (délai supérieur à 30 minutes).

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour les différents troubles en fonction du type de parentalité. Ces résultats étaient en accord avec ceux de *Rajaprakash et al* (16) qui ne retrouvaient aucune différence significative selon le type de parentalité mais qui notaient une tendance ($p=0,09$) aux éveils nocturnes chez les enfants adoptés par des parents célibataires. Cependant, il faut aussi se rappeler que l'on propose le plus souvent à l'adoption aux parents célibataires des enfants à « besoins spécifiques ».

V.2.3.7 Vie en institution

Dans un article de 2013, *A. De Truchis* décrivait les conditions de vie des enfants dans un orphelinat d'Europe de l'Est telles que décrites par une mère adoptante : « Les enfants dorment dans des dortoirs avenants [...] mais certains des enfants se balancent seuls sur

leur lit pendant des temps prolongés, en fixant le plafond ou les barreaux du lit. Les endormissements sont solitaires, et les tout-petits peuvent pleurer longuement sans qu'on ne les rassure jamais. Les portages sont brusques. Les bercements frénétiques ne constituent pas tant des consolations que des stimulations sensorielles qui étourdissent les enfants et les font taire. L'acquisition de la propreté est inculquée de façon autoritaire, les enfants étant attachés sur le pot dès l'âge de huit mois » (91).

Fort heureusement, toutes les institutions du monde ne se valent pas. En ce qui concerne l'acquisition de la propreté, il existe notamment de grandes différences culturelles entre les méthodes utilisées pour encourager l'enfant à devenir propre (84).

Comme l'on pouvait s'y attendre, dans notre étude, les cas d'énurésies nocturnes étaient plus nombreux parmi les enfants ayant grandi en institution ($p=0,04$), et ce, probablement en lien avec les conditions d'éducation de la propreté (apprentissage forcé). « Dans les pays en développement, où l'entretien des couches en tissu est impossible et l'utilisation des couches jetables non avenues, les nourrices de l'orphelinat ont tout intérêt à accélérer le processus de contrôle des sphincters » (84).

Les enfants ayant vécu en institution semblaient aussi plus nombreux dans notre cohorte à présenter des éveils nocturnes sans que ce soit significatif ($p=0,14$). Ils ne présentaient pas plus de problèmes d'endormissement ($p=0,75$), de cauchemars ($p=0,74$), ni de terreurs nocturnes ($p=1$).

V.2.4 Evolution et prise en charge des troubles

Notre étude est rassurante en ce sens où pour la majorité, les troubles ont cessé après intervention parentale seule. Restaient 23 % pour lesquels les stratégies parentales ont été partiellement efficaces, voire inefficaces (9,5 %). Seuls 13,2 % ont consulté un médecin pour les problèmes de sommeil, dont trois, un pédopsychiatre (deux enfants étaient en psychothérapie pour cette raison). Une enquête en population générale montrait que les troubles de sommeil des enfants suivis en consultation externe étaient vus en priorité par le médecin généraliste (57 %) puis le pédiatre (37 %) puis le pédopsychiatre (4 %). De plus, le problème de sommeil était rarement le motif de consultation direct que ce soit en pédiatrie ou en médecine générale (57).

Il s'avère que la proportion d'enfants suivis en psychothérapie dans notre population était bien supérieure à ce chiffre de deux enfants (plusieurs l'ont précisé dans des mails ou réponses aux questions ouvertes), mais le problème premier qui les a amenés à consulter n'était pas le sommeil, d'où ce faible chiffre. Tous les parents en difficulté face au sommeil n'avaient donc pas consulté un médecin. Le constat fait dans une étude qualitative de 2014 en population générale (92) était que, bien souvent, les parents d'enfants ayant une difficulté de sommeil attendaient un stade d'épuisement psychique ou physique pour consulter. De même, l'enquête « Enurésie Nocturne 2007 » a montré que bien souvent l'énurésie était évoquée le plus souvent par les parents « en fin de consultation ou sur le pas de la porte, ou bien devant la perspective imminente d'un voyage scolaire »(93). Quant à savoir pourquoi les parents consultaient si peu pour ce motif, un article publié en 2016 (94) avait mis en évidence deux freins à la consultation pour énurésie : tout d'abord l'attente d'une résolution spontanée dans 62,2 % des cas, et dans 24,3 % l'hypothèse faite par les parents qu'un problème psychologique soit à l'origine de l'énurésie de leur enfant.

Dans notre étude, à la question 27, « Si vous avez consulté un médecin, quelle a été la prise en charge de ces problèmes de sommeil ? », plusieurs parents relataient une certaine impuissance du corps médical face à ces problèmes. Ainsi, les parents de l'enfant 32, ayant consulté à la fois médecin généraliste et pédopsychiatre pour des problèmes récurrents d'endormissements longs, d'éveils nocturnes et de cauchemars précisaient : « Les pédopsychiatres consultés nous ont toujours imposé de ne pas laisser notre enfant dormir avec nous [...] alors qu'il a toujours dormi avec d'autres enfants et au moins deux enfants par lit. Nous n'avons pas trouvé d'autres solutions et les médecins sont restés sur leur position sans nous proposer d'autres alternatives ». Ils déplorent le manque de suivi spécialisé et ajoutent s'être tournés vers le réseau « local » : « ce qui n'a pas été très positif, ou du moins pas adapté à un enfant adopté ».

Aussi, plusieurs parents ont consulté des professionnels paramédicaux. La maman de l'enfant 26 n'a pas consulté de médecin pour les troubles du sommeil de son enfant et « ne voyait pas ce en quoi ç' aurait pu lui être utile ». Elle a par contre fait appel à un psychologue, un ostéopathe, et récemment à un kinésithérapeute (technique de « micro-kinésithérapie »), à priori sans succès sur les problèmes d'endormissements longs que présentait son enfant. D'autres ont eu recours à des médecines alternatives. Les parents de l'enfant 16 indiquent avoir eu recours à l'hypnose à la demande de leur enfant et à une psychothérapie « qui a des résultats sur d'autres problèmes (comportement diurne), mais pas sur les difficultés nocturnes ». Pour la maman de l'enfant 53, le « bien-être du sommeil est arrivé grâce à l'orthophoniste qui utilise la méthode Padovan et particulièrement une méthode de « rhythmic movement training ».

Concernant la prise en charge de ces troubles de sommeil chez les adoptés, *De Truchis et Foucaud* insistent sur le fait de ne pas brusquer la séparation au moment du sommeil : « ce peuvent être des rituels prolongés, voire pour un tout-petit un lit dans la chambre des parents les premières semaines ». Il peut donc être nécessaire les premiers mois « de se lever la nuit lorsque l'enfant pleure, ne pas le laisser s'endormir seul, ne pas le laisser isolé et réveillé dans sa chambre le matin pendant des temps prolongés, d'autant plus qu'il ne sollicite pas l'adulte et qu'il est plus jeune ». Ils insistent aussi sur le fait d'expliquer aux parents la signification des balancements et autres processus auto-calmants nécessaires aux enfants carencés pour s'endormir.

Concernant les répercussions familiales, elles étaient significatives ou importantes pour 13,5 % des enfants de l'étude. Les parents de l'enfant 32 décrivaient le sommeil comme ayant été et étant encore « la difficulté récurrente » pour lui et pour eux. La maman de l'enfant 16 parlait de l'énurésie nocturne comme « d'un problème important pour la vie de famille ». Enfin la maman de l'enfant 19 insistait sur l'impact des troubles du sommeil de son enfant sur son propre sommeil : « Je me souviens avoir consulté le laboratoire du sommeil du CHU lorsque les troubles de ma fille se sont atténués et que je continuais à mal dormir ». Ces impacts ne doivent pas être négligés, les études en population générale retrouvant plus de somnolences (95), de problèmes conjugaux (96) et de dépressions chez les parents d'enfants ayant des difficultés de sommeil.

Enfin, en dernier lieu, notre étude rassurait quant à l'évolution de ces troubles de sommeil puisqu'avec un recul d'au moins deux ans, nous pouvions affirmer que l'immense majorité des enfants avait (re)trouvé un sommeil relativement paisible.

VI. Conclusion

Notre étude a confirmé que les difficultés de sommeil touchaient une large majorité d'enfants adoptés à l'étranger lors de leur arrivée en France.

Elle nous a permis de voir qu'avec la mise en place de liens d'attachement avec leur famille d'adoption, mais aussi, sans doute, avec la résolution de facteurs anxiogènes évidents, telle l'impossibilité de pouvoir communiquer (incompréhension de la langue), pour près de la moitié des enfants concernés initialement, les troubles s'étaient amendés dans les six mois, notamment en ce qui concernait les insomnies. Les troubles de sommeil étaient de tout ordre mais ceux portant sur l'endormissement étaient les plus fréquents et les plus durables dans le temps, en lien avec de légitimes angoisses de séparation.

Les troubles persistant plusieurs années après l'adoption n'étaient pas si fréquents et concernaient logiquement des enfants présentant des pathologies du lien qu'elles soient somatiques ou traumatiques. C'était le cas d'enfants porteurs de troubles neuro-développementaux, d'enfants gravement carencés durant la prime-enfance ou traumatisés.

Parmi ceux-là, tous n'ont cependant pas gardé de troubles de sommeil, les facteurs de résilience propres à chacun ayant sans doute permis leur résolution ou non.

Aucune relation significative n'a été mise en évidence entre la structure familiale (mono ou bi-parentalité), l'adoption seul ou en fratrie, le genre et la survenue de troubles du sommeil. Comme tous les enfants du monde, adoptés ou non, les enfants les plus jeunes étaient logiquement les plus nombreux à présenter des éveils nocturnes et une énurésie nocturne. Notre étude a par ailleurs confirmé que le vécu institutionnel était associé à un risque accru d'énurésie nocturne, mais pas à des difficultés d'endormissement, de cauchemars ou de terreurs nocturnes. L'énurésie, bien que fréquente, semblait, à la vue des chiffres à l'adolescence, rentrer dans l'ordre de façon probablement comparable aux enfants non-adoptés.

En outre, devant le constat fait par certains parents d'une prise en charge qu'ils décrivent parfois comme « inadaptée à un enfant adopté » par les réseaux de soins de proximité, mais aussi parce que la moitié des enfants adoptés en Midi-Pyrénées ne sont jamais passés par la COCA, il pourrait être intéressant d'informer les médecins libéraux et autres professionnels impliqués dans le suivi au long cours des spécificités présentées par les enfants adoptés. A minima, il apparaît important de faire connaître l'existence des COCA auprès des médecins afin d'avoir un bilan initial tant sur le plan somatique que psychologique et ne pas trop disperser la prise en charge par des consultations spécialisées au coup par coup.

Dans tous les cas, en raison des conséquences tant sur le développement de l'enfant que sur la vie de famille, nous pouvons conseiller aux parents de consulter en cas de persistance de difficultés de sommeil, notamment lorsqu'elles persistent au-delà de six mois.

En outre, il serait intéressant d'envisager une étude prospective et multicentrique, si possible en interrogeant à la fois les parents et les enfants afin de valider et préciser nos résultats.

Bibliographie

1. L'adoption internationale en France. Statistiques 2016 de l'adoption internationale. Disponible sur : http://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/stats_2016-site-mars_cle09cd9e.pdf
2. Denéchère Y. Vers une histoire de l'adoption internationale en France. Vingtième Siècle. Revue d'histoire n° 102 ; pages 117-129 ; 2009-04-06. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-vingtieme-siecle-revue-d-histoire-2009-2-page-117.htm>
3. La situation des pupilles de l'Etat. Enquête au 31 décembre 2015 : ONPE (Observatoire national de la protection de l'enfance). Disponible sur : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/synthese_pupilles2015_mai2017.pdf
4. Classification Internationale des Maladies-10 ème édition. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 1992 : Révision 2017.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5ème édition. American Psychiatric Association: Elsevier Masson: juillet 2015.
6. International Classification of Sleep Disorders-3 ème édition. American Academy of Sleep Medicine: Révision 2014.
7. Bouche Florin L. Dormir ici et ailleurs. Approche transculturelle du sommeil du nourrisson et de ses troubles ; Spirale n°34 ; 151-164.
8. Vinay A. La construction du lien social chez l'enfant adopté. Enfances & Psy n°32. Pages 134-144 ,2006-10-01.
9. De Truchis A. Foucaud P. La santé des enfants adoptés. MT pédiatrie, vol 13, n°3, mai-juin 2013.
10. Lemaître A, Maury. M. Premices d'une rencontre entre un jeune enfant et ses parents adoptants.
11. Brierley S. Je voulais retrouver ma mère. Publié sous le titre « A long way home ». City Edition. 2014.
12. Rettig M. Kelly McCarthy-Rettig, Survey of the Health, Sleep, and Development of Children Adopted from China. Health & Social Work. Volume 31 n°3, pages 201-207. 2006/08/01
13. Tirella L, Miller L, Self-Regulation in Newly Arrived International Adoptees: Physical & Occupational Therapy In Pediatrics. Vol 31, No 3.

14. Xing Tan T, Marfo K, Dedrick R, Preschool-age adopted Chinese children's sleep problems and family sleep arrangements. *Infant and Child Development*, volume 18, September 1, 2009.
15. De Truchis A. Foucaud P, Prise en charge pédiatrique d'un enfant adopté, *Pédiatrie - Maladies infectieuses* - 4-180-A-10 ; 2009
16. Rajaprakash M., Kerr E., Friedlander B and Weiss S; Sleep Disorders in a Sample of Adopted Children: A Pilot Study, *Children*, Vol 4, n°9, pages 77, aout 2017
17. Rude-Antoine, Edwige. Filiation adoptive et transmission familiale. Les enfants adoptés à l'étranger. *Penséeplurielle* no 11, pages 91-97, 2006.
18. De Monléon J.V, L'enfant adopté. Edition Doin, collection Progrès en pédiatrie, janvier 2017.
19. Vinay A, Entre stratégie d'attachement et stratégie de coping : une identité en construction chez les adolescents adoptés. Thèse de doctorat en psychologie. Université Toulouse 2 Jean Jaurès (2001).
20. Bowlby J, Attachement et perte. Edition Broché. Juillet 2002.
21. Guenedey N, Adoption, les apports de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy* no 29, pages 84-94, 2006-02-01.
22. Schofield et al, Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives la théorie en pratique, Elsevier Masson, décembre 2011.
23. Newton Verrier N. La blessure primitive: comprendre l'enfant adopté. De Boeck Juin 2007.
24. Malinsky Marey P. Le placement de l'enfant : quels contextes ? Quelles conséquences? Quelles approches ? Th : Med : psychiatrie : Angers (2005). Disponible sur : <http://psyfontevraud.free.fr/theses/marey2005.pdf>
25. Delannoy C, L'adoption, les deux faces du miroir. *Informations sociales* n° 13, pages 42-48, 2008-05-01.
26. Wuyts R. et al. Adolescents adoptés : un risque psychopathologique ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (2015). Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961715000811>
27. Eiger A : filiation biologique ou lien filial ? *Revue de thérapie familiale psychanalytique*. Le divan familial 2000
28. Bagley C. & Young L. (1981). The long-term adjustment and identity of a sample of inter-county adopted children.

29. Aussilloux C, Raysse P, Baghdadly A. Le devenir des enfants adoptés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, 1995, vol. 43, no 10-11 (83 p.) pp. 459-464.
30. Ouelette F.R, Belleau H _L'intégration familiale et sociale des enfants adoptés à l'étranger: recension des écrits_ Institut National de la Recherche Scientifique (INRS) Avril 1999. <http://www.partenariatfamilles.ucs.inrs.ca/DocsPDF/introRecensionFR.pdf>
31. Westhues A. & Cohen J.S. (1998). Ethnic and racial identity of internationally adopted adolescents and young adults: Some issues in relation to children's rights. *Adoption Quarterly*, 1, 33–55.
32. Van Londen WM, Juffer F, Van Ijzendoorn, Attachment, cognitive, and motor development in adopted children: short-term outcomes after international adoption. *JPediatr Psychol*. 2007 Nov-Dec;32(10):1249-58. Epub 2007 Aug 19.
33. O'Connor, Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal* Volume 20, Issue 1, March 1999, Pages 10-29
34. Chisholm.K Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages *Development and Psychopathology*. 01 March 2009.
35. Harf A, Taieb, Moro. Troubles du comportement externalisés à l'adolescence et adoptions internationales: Une revue de la littérature. *L'Encéphale* - Vol. 33 - N° 3 - p. 270-276. Mai-Juin 2007.
36. Hjern A, Lindblad F, Vinnerjung B, Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *Lancet*. 2002 Aug 10; 360(9331):443-8.
37. Cantor-Graae E, Pedersen. Risk for schizophrenia in intercountry adoptees: a Danish population-based cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* volume 48 n°11 pages 1053-1060 (2007).
38. Harf et al, 2006. Adolescence et adoptions internationales : une nouvelle problématique ? *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 49, n°2, pages 543-572.
39. Beine A, Constant E, Goffinet S, L'adoption, un risque accru d'hospitalisation psychiatrique. Étude préliminaire. *Annales médico-psychologiques* - Vol. 166 - N° 7 - p. 516-522 août 2008.
40. Neuburger R. Le mythe familial. Paris. ESF 1995. Egalement disponible sur <https://www.robertneuburger.com/adoption-et-mythe-de-verite/>
41. Levy Soussan Pierre, Travail de filiation et adoption. *Revue française de psychanalyse* Vol. 66 n°1 pages 41-69 2002.

42. Haalifax Juliette Etude relative au devenir des adoptés en France et à l'International. Rapport final, avril 2013. Disponible sur : http://www.adoption.gouv.fr/IMG/pdf_Rapport_final.pdf.
43. Habersaat S. et al, Adoption, adolescence et difficultés de comportement : quels facteurs de risque ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique vol 168 n°5 pages 343-349, 2010.
44. Guedeney N. Adoption, les apports de la théorie de l'attachement - Enfance et psy.no 29 pages 84-94, 2006-02-01.
45. Spitz René A, La perte de la mère par le nourrisson. Enfance. Vol 1, n°5, p. 373-391 1948.
46. Quinton D, Rutter M, Early hospital admissions and later disturbances of behavior: an attempted replication of Douglas' findings.
47. Lebrault M, André-Trévennec G. Adoption internationale accompagnée. Devenir des enfants adoptés à l'international de 2001 à 2005 par l'intermédiaire de l'OAA Médecins du Monde - Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.63 141–159 (2015).
48. Burlingham D., Freud A: Enfants sans famille. Paris-1949.
49. Olliac B., Evénements de vie, traumatismes psychiques et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent Th : Epidémiologie ; Université Paul Sabatier Toulouse 3 (2013).
50. Dewulf Anne Cecile, Van Broeck Nady, Philippot P, L'état de stress post-traumatique chez l'enfant : questions autour de la description diagnostique. Bulletin de psychologie. Numéro 481. pages 119-132 (2012).
51. Duyme M., El Massioui F, Vaugelade J. Le devenir des jeunes ayant grandi dans une famille adoptive: enquête sur les adoptés et leurs frères et soeurs. EFA 2015.Disponible sur : http://adoptionefa.org/images/COLLOQUES-CONGRES-EFA/2015_synthese_efa.pdf
52. Prati B., Les adolescents adoptés sont-ils plus à risque de suicide que leurs pairs non adoptés. Adolescence no 55 pages 111-128 (2006)
53. Rutter, M., O'Connor, T., & the English and Romanian adoptees (ERA) study team (2004). Are there biological programming effects for psychological development ? Findings from a study of Romanian adoptees. Developmental.
54. Stayton D.J, Ainsworth M_ Individual differences in infant responses to brief, everyday separations as related to other infant and maternal behaviors. Developmental Psychology, 9, pages 226-235; 1973.
55. Poirot I, Schröder C, Sommeil, rythmes et psychiatrie. Dunod (2006)

56. Challamel MJ, Thirion M, Mon enfant dort mal. Broché (2008)
57. Navelet Y, Ferrari P, Psychopathologies de l'enfant. Troubles du sommeil. Edition Flammarion. Disponible sur :
http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/amc/pediatric/organisation/documents/Troubles_du_sommeil.pdf
58. Houzel D. Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent. 2e éd. Presses Universitaires de France (2007).
59. Sadeh A, Tikotzky L, Scher A, Parenting and infant sleep. Sleep Med Rev. 14(2) ; pages 89-96.2010
60. Kahn et al. Pediatrics 1989 ; 4 ; 595-603
61. Challamel MJ, Franco P. Insomnies et troubles de l'installation du rythme jour/nuit du jeune enfant. Journal de pédiatrie et de puériculture. Volume 25, numéro 2 pages 106-113 ; avril 2012.
62. Debré R. et Doumic A., Le sommeil de l'enfant. Presses universitaire de France (1969).
63. Neveus T, von Gontard, Hoebeke P : The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society : The Journal of Urology : pages 314-324 ; Jul 2006
64. Levy Soussan P. Marinopoulos ; Abandon et adoption : enjeux psychiques de la filiation dans une perspective historique et clinique ; Pédopsychiatrie ; 37-210-A-40 - 2007.
65. Picard A, Trouble du sommeil chez l'enfant et l'adolescent. La lettre de l'enfance et de l'adolescence n° 71 pages 53-62 (2008)
66. Dubois-Comtois K, Cyr C, Pennestri M.H, Godbout R. Poor Quality of Sleep in Foster Children Relates to Maltreatment and Placement Conditions. Sage journal Open: pages 1-7. October-December 2016.
67. Cuddihy C, Dorris L, Minnis H, Kocovska E. Sleep disturbance in adopted children with a history of maltreatment : ResearchGate : December 2013.
68. De Leersnyder H. Prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant porteur d'un handicap neuro-développemental.mt pédiatrie2013 ; 16(2) : 90-6
doi:10.1684/mtp.2013.0480
69. Petit D, Touchette E., Tremblay RE. , Boivin M, Montplaisir J. Dyssomnias and parasomnias in early childhood. Pediatrics 2006; 119(5)

70. Danion-Grilliat, Bursztejn C. Psychiatrie de l'enfant. Médecine Sciences Publications. Editions Lavoisier 457pages 2011.
71. Sibertin-Blanc, Vidailhet, C. Purper-Ouakil D. Approche clinique des troubles du sommeil chez l'enfant et l'adolescent [internet]. Disponible sur : <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/21.%20SOMMEIL%203-43.pdf>
72. Shang C.Y., Gau S.S.F., Soong W.T. Association between childhood sleep problems and perinatal factors, parental mental distress and behavioral problems Journal of sleep research 2006 ; 15 : 63-73
73. Smedje H., Broman J.E., Hetta J. Parents' reports of disturbed sleep in 5-7-year-old Swedish children Acta Paediatrica 1999 ; 88 : 858-865
74. Gauchat A., Zadra A., Prévalence, corrélats et traitements des cauchemars chez les enfants. Pratiques psychologiques - Vol. 18 - N° 3 - p. 245-264
75. Mourad N. L'application d'un traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie chez les enfants présentant un trouble réactionnel de l'attachement. Th D psychologie. Université de Sheerbrooke 2015.
76. Lottmann H. : Observatoire français sur les répercussions et la prise en charge de l'énurésie nocturne chez l'enfant et l'adolescent, Méd. Enf., 2009; 29 : 298-302
77. Philippe C. Etude ENUMERE : motivations et modalités de l'interrogatoire sur la propreté nocturne en médecine générale et en médecine pédiatrique chez les enfants de six à quinze ans. Méd. Enf, 2016 : 37-42.
78. Schmit G, Soulé M, L'expression somatique_ l'énurésie infantile. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 2e éd. Presses Universitaires de France (2014).
79. Breilh F. Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique. Devenir Vol. 22 133-162 (2010).
80. Auberta D, Berard B, E Blanc et al. Énurésie nocturne primaire isolée : diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts ; Prog Urol, 2010, 20, 5, 343-349.
81. Challamel M.J Les parasomnies de l'enfant [internet]. Disponible sur : <https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/bvs/print.pdf>
82. Chiland C. Lebovici S. Psychopathologie différentielle des sexes. Evolution au cours des dernières décennies et bilan actuel. Enfance 1981, n°1-2, p 61-73.
83. Gunnar M, Van Dulmen M. ; Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children Feb 1, 2007

84. Chicoine J.F, Germain P. Lemieux J. L'enfant adopté dans le monde en quinze chapitres et demi. Hôpital Sainte Justine (2003).
85. Stork H Les rituels du coucher Paris: ESF (1993).
86. Govindama Y. Troubles du sommeil chez le jeune enfant et le mode de coucher: une étude transculturelle. L'évolution psychiatrique 69 (2004) 49–65.
87. Hopkins-Best M. Toddler's Adoption: The Weaver's Craft. Perspectives Press; Indianapolis, IN, USA: 1998.
88. Legros C. Les écueils de la filiation et de la parentalité adoptive: Etude sur les enfants adoptés et confiés à l'ASE du Maine et Loire entre 2010 et 2014 Th : Med : Psychiatrie. Angers. 2016.
89. La Psychiatrie Française, Regards sur l'adoption 2012
90. Demolière et al. Les difficultés d'endormissement de 5 à 40 mois en médecine générale exercer 2011;99:164-9.
91. De Truchis A. Parce que l'enfant adopté peut nous sembler une «double étrangeté», il faut parfois au pédiatre une double vue. Médecine et Enfance p 177-178, juin 2013.
92. Garreau P. Les attentes à l'égard du médecin généraliste des parents évoquant un trouble du sommeil de leur enfant d'âge préscolaire, une étude qualitative. Th : Med. Faculté de Tours, 2014.
93. Lottmann H. Observatoire français sur les répercussions et la prise en charge de l'énurésie nocturne chez l'enfant et l'adolescent. Médecine et enfance pages 298-302, 2009.
94. Latrous L, Bismuth M, Birebent J, Swiatec N, Escourrou B, Oustric S, Énurésie primaire isolée de l'enfant : pourquoi les parents consultent-ils ? Médecine 12(8) p 379-384 : 2016.
95. Boergers J, Hart C, Owens JA, Streisand R, Spirito A. Child sleep disorders: Associations with parental sleep duration and daytime sleepiness. J Fam Psychol. 2007;21(1):88–94.
96. Meijer, A. M., & van den Wittenboer, G. L. H. (2007). Contribution of infants' sleep and crying to marital relationship of first-time parent couples in the 1st year after childbirth. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 49-57.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Etude portant sur le sommeil et ses troubles chez les enfants adoptés à l'étranger après l'âge de trois ans

*Obligatoire

Données socio-démographiques

1. 1. Quelle est la date de naissance de votre enfant? *

Exemple : 15 décembre 2012
2. 2. Quel est le sexe de votre enfant? *
Une seule réponse possible.
☐ Masculin
☐ Féminin
3. 3. Quel est le pays d'origine de votre enfant? *

4. 4. A quelle date votre enfant est-il arrivé en France? *

Exemple : 15 décembre 2012
5. 5. Avez vous adopté seul ou en couple? *
Une seule réponse possible.
☐ Seul
☐ En couple
6. 6. Votre enfant a-t-il été adopté seul ou en fratrie? *
Une seule réponse possible.
☐ Seul
☐ En fratrie
7. 7. Quel est le nombre total d'enfants dans votre foyer (fratrie adoptive et biologique)? *
Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5	6	7	8
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Données concernant ses conditions de vie pré-adoptives

8. 8. Si vous connaissez cette information, pouvez vous indiquer à quel âge votre enfant a été séparé de son milieu familial "initial"? *

9.

9. Entre cette séparation et son adoption, votre enfant a vécu (plusieurs réponses possibles): *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ En institution (orphelinat/ crèche)
- ☐ En famille d'accueil
- ☐ Chez une nourrice
- ☐ Dans la rue
- ☐ Autre : _____

10.

10. S'il a vécu en institution (orphelinat/crèche), combien de temps y a t'il vécu au total?

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins de six mois
- ☐ Six à douze mois
- ☐ Un à deux ans
- ☐ Deux à cinq ans
- ☐ Plus de cinq ans
- ☐ Je ne sais pas

Données concernant l'état de santé de votre enfant

11.

11. S'agissait-il de l'adoption d'un enfant considéré comme "à besoins spécifiques"? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

12.

Si oui, dans ce cas, de quel(s) "besoin(s) spécifique(s)" s'agissait-il?

13.

12. Savez vous s'il y a eu des problèmes lors de la grossesse ou l'accouchement? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

14.

Si oui, il s'agissait:

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ D'une exposition maternelle à l'alcool (Syndrome d'Alcoolisation Foetale: SAF) ou autres Troubles Causés par l'Alcoolisation Foetale (TCAF)
- ☐ D'une exposition maternelle aux drogues (toxicomanie maternelle)
- ☐ D'un retard de croissance intra-utérin
- ☐ Autre : _____

15.

13. Votre enfant est né : *

Une seule réponse possible.

- ☐ A terme
- ☐ Prématuro
- ☐ Je ne sais pas

16.

14. Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux de manière chronique (tous les jours)? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

17.

Si oui, de quel(s) traitement(s) s'agit t'il?

Données concernant le sommeil de votre enfant

18.

15. De façon globale, le sommeil de votre enfant vous a t'il posé problème? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Après son arrivée dans votre foyer:

19.

16. Votre enfant présentait-il des difficultés pour s'endormir? (durée d'endormissement supérieure à 30 minutes) *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

20.

Si oui, ces endormissements étaient longs car votre enfant (plusieurs réponses possibles):

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Refusait d'être séparé de vous
- ☐ Faisait durer de manière interminable les rituels du coucher (doudou, chansons, histoires etc)
- ☐ S'opposait au coucher (par exemple criait, faisait une colère, se débatait au moment d'aller au lit et une fois couché, essayait de se lever)
- ☐ Avait des peurs : peur du noir , peur des monstres sous le lit
- ☐ Avait des difficultés à s'apaiser et à trouver le sommeil une fois dans son lit
- ☐ Autre : _____

21.

Si oui (difficultés d'endormissement) à quelle fréquence avaient-elles lieu?

Une seule réponse possible.

- ☐ Tous les jours ou plus de trois fois par semaine
- ☐ Moins de trois fois par semaine

22.

Si oui (difficultés d'endormissement), combien de temps ont-elles duré?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Moins de trois mois
- ☐ Trois à six mois
- ☐ Six mois à un an
- ☐ Un à deux ans
- ☐ Plus de deux ans
- ☐ Ces difficultés sont toujours présentes

23.

17. Votre enfant se réveillait-il souvent la nuit? (réveils nécessitant votre déplacement ou le déplacement de votre enfant dans votre lit) *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

24.

Si oui (réveils nocturnes) , combien de fois par nuit?

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5	6	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	ou plus

25.

Si oui (réveils nocturnes) , à quelle fréquence se produisaient ils?

Une seule réponse possible.

- ☐ Tous les jours ou plus de trois fois par semaine
- ☐ Moins de trois fois par semaine

26. **Si oui (réveils nocturnes), combien de temps ont ils duré?**
Plusieurs réponses possibles.
- ☐ Moins de trois mois
- ☐ Trois à six mois
- ☐ Six mois à un an
- ☐ Un à deux ans
- ☐ Plus de deux ans
- ☐ Ces réveils sont toujours présents
27. **18. Votre enfant se plaignait-il souvent de rêves angoissants, de cauchemars le réveillant la nuit? ***
Une seule réponse possible.
- ☐ Oui
- ☐ Non
28. **Si oui (cauchemars) , à quelle fréquence se répétaient-ils?**
Une seule réponse possible.
- ☐ Toutes les nuits
- ☐ Plusieurs fois par semaine sans que ce soit toutes les nuits
- ☐ Moins d'une fois par semaine
29. **Si oui, (cauchemars), combien de temps ont-ils duré?**
Plusieurs réponses possibles.
- ☐ Moins d'un mois
- ☐ Un à six mois
- ☐ Six mois à un an
- ☐ Un à deux ans
- ☐ Plus de deux ans
- ☐ Ces cauchemars sont toujours présents
30. **Si oui, y avait-il un thème répétitif à ces cauchemars et dans ce cas, lequel?**
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
31. **19. Lui arrivait-il de rêver de sa vie antérieure à l'adoption? ***
Une seule réponse possible.
- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

32. Si oui, quand ces rêves ont-ils disparus?
-
33. 20. Votre enfant a-t-il présenté des épisodes de "terreurs nocturnes"? (enfant qui se dresse sur son lit, hurle en sanglotant les yeux ouverts mais ne peut être ni réveillé ni rassuré et n'a aucun souvenir de l'épisode le lendemain). *
- Une seule réponse possible.*
- ☐ Oui
- ☐ Non
34. Si oui (terreurs nocturnes), à quelle fréquence?
- Une seule réponse possible.*
- ☐ Toutes les nuits ou plusieurs fois par semaine
- ☐ Moins d'une fois par semaine
- ☐ Moins d'une fois par mois
35. Si oui, combien de temps ont duré ces épisodes de terreurs nocturnes?
- Plusieurs réponses possibles.*
- ☐ Moins de trois mois
- ☐ Trois à six mois
- ☐ Six mois à un an
- ☐ Un à deux ans
- ☐ Plus de deux ans
- ☐ Ces épisodes sont toujours présents
36. 21. Votre enfant était-il propre à son arrivée? *
- Une seule réponse possible.*
- ☐ Oui, mais uniquement le jour
- ☐ Oui, le jour et la nuit
- ☐ Non
37. 22. Après l'âge de cinq ans, faisait-il encore fréquemment "pipi au lit" (énurésie nocturne)? *
- Une seule réponse possible.*
- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Il n'a pas encore cinq ans
38. Si oui (énurésie nocturne), à quelle fréquence?
- Une seule réponse possible.*
- ☐ Tous les jours ou plus de deux fois par semaine
- ☐ Moins de deux fois par semaine

39.

Si oui (énurésie nocturne), combien de temps a duré ce trouble?

Une seule réponse possible.

- ☐ Moins de trois mois
- ☐ Trois à six mois
- ☐ Six mois à un an
- ☐ Un à deux ans
- ☐ Plus de deux ans
- ☐ Ce trouble est toujours présent

Environnement de sommeil

40.

23. Si oui à l'une des questions précédentes, ces problèmes de sommeil sont survenus alors que votre enfant dormait:

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Dans sa propre chambre dans laquelle il dormait seul
- ☐ Dans une chambre partagée avec des frères et sœurs
- ☐ Dans votre chambre mais dans son lit
- ☐ Dans votre chambre, dans votre lit
- ☐ Dans des lieux inadaptés: devant la télévision, dans le canapé....
- ☐ Autre : _____

41.

24. Selon vous, quels facteurs environnementaux différaient significativement entre son environnement de sommeil dans son pays d'origine et son environnement de sommeil en France ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Le bruit
- ☐ La température
- ☐ L'altitude
- ☐ La luminosité
- ☐ Le nombre d'enfants dans la chambre
- ☐ Le nombre d'enfants dans le même lit
- ☐ Les conditions de couchage (par exemple matelas au sol/lit)
- ☐ Autre : _____

Prise en charge des troubles du sommeil

42.

25. Quelles stratégies avez-vous mises en place pour améliorer le sommeil de votre enfant ? :

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Modifier ses horaires de coucher et/ou de lever
- ☐ Modifier l'heure ou la durée des siestes
- ☐ Mettre en place de nouveaux rituels lors du coucher: lire une histoire, faire un câlin...
- ☐ Lui laisser un objet : doudou, peluche ou tissu
- ☐ Laisser une veilleuse allumée
- ☐ Modifier ses conditions de couchage (par exemple lui installer un matelas au sol)
- ☐ Le faire dormir dans votre chambre mais dans son lit
- ☐ Le faire dormir avec vous ,dans votre lit
- ☐ Rester à côté de lui jusqu'à ce qu'il s'endorme
- ☐ Autre : _____

43.

26. Ces stratégies ont-elles fonctionné? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Partiellement
- ☐ Non

44.

27. Avez vous déjà consulté un médecin pour des problèmes de sommeil concernant votre enfant? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

45.

Si oui :

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Pédiatre
- ☐ Pédopsychiatre
- ☐ Médecin spécialiste du sommeil

46.

Si oui (médecin consulté), quelle a été la prise en charge de ces problèmes de sommeil?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Conseils d'hygiène de sommeil (par exemple modifier la durée ou les horaires de coucher)
- ☐ Traitement par phytothérapie ou homéopathie
- ☐ Osteopathie
- ☐ Traitement médicamenteux (par exemple Hydroxyzine (Atarax), Niaprazine (Nopron), Alimémas (Théralène))
- ☐ Psychothérapie individuelle de votre enfant
- ☐ Psychothérapie parent-enfant
- ☐ Autre : _____

48. **29. A posteriori, pensez-vous qu'une autre proposition aurait pu aider votre enfant plus rapidement?**
Une seule réponse possible.
- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
49. **Si oui, laquelle?**
- _____
- _____
- _____
50. **30. Si votre enfant a eu des problèmes de sommeil, vous diriez que les répercussions sur l'ambiance familiale ont été:**
Une seule réponse possible.
- ☐ Négligeables
- ☐ Mineures
- ☐ Modérées
- ☐ Significatives
- ☐ Importantes
51. **31. A l'heure actuelle vous diriez que votre enfant dort: ***
Une seule réponse possible.
- ☐ Plutôt bien
- ☐ Plutôt mal
52. **S'il dort "plutôt mal", à votre avis, pourquoi?**
- _____
- _____
53. **32. La consultation COCA vous a t'elle été utile? ***
Une seule réponse possible.
- ☐ Oui
- ☐ Non
54. **33. Pour quelle(s) raison(s)? ***
- _____
- _____
- _____
55. **34. Si vous souhaitez apporter des précisions, que vous ayez été confronté à des problèmes de sommeil de votre enfant ou non, vous pouvez le faire ici. Et merci de votre participation!**
- _____
- _____
- _____

Annexe 2 : Figures

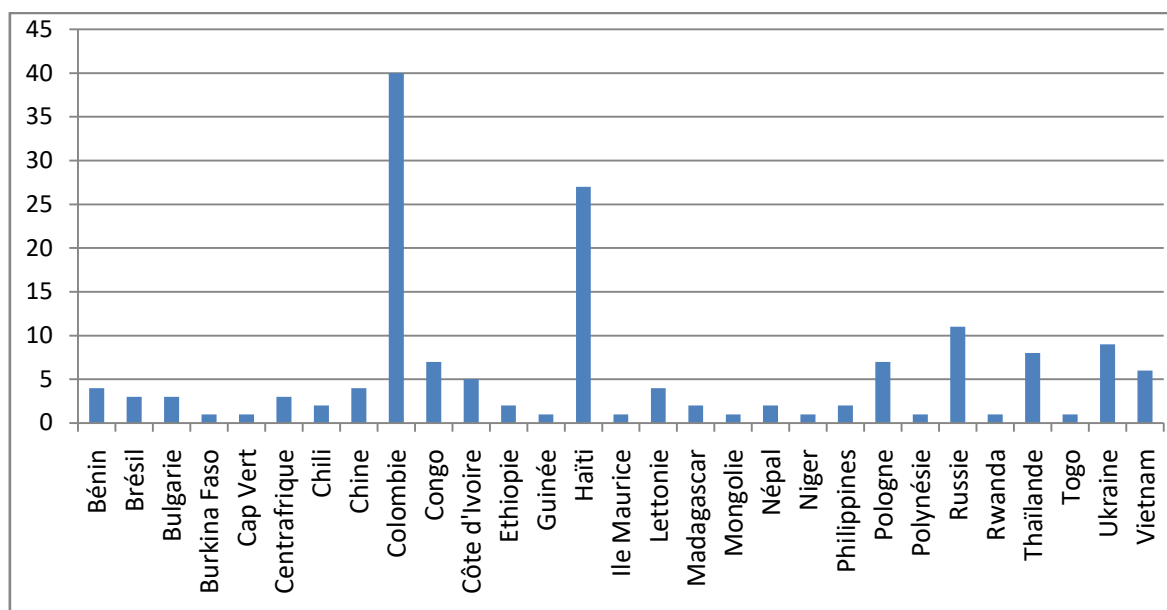


Figure A : Répartition par pays des 160 enfants de la population cible

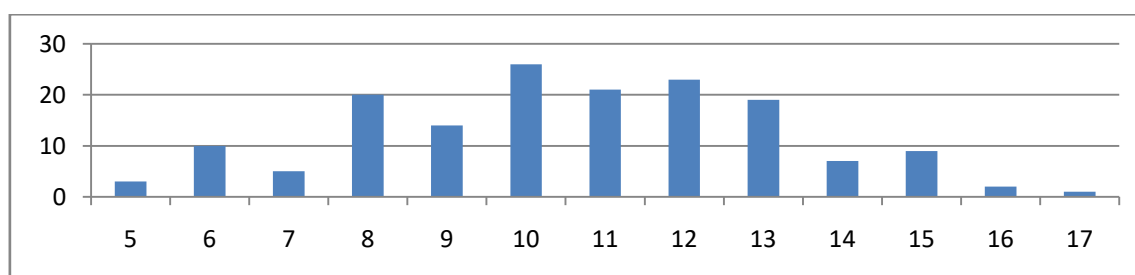


Figure B : Répartition par âges au moment de l'étude de la population d'enfants ciblés par l'étude (âges au 11/06/2017)

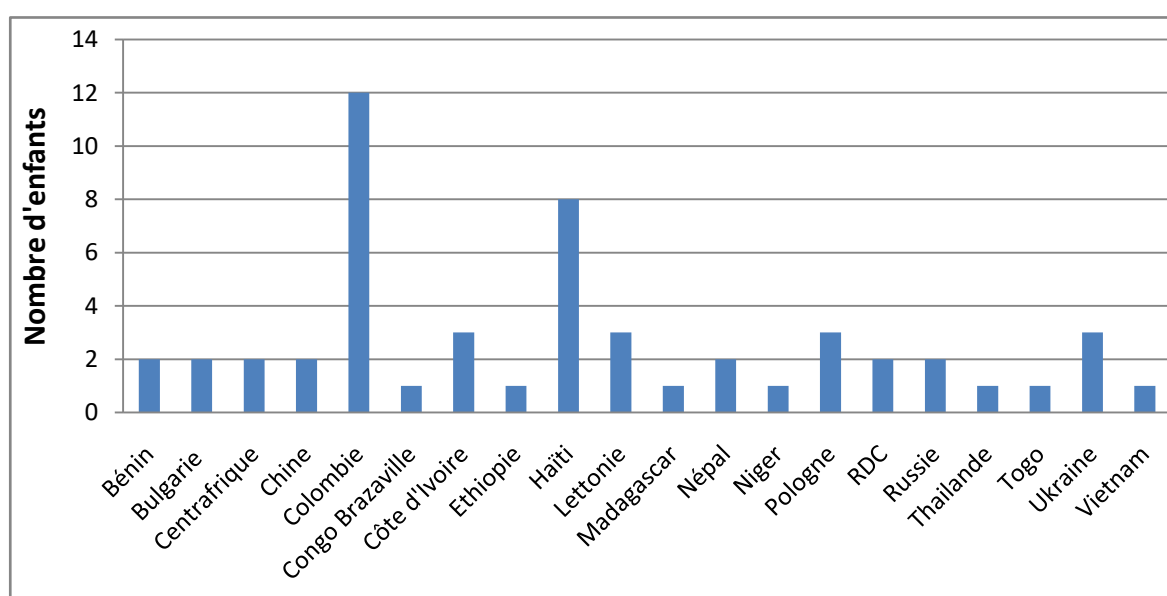


Figure C : Répartition des 53 enfants inclus selon leur pays d'origine

NOM : ROY

Prénom : Audrey

TITRE : TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT ADOPTÉ À L'INTERNATIONAL

Directeur de thèse: Pr MAS Emmanuel

Présentée et Soutenue Publiquement à Toulouse le 25 janvier 2018

Introduction : En raison de facteurs de stress psycho-sociaux, les enfants adoptés à l'international (EAI) sont susceptibles de présenter des troubles du sommeil (TS). L'objectif était de calculer de manière rétrospective la prévalence, la durée et les facteurs associés à la survenue de TS chez les EAI.

Matériel et Méthodes : Un questionnaire était adressé aux parents des EAI adoptés entre 3 et 10 ans et vus à la Consultation d'Orientation et de Conseils en Adoption (COCA) du CHU Toulouse Purpan entre janvier 2010 et décembre 2015.

Résultats : 53 questionnaires ont été analysés. En suivant les critères DSM V, 35,8% ont présenté un trouble insomnie d'endormissement (TEnd), 20,8% un trouble éveil nocturne (TEvN), 35,8% des cauchemars fréquents, 15% des terreurs nocturnes (TN) et 26,4% un trouble énurésie nocturne (TEN). Un âge jeune à l'adoption était associé à la survenue de TEvN ($p=0,03$), de TEN ($p=0,05$) et une tendance aux TN ($p=0,07$). Ni l'adoption seul ou en fratrie, ni le genre, ni la mono ou bi-parentalité n'étaient associés à la survenue de TS. Les enfants Africains étaient plus nombreux à présenter un TEnd ($p=0,05$) tandis que les enfants d'Europe de l'Est étaient plus nombreux à présenter des cauchemars ($p=0,01$). Enfin, le vécu en institution était associé à un plus grand nombre de TEN ($p=0,04$). Les troubles les plus durables (>2 ans) étaient les TEnd (17%), puis l'énurésie (13,2%), les cauchemars (11%) et les TEvN (5,7%).

Conclusion : Une étude prospective de plus grande ampleur, en interrogeant les enfants serait nécessaire pour préciser nos résultats.

Mots-clés : Troubles du sommeil - enfants adoptés - terreurs nocturnes – cauchemars – énurésie - insomnie

TITLE : SLEEP DISORDERS IN INTERNATIONALLY ADOPTED CHILDREN

Introduction : Because of psychosocial stress factors, internationally adopted children (IAC) are likely to have sleep disorders (SD). The objective was retrospectively to calculate the prevalence, duration and factors associated with the occurrence of SD in IAC.

Patients and method: A questionnaire was sent to the parents of IAC who were 3 to 10 years old at the time of adoption and who came at the Adoption Consultation (COCA) of Toulouse University hospital between January 2010 and December 2015.

Results: 53 questionnaires were analyzed. According to the DSM V criteria, 35.8% had a sleep onset insomnia (SOI), 20.8% a sleep maintenance insomnia (SMI), 35.8% frequent nightmares, 15% night terrors (NT) and 26.4% nocturnal enuresis (NE). A young age at the time of the adoption was associated with the occurrence of SMI ($p = 0.03$), NE ($p=0.05$) and a trend in NT ($p=0.07$). Neither single or sibling adoption, nor gender, nor mono or bi-parenting were associated with the occurrence of SD. African children were more likely to have a SOI ($p = 0.05$) while children in Eastern Europe were more likely to have nightmares ($p=0.01$). Lastly, institutional experience was associated with a greater number of NE ($p=0.04$). The most durable disorders (> 2 years) were SOI (17%) followed by enuresis (13.2%), nightmares (11%) and SMI (5.7%).

Conclusion: A larger prospective study, by interviewing children would be necessary to confirm our results.

Key words : sleep disorders - adopted children - night terrors – nightmares – enuresis - insomnia

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil-133 route de Narbonne-31062 TOULOUSE Cedex 04-France