

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
SOPHIE DEMERS-BÉDARD

STRESS PARENTAL, PROBLÈMES DE COMPORTEMENT ET CONDITIONS À  
L'ADOPTION CHEZ DES ENFANTS ADOPTÉS À L'INTERNATIONAL :  
UNE ÉTUDE DE CAS

FÉVRIER 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.PS.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

STRESS PARENTAL, PROBLÈMES DE COMPORTEMENT ET CONDITIONS À  
L'ADOPTION CHEZ DES ENFANTS ADOPTÉS À L'INTERNATIONAL :  
UNE ÉTUDE DE CAS

PAR  
SOPHIE DEMERS-BÉDARD

Karine Dubois-Comtois, directrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Lefebvre, évaluateuse

Université du Québec à Trois-Rivières

Martin St-André, évaluateur externe

Université de Montréal

## **Sommaire**

Les enfants issus de l'adoption internationale et leurs familles adoptives doivent composer avec de multiples épreuves et doivent affronter, dans certains cas, les conséquences médicales et psychologiques du parcours à l'étranger. Rêvant d'un enfant en bonne santé, les parents doivent souvent affronter les facteurs de risque présents avant ainsi qu'au moment de l'adoption et vivre avec des répercussions au plan comportemental. Ainsi, la notion de stress parental entre en jeu et peut être présente en plus ou moins grande quantité. De ce fait, l'objectif de l'essai est d'examiner s'il y a la présence d'une relation entre ces trois variables, soit les facteurs de risque de l'adoption, la présence de stress parental chez la mère adoptive et de problèmes intérieurisés et extériorisés chez l'enfant adopté à l'international. Afin de vérifier cet objectif, une étude de cas constituée de deux dyades mère-enfant issues d'un programme d'intervention relationnelle ont été sélectionnées. Les mères adoptives ont complété des questionnaires sur le stress parental, sur les comportements de l'enfant adopté et un questionnaire sur la situation sociodémographique ainsi que sur l'expérience relative à l'adoption. Les résultats suggèrent la présence d'un lien entre les trois variables énoncées. La direction du lien entre les problèmes de comportement et le stress parental vécu par la figure maternelle peut être bidirectionnelle. La mise en relation de ces variables met en relief les conséquences de l'adoption, souligne le besoin de s'attarder à l'historique de placement ainsi qu'au bien-être des parents adoptifs.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	3
L'adoption internationale au Québec .....	4
La situation de l'adoption entre 1990 et 2010 .....	5
Les conditions de vie avant l'adoption .....	7
Les orphelinats internationaux .....	8
Le bloc de l'Est .....	8
La Chine .....	9
L'Amérique centrale .....	10
Les familles d'accueil à l'international .....	10
Les conditions des nouveaux arrivants au Québec .....	12
Les problèmes de croissance .....	12
Les problèmes de développement .....	14
Les maladies .....	15
Les besoins spéciaux .....	16
Les problèmes de comportement .....	17
Les problèmes de comportement extériorisés .....	20

Les problèmes de comportement intérieurisés .....	23
Le stress parental.....	25
Les sources du stress parental .....	26
Le stress occasionné par les conditions médicales .....	27
Le stress occasionné par les problèmes de comportement.....	28
Objectif et hypothèses de recherche .....	30
Méthode.....	31
Participants.....	32
Instruments de mesure .....	33
Questionnaire sur le contexte sociodémographique et l'expérience d'adoption .....	33
Index de stress parental-Forme brève (ISP/FB).....	34
Liste de comportements pour enfants d'Achenbach (CBCL/1,5-5) .....	35
Déroulement.....	37
Résultats .....	38
Les conditions de vie des participants avant et au moment de l'adoption.....	39
Les problèmes de comportement .....	41
Le stress parental.....	42
Discussion .....	45
La présence de problèmes de comportement .....	46
Facteurs de risque et problèmes de comportement .....	48
Le nombre et l'âge des placements.....	48
Les conditions de vie .....	51

Les conditions médicales .....	52
L'âge à l'adoption .....	54
Le genre de l'enfant .....	57
La présence de stress parental .....	58
Facteurs de risque et stress parental .....	59
Problèmes de comportement et stress parental .....	60
Forces et limites de l'étude .....	62
Conclusion .....	64
Références .....	67

## **Liste des tableaux**

### Tableau

1	Profil sociodémographique des deux participants.....	40
2	Facteurs de risque avant et au moment de l'adoption des deux participants .....	40
3	Description des scores <i>T</i> au questionnaire CBCL pour les deux participants.....	42
4	Description des scores à l'Index de stress parental pour les deux mères des participants .....	44

## **Remerciements**

L'auteur souhaite exprimer toute sa gratitude à sa directrice de recherche, Madame Karine Dubois-Comtois, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour son écoute, sa disponibilité et sa rapidité. Son appui et ses critiques constructives ont permis de réaliser et de rédiger cet essai dans un environnement positif et stimulant. De cette collaboration avec Madame Dubois-Comtois est né un désir à poursuivre auprès d'une jeune clientèle psychiatrique ainsi qu'une volonté à approfondir davantage les connaissances sur un sujet qui est cher.

L'auteur tient également à remercier Madame Chantal Cyr, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal ainsi qu'à tous les collaborateurs et les participants pour avoir permis la concrétisation de cette recherche.

## **Introduction**

L'intérêt pour l'adoption internationale a pris de l'ampleur au courant des dernières années. Les parents se tournent de plus en plus vers ce type d'adoption alors que les chercheurs et les cliniciens s'intéressent davantage aux répercussions physiques et psychologiques de ce phénomène sur les nouveaux arrivants. Mais qu'en est-il des répercussions sur les parents adoptifs? Moins d'études se sont attardées à leur vécu et aux difficultés ressenties dues à l'arrivée d'un enfant adopté. Pourtant, ces derniers vivent également des changements et des ajustements majeurs. L'adoption exige de bonnes capacités d'adaptation chez l'enfant et peut susciter une quantité de stress plus ou moins importante chez les nouveaux parents.

La présente recherche est une étude de cas qui a pour but d'examiner s'il est possible d'observer un lien entre trois variables, soit les conditions de l'enfant avant et au moment de l'adoption, la présence de problèmes de comportement et le stress parental vécu par la figure maternelle. Le travail est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre présente le contexte de l'adoption internationale au Québec ainsi que des éléments théoriques concernant les problèmes de comportement et le stress parental. Le deuxième chapitre expose la méthodologie utilisée pour la recherche. Le troisième chapitre présente les résultats obtenus. Ces derniers sont ensuite discutés au chapitre suivant. Enfin, la conclusion est présentée au dernier et cinquième chapitre de ce travail.

## **Contexte théorique**

Le présent chapitre a pour but de définir la problématique de cette recherche. Les variables seront ainsi présentées dans une perspective théorique et empirique. Le contexte théorique se subdivise en quatre sections soit, l'adoption internationale au Québec, les problèmes intériorisés et extériorisés chez l'enfant, les sources du stress parental ainsi que l'objectif de l'étude et les hypothèses de recherche.

### **L'adoption internationale au Québec**

Depuis les 20 dernières années, on a dénoté plusieurs variations en matière d'adoption internationale au Québec. Les fluctuations du nombre d'adoptions sont influencées par les politiques, les règles procédurales en matière d'adoption, les critères de sélection des enfants dans les pays d'origine et les disponibilités des enfants admissibles à l'adoption internationale (Secrétariat à l'adoption internationale du Québec SAI, 2009). L'intérêt grandissant pour l'adoption à l'étranger a forcé les gouvernements à déployer des efforts afin d'assurer un meilleur contrôle sur le déroulement des procédures (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2010). Des organismes et des politiques ont été mis en place afin de coordonner les démarches de l'adoption et d'assurer plus de transparence ainsi que la protection des enfants.

### **La situation de l'adoption entre 1990 et 2010**

Les années 90 ont connu une hausse importante d'adoptions à l'étranger, surtout en raison de l'assouplissement de la législation (Beaulne, Lachance, & Nguyen, 2000). Ces changements législatifs ont facilité les procédures administratives et ont réduit la période d'attente pour les parents adoptifs. Le Québec a alors enregistré des années record avec une moyenne de 790 adoptions par année entre 1990 et 1999 (Beaulne et al., 2000). Selon ces mêmes données du Ministère de la Santé et des Services sociaux, les enfants provenaient principalement de la Chine (42,6 %), d'Haïti (12,6 %), de la Roumanie (6,5 %), de la Russie (5,4 %) et du Viêt Nam (4,4 %). Majoritairement de sexe féminin (72,5 %), les enfants adoptés avant 11 mois représentaient près des deux tiers des adoptions internationales suivis des enfants âgés de plus de 23 mois dans une proportion de 23,5 % et des enfants âgés entre 12 et 23 mois dans une proportion de 18,9 % (Beaulne et al., 2000).

De 2004 à 2008, les statistiques rapportent une baisse de plus de 50 % du nombre d'adoptions passant de 817 à 400 adoptions par année (Secrétariat à l'adoption internationale du Québec SAI, 2008). On attribue cette diminution à la chute de plus de 70 % des adoptions en provenance de la Chine, passant ainsi de 464 adoptions en 2003 à 127 en 2008. La Chine a toujours été le pays d'origine le plus populaire en représentant près de la moitié de toutes les adoptions internationales réalisées par les Québécois (SAI, 2008). Deux raisons expliquent la diminution du niveau d'adoptions en Chine : l'augmentation des adoptions nationales et la diminution du nombre d'abandons,

notamment en raison du développement de l'économie chinoise et de l'amélioration des conditions de vie (SAI, 2010a).

Par la suite, de 2008 à 2010, le Québec a connu de nouveau une augmentation passant de 400 à 595 adoptions par année principalement en provenance d'Haïti, de la Chine et du Viêt Nam (Bilan des Directeurs de la jeunesse, 2010; SAI, 2010b). Trois raisons sont à l'origine de cette seconde hausse : la concrétisation de plusieurs adoptions en Chine remontant aux années 2005 et 2006, le bon fonctionnement de deux organismes agréés au Viêt Nam ainsi que l'arrivée d'enfants haïtiens au Québec suite au tremblement de terre en janvier 2010 (SAI, 2010b).

De nos jours, on observe une forte augmentation de la demande de la part des pays d'accueil et une baisse de l'offre en provenance des pays d'origine (Boéchat, 2006). D'une part, les raisons pour adopter un enfant se sont multipliées. Certains parents disent vouloir adopter par désir humanitaire alors que d'autres le font pour des raisons de santé (Lammerant & Hofstetter, 2007; SAI, 2011a). D'autre part, la baisse de l'offre est reliée aux différences juridiques et diplomatiques ainsi qu'à la diminution du nombre d'enfants adoptables en bonne santé. En effet, le China Center of Adoption Affairs (2010) indique qu'en Chine, le nombre d'enfants en bonne santé mis en adoption est susceptible de continuer à baisser dû à l'amélioration de l'économie chinoise, à l'augmentation des adoptions nationales et aux mesures mises en place pour prévenir la traite des enfants. L'adhésion au principe de subsidiarité suite à la Convention de La Haye signée en 1993

joue également un rôle dans la baisse de l'offre à l'échelle mondiale. Ce principe précise que l'adoption internationale est subsidiaire à l'adoption interne, donc que l'internationalisation de l'enfant doit être envisagée qu'après avoir constaté l'impossibilité d'un placement dans son milieu familial, dans sa communauté ou dans son pays (Agence Française de l'Adoption, 2011; Conférence de La Haye de droit international privé, 2008; SAI, 2011c).

Enfin, on rapporte de plus en plus d'enfants adoptés ayant des problématiques et des besoins spécifiques. L'application du principe de subsidiarité explique l'importante augmentation de la proportion d'enfants à besoins spécifiques proposés en adoption internationale, puisque les enfants sans difficulté sont plus facilement adoptés nationalement (Agence Française de l'Adoption, 2011). D'ailleurs, en 2010, la délégation de la Chine déclarait ouvertement « qu'elle avait mis l'emphase sur le nombre d'enfants à besoins spéciaux et plus vieux et la nécessité de trouver des parents qualifiés pour les adopter au niveau international » [traduction libre] (China Center of Adoption Affairs, 2010).

### **Les conditions de vie avant l'adoption**

Les conditions de vie avant le placement officiel dans les familles adoptives ne font partie d'aucune entente intergouvernementale. Les pays gèrent les institutions selon la culture, les moyens financiers et les ressources humaines de chacun. Les expériences postnatales sont difficiles pour les orphelins dans de nombreux pays autant au plan

physique qu'au niveau affectif. L'enfant adopté peut développer un sentiment d'insécurité et un manque au plan affectif dû au séjour prolongé en institution (Lambert, 2008) et peut manquer d'éléments essentiels pour assurer un bon développement physique et cognitif. Malgré les conditions toujours ardues dans plusieurs régions du monde, des améliorations ont toutefois été apportées au courant des dernières années. Notamment, avec l'aide d'UNICEF qui, par exemple, fournit aux orphelins d'Haïti de la nourriture, de l'eau potable, des abris confortables ainsi qu'un soutien psychologique et social (Tidey, 2010).

### **Les orphelinats internationaux**

**Le bloc de l'Est.** La Roumanie a soulevé l'indignation au début des années 90. Après la chute du régime pro-nataliste de Nicolae Ceaușescu, on a découvert 700 institutions abritant 300 000 enfants orphelins ou abandonnés de fait (Chicoine, Lemieux, & Germain, 2003). On rapportait que les enfants étaient en piteux état et que le taux de mortalité dû aux infections et à la négligence dans un de ces établissements était de 40 % (Human Rights Watch, 1996). Plus récemment, une étude du St. Petersburg-USA Orphanage Research Team (2005) observait chez les employés des orphelinats russes un manque de sensibilité, d'émotion, d'expression et d'interaction avec les orphelins. Selon l'équipe de recherche, ces caractéristiques font partie de la culture des institutions. Malgré l'absence de soins émotionnels adéquats, la qualité des soins de santé dans ces établissements était toutefois aussi appropriée que celle fournie dans les foyers américains. Cela s'explique par le fait qu'ils sont sous la responsabilité

du Ministère de la Santé russe, pour qui, la sécurité et la santé des enfants sont importantes. D'autres chercheurs qui ont questionné 71 employés dans un orphelinat en Ukraine ont reçu comme témoignage de la majorité du personnel que les orphelins étaient plus en sécurité à l'extérieur des institutions (Vashchenko, Easterbrooks, & Miller, 2010). Néanmoins, ces employés semblaient reconnaître l'importance des soins émotionnels chez les enfants en bas âge. Il faut cependant souligner que cette recherche contient une limite importante puisqu'aucune observation directe n'a été effectuée par les chercheurs.

**La Chine.** Un éventail de documents officiels rapportait une vision négative des conditions de vie des orphelins chinois dans les années 90. Les statistiques démontraient que le taux de survie au-delà de la première année au China's welfare institutions nationwide était de moins de 50 % et que dans quatre provinces, Fujian, Shaanxi, Guangxi et Henan, le taux de mortalité annuel des orphelins en institution variait de 59,2 % à 72,5 % (Human Rights Watch, 1996). Dans les dernières années, les établissements ont connu de grandes améliorations, mais plusieurs facteurs semblent toujours défaillants. On retrouve encore un ratio trop élevé d'enfants par employé, de la malnutrition, un niveau de stimulation inadéquat, un manque de chauffage dans les bâtiments et des conditions insalubres (Cohen, Lojkasek, Zadeh, Pugliese, & Kiefer, 2008). Une étude de Wang (2010) effectuée lors de trois passages dans un orphelinat chinois rapportait qu'une partie seulement de l'établissement était adéquate. D'autres installations séparées de l'institution principale étaient inadaptées et à court d'employés.

Lors de cette recherche, un bénévole britannique soulevait que « cet orphelinat est un endroit fantastique si vous survivez jusqu'à l'âge de quatre ans. Mais jusqu'à ce moment-là, c'est certainement la survie du plus fort » [traduction libre] (p. 143).

**L'Amérique centrale.** Une étude de Groark, McCall et Fish (2011) effectuée auprès de trois orphelinats rapportait des installations minimales quant à l'éclairage, l'ameublement, les jouets et l'équipement. Une institution comptait jusqu'à 50 enfants dans la même chambre et environ un aidant pour huit ou douze enfants. Néanmoins, la recherche rapportait un personnel chaleureux et souriant. Dans l'ensemble, le président-directeur général de Whole Child International rapportait que les conditions présentes dans ces institutions de l'Amérique centrale étaient représentatives des orphelinats à travers le monde (Groark, McCall & Fish, 2011). Ce dernier avait visité environ 100 orphelinats dans 15 pays sur quatre continents différents.

### **Les familles d'accueil à l'international**

Bien que les conditions de vie des enfants dans les orphelinats internationaux se soient améliorées au cours des dernières années, les différentes études suggèrent qu'il s'agit d'un milieu à risque pour les orphelins d'y vivre de la négligence à plusieurs niveaux (physique, nutritionnel, émotionnel). Or, dans certains pays, les familles d'accueil représentent une autre option pour les enfants abandonnés. Ce type de placement est bénéfique pour l'enfant en lui permettant de vivre l'expérience d'un milieu familial et en lui offrant une plus grande stabilité.

Carey (2007) rapporte qu'une étude effectuée auprès des orphelins roumains placés en familles d'accueil et en orphelinats observait un meilleur quotient intellectuel chez le premier groupe avec une différence significative de huit points. De plus, l'étude indiquait que plus tôt les enfants arrivaient en famille d'accueil meilleur était le résultat au plan intellectuel. Une méta-analyse regroupant 75 études sur plus de 3 800 enfants dans 19 pays rapportait à son tour un écart de 20 points entre le quotient intellectuel des enfants vivants dans une famille d'accueil ou chez leurs parents biologiques et ceux placés en orphelinats (van IJzendoorn, Luijk, & Juffer, 2008). Cette fois-ci au Guatemala, Miller, Chan, Comfort et Tirella (2005) ont comparé des nouveaux arrivants aux États-Unis provenant de familles d'accueil et d'orphelinats. Ils observaient que les enfants placés en famille d'accueil avant l'adoption avaient une meilleure croissance et de meilleures habiletés cognitives que les enfants placés en institution. L'équipe de recherche conclut à l'importance d'un placement chez une famille d'accueil plutôt qu'en orphelinat lorsque ce type de placement est possible. Toutefois, des chercheurs allemands avancent qu'il n'y a pas de méthode standardisée, du moins en Allemagne, pour choisir l'endroit où l'enfant sera placé bien que ceux en bas âge ont plus de chance d'intégrer une famille d'accueil qu'une institution (Nowacki & Schoelmerich, 2010). Les mêmes auteurs indiquent également que le choix de placement en famille d'accueil peut dépendre de la disponibilité des familles et de l'obtention du consentement de la famille biologique.

### **Les conditions des nouveaux arrivants au Québec**

Plusieurs enfants adoptés ont de graves problèmes de santé attribuables aux conditions de vie avant l'adoption, à la malnutrition et aux infections (Chicoine et al., 2003). En 2010, les enfants adoptés à destination du Québec ont passé, en moyenne, plus de 30 mois dans leur pays d'origine (SAI, 2010b) où la privation de nutrition et le manque de stimulation, d'attention et de ressources sont courants. Certains de ces enfants arrivent alors dans leur famille adoptive avec des problématiques qu'il faut rapidement diagnostiquer. Néanmoins, il faut savoir que plusieurs d'entre elles ont de bonnes chances de se résorber. Ces problématiques fréquemment identifiées dans les études et décrites plus en détail dans cette section sont les suivantes : problèmes de croissance et de développement, maladies et besoins spéciaux. À cela, certains auteurs ont identifié des facteurs prénataux pouvant également contribuer au niveau d'adaptation de l'enfant adopté à l'international tels la malnutrition, l'exposition aux drogues et le stress maternel (Brodzinsky & Palacios, 2005). Toutefois, puisque la cueillette de ces informations est difficile à réaliser et souvent peu fiable, ces facteurs ne seront pas explorés davantage dans le cadre de cet essai.

**Les problèmes de croissance.** Un grand pourcentage des enfants adoptés à l'étranger présente une taille sous le 5<sup>e</sup> percentile de croissance lors de leur arrivée (Chicoine et al., 2003; Gunnar, 2010; Judge, 2003). Selon les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (1998) : « Le retard de croissance est associé à une réduction prolongée des apports alimentaires ». La malnutrition est considérée comme un des principaux

facteurs responsables des hauts taux de retards de croissance chez les enfants adoptés à l'étranger (Chicoine et al., 2003). On parle ainsi de la malnutrition protéino-énergétique, soit un déficit alimentaire en protéines, mais également une insuffisance en minéraux, vitamines et acides gras essentiels (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1998).

Les mauvaises pratiques alimentaires, le manque d'accès à la nourriture et les infections conduisent principalement à cette malnutrition (Organisation mondiale de la santé, 2001). Près d'un milliard de personnes dans le monde est sous-alimenté, dont 98 % vivant dans les pays en voie de développement (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2010). Un rapport d'Oxfam International (2009) confirme que plus de la moitié des décès d'enfants dans ces pays est en lien avec la malnutrition. Les pays en voie de développement incluent les quatre pays d'origine choisis par la majorité des parents québécois, soit la Chine, le Viet Nam, Haïti et la Colombie (SAI, 2010b).

Une insuffisance alimentaire nuit à la satisfaction des besoins de base de l'organisme pour son entretien, sa croissance et son développement (Latham, 2001). La malnutrition peut avoir de lourdes conséquences, telles qu'une déficience du système immunitaire et une perturbation du développement cérébral (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1998; Orsini & Pellet, 2005). Une carence alimentaire dans les deux premières années de vie combinée avec un faible niveau socioéconomique est associée à des retards de croissance du cerveau et du développement mental (Judge, 1999). Une

étude menée auprès de plus de 2000 enfants aux Philippines rapportait qu'il existait un lien entre la malnutrition au début de la vie et des troubles de développement intellectuel chez l'enfant (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1998). Une équipe de recherche canadienne rapportait également que les participants présentant un meilleur état nutritionnel affichaient des résultats plus élevés dans les échelles développementales (Pomerleau et al., 2005).

**Les problèmes de développement.** L'expérience vécue par la majorité des enfants orphelins avant l'adoption, soit la malnutrition, les mauvaises conditions des institutions et le manque de stimulation mettent leur développement à risque (Glennen, 2002; Johnson & Dole, 1999; Johnson et al., 1992; Judge, 1999; Mason & Narad, 2005; Meacham, 2006). Le retard global de développement est commun chez cette population et il est fréquent d'observer des délais développementaux dans plusieurs domaines, soit les habiletés motrices globales et fines, le langage ainsi que le développement cognitif (Welsh, Viana, Petrill, & Mathias, 2007).

Suite à la chute du régime communiste roumain, des études observaient chez une grande proportion d'orphelins des délais développementaux importants (Johnson et al., 1992; Kaler & Freeman, 1994). Aux États-Unis, une étude rapportait que seulement 15 % des participants en provenance de la Roumanie étaient en bonne santé physique et se développaient normalement (Johnson et al., 1992). À la fin des années 90, d'autres chercheurs ont évalué des enfants en provenance des institutions de l'Europe de l'Est et

de l'ancienne Union soviétique (Albers, Johnson, Hostetter, Iverson, & Miller, 1997). L'évaluation du développement démontrait que la plupart des enfants avaient des retards dans un ou plusieurs domaines de développement. La motricité globale accusait un retard dans 70 % des cas, la motricité fine dans 82 % et les compétences linguistiques chez 59 % des enfants.

Une autre étude, cette fois auprès d'une population chinoise, rapportait que 75 % des enfants adoptés présentaient des retards développementaux significatifs dans au moins un domaine et 44 % des enfants accusaient un retard global de développement (Miller & Hendrie, 2000). À l'inverse, des analyses effectuées auprès d'enfants placés en institution et en famille d'accueil au Guatemala indiquaient que la majorité des participants avaient un bon développement et que seulement 14 % des enfants avaient un retard global de développement (Miller et al., 2005). Une autre recherche rapportait n'avoir trouvé aucune différence développementale par rapport à la norme chez leurs 70 participants adoptés majoritairement en Asie (Londen, Juffer, & van IJzendoorn, 2007).

**Les maladies.** À leur arrivée dans leur pays d'accueil, plus de la moitié des enfants adoptés sont diagnostiqués avec une ou plusieurs pathologies (Chalvignac, Marchou, & Mas, 2010; Hostetter et al., 1991; Hostetter, Iverson, Dole, & Johnson, 1989; Miller, Tseng, Tirella, Chan, & Feig, 2008). L'hépatite B, les parasites intestinaux et l'infection des voies respiratoires font partie des maladies les plus couramment rencontrées auprès des enfants adoptés à l'étranger (Edelsward, 2005).

Environ 2 milliards de personnes sont infectées par l'hépatite B à l'échelle internationale et 600 000 personnes en meurent annuellement (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Cette maladie du foie a une forte prévalence en Afrique et en Asie (Agence de la santé publique du Canada, 2007; Chicoine, Chicoine, & Bonnin, 1995). La proportion des nouveaux arrivants infectés par l'hépatite B varie considérablement; Saiman et collègues (2001) diagnostiquaient l'hépatite B chez 2.8 % des enfants, Miller et Hendrie (2000) chez 9 % alors que Johnson et collègues (1992) rapportaient que plus la moitié de l'échantillonnage avait eu ou avait toujours une hépatite B au moment des mesures. En ce qui a trait aux parasites intestinaux, Chicoine et ses collègues (2003) rapportent que des dizaines d'études réalisées aux États-Unis, en France, en Australie et au Canada auprès des enfants adoptés à l'international présentent un taux de prévalence de parasitose intestinale variant entre 15 % et 55 %. Enfin, l'infection des voies respiratoires s'explique principalement par les conditions dans les institutions (Chicoine et al., 2003). Des observations effectuées sur 123 enfants adoptés ont démontré que 65,5 % des participants de la Chine et 57,7 % de ceux en provenance de la Russie arrivaient au Québec avec des infections respiratoires (Pomerleau et al., 2005).

**Les besoins spéciaux.** Tel que mentionné précédemment, la population d'enfants adoptés avec des besoins spéciaux est en pleine expansion due à l'application du principe de subsidiarité. Selon l'Agence Française de l'Adoption (2011), un enfant à besoins spéciaux est «un enfant juridiquement et psychologiquement adoptable, mais pour lequel il est très difficile de trouver une famille correspondant à ses besoins

particuliers » (p. 1). Cela peut être dû à un handicap physique, mental ou comportemental, à la race, à l'âge ou à l'appartenance à une fratrie (Perry & Henry, 2009). En d'autres mots, les auteurs incluent en plus de la présence d'un handicap mental ou physique, les problématiques psychologiques et émotionnelles, les enfants plus âgés (certains auteurs parlent d'enfants âgés de plus de 3 ans), les enfants ayant expérimentés des sévices physiques ou sexuels ou de la négligence, les enfants devant être placés dans la famille adoptive avec leur fratrie, les enfants en provenance d'une minorité culturelle/ethnique, les enfants ayant été exposés à l'alcool ou à d'autres drogues et les enfants atteints d'une maladie chronique ou aiguë (Agence Française de l'Adoption, 2011; Groza & Ryan, 2002; Henry, 1999; Leung & Erich, 2002; Rosenthal, Groze, & Curiel, 1990; Rycus & Hughes, 1998). À ce jour, il n'y a aucun chiffre disponible concernant le nombre d'enfants à besoins spéciaux adoptés au Québec. Par conséquent, on ne connaît pas les types de besoins spéciaux les plus fréquemment rencontrés par les parents adoptifs.

### **Les problèmes de comportement**

La deuxième section fait référence à une conséquence possible du contexte entourant l'adoption, soit le développement de problèmes de comportement. Tel que présenté dans les paragraphes précédents, les conditions de vie des enfants avant l'adoption ne sont pas toujours faciles. Selon Dayan (2003), les enfants issus de l'adoption internationale rencontrent un nombre important de facteurs de risque. Une équipe de recherche québécoise rapporte que certains enfants adoptés sont jusqu'à 10

fois plus susceptibles de développer des troubles cliniques dépendamment de l'âge, de l'époque de l'adoption et du pays d'origine (Tessier et al., 2005). Les divers changements d'aidants naturels dans les institutions peuvent jouer un rôle dans le développement de problèmes de comportement et augmenter le risque que l'enfant présente des perturbations au plan affectif et de fortes réactions physiques ou émotionnelles face aux situations relationnelles. En plus de cette instabilité, peu d'employés démontrent de la sensibilité et offrent du support émotionnel ainsi qu'une interaction chaleureuse (Merz & McCall, 2010). La constance, la sensibilité, la disponibilité et la proximité sont des concepts clés pour assurer le bien-être chez l'enfant et la qualité du lien d'attachement (Ministère de la Santé et de Services sociaux, 2005). La qualité de ce lien d'attachement constitue une variable importante puisqu'elle a un impact sur le développement social ultérieur et sur la personnalité de l'enfant (Bowlby, 1973). Il faut aussi mentionner que les enfants adoptés ont moins la chance de faire l'apprentissage d'habiletés sociales, de la gestion des émotions et de la résolution de problèmes dans les institutions où les employés sont peu sensibles aux besoins émotionnels des enfants. À cet égard, des études démontrent que des retards de développement au plan social et émotionnel sont fréquents chez les enfants adoptés (Albers et al., 1997; Welsh et al., 2007).

La Direction des services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2007) décrivent les problèmes de comportement comme « un ensemble de réactions observables et structurées qui démontrent la

désorganisation de l'enfant dans les différentes sphères de sa vie (famille, scolaire, sociale et personnelle) » (p. 9). Les problèmes de comportement peuvent être influencés par certaines variables biologiques, familiales, culturelles et scolaires (Ministère de l'Éducation du Québec, 1992). Les explications de l'origine et de l'évolution des patterns individuels d'adaptation font souvent référence à un champ spécifique, soit le modèle transactionnel. Ce modèle, qui s'impose actuellement en psychologie de la santé, propose un processus dynamique où la personne et le contexte s'influencent mutuellement (Untas, Koleck, Rasclé, & Bruchon-Schweitzer, 2012). Il offre ainsi une explication à l'apparition des désordres au cours du développement en intégrant à la fois la médiation parents-enfant et le contexte (culture, environnement, famille). Selon Lynch et Cicchetti (1998), ces facteurs interagissent, dialoguent les uns avec les autres et façonnent le développement individuel et d'adaptation. Parmi l'ensemble des variables issues de l'environnement de l'enfant, ce modèle propose que les interactions parent-enfant, en tant que système proximal, aient un impact plus important sur le fonctionnement de l'enfant que des variables distales, telles les caractéristiques des parents ou de la communauté. Le modèle transactionnel, pourrait ainsi, expliquer comment les influences individuelles, parentales et contextuelles interagissent réciproquement et comment l'enfant adopté en vient à développer ou non des difficultés comportementales.

Selon les données d'une étude québécoise, la petite enfance serait une période critique en ce qui concerne l'apparition de problèmes au plan comportemental et

émotionnel (Baillargeon et al., 2007). Par la suite, on avance que 5 % à 15 % des jeunes sont à risque de développer des problèmes de comportement entre la maternelle et le secondaire où près de 1 % à 7 % des jeunes présentent des problèmes majeurs de comportement (Royer, 2009). Ces problématiques sont généralement regroupées sous deux formes, soit les problèmes de comportement de type extériorisé et les problèmes de comportement de type intérieurisé. Ces troubles sont évalués d'une manière précise et selon des critères fixes présentés dans des manuels diagnostiques reconnus par le secteur médical. Les principaux outils diagnostiques en psychiatrie évaluant ces troubles sont le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR: American psychiatric association, 2003), la classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance (DC : 0-3R: Zero to Three [Organization], 2005) ainsi que la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10: Organisation mondiale de la santé, 1993).

### **Les problèmes de comportement extériorisés**

Les problèmes de comportement de type extériorisé regroupent l'ensemble des manifestations comportementales dirigées vers l'extérieur de l'enfant ou de l'adolescent. Selon Roskam, Kinoo et Nassogne (2007), les problèmes de comportement extériorisés se manifestent par de l'agressivité, de l'agitation, de l'impulsivité et un manque d'obéissance ou de respect des limites données. Ces mêmes auteurs rapportent que les causes des problèmes de comportements extériorisés sont multifactorielles et qu'on retrouve trois domaines étiologiques. Le premier fait référence aux facteurs

constitutionnels, c'est-à-dire les prédispositions organiques ou l'aspect neurologique de l'enfant. Le deuxième est relié aux facteurs épigénétiques liés à l'éducation, par exemple le contexte relationnel et la cohérence ou les incohérences éducatives. Le dernier domaine englobe les facteurs environnementaux actuels. On parle alors des événements qui vont influencer l'enfant à court et moyen terme, tels qu'une rentrée scolaire, un deuil, une séparation dans la famille ou un déménagement. On dit que ce type de problématique se précise à l'âge scolaire, qu'il s'amplifie à la fin du primaire et qu'il peut engendrer une désorganisation chez l'enfant à l'adolescence due à l'impulsivité et à la recherche de gratification immédiate (Direction des services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2007). Dépendamment des auteurs, les problèmes extériorisés peuvent inclure : le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites, le trouble du comportement perturbateur non spécifié et le trouble explosif intermittent (Gasman & Allilaire, 2009).

Chicoine et ses collègues (2003) affirment que le principal motif de consultation en service social et en psychologie chez les enfants en Amérique du Nord est relié aux écarts de comportement, spécialement la désobéissance des enfants. Ils ajoutent que certains jeunes adoptés plus fragilisés testeront la base de sécurité offerte par les parents adoptifs avec beaucoup de violence. Pour les enfants adoptés, les problèmes de comportement ou les problèmes extériorisés seraient un mode privilégié d'expression des difficultés liées à l'abandon et à l'adoption (Beine, Constant, & Goffinet, 2008).

Dans le même ordre d'idées, Bowlby (1973) prétend que toute menace reliée à la perte crée de l'anxiété et de la tristesse, ce qui suscite de la colère chez l'enfant se manifestant par de l'agressivité.

Certaines études observent la présence d'une plus haute prévalence de problèmes extériorisés chez les enfants adoptés que chez les enfants non adoptés (Beine, Constant, & Goffinet, 2008; Merz & McCall, 2010; Rosnati, Montirosso, & Barni, 2008; Simmel, Brooks, Barth, & Hinshaw, 2001). En 2003, une méta-analyse regroupant plus de 15 000 participants rapportait également, malgré une légère différence, la présence de plus de problèmes de type extériorisé chez les enfants adoptés (Bimmel, Juffer, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2003). Certains observent que le genre masculin est plus susceptible de développer ce type de problématiques que le genre féminin (Habersaat et al., 2010; Kuperminc, Leadbeater, & Blatt, 2001). Par ailleurs, Verhulst (2000) observait deux fois plus de problèmes de conduite chez les garçons adoptés que chez les garçons non adoptés dans la population des 12 à 15 ans et une étude de Stams, Juffer, Rispens et Hoksbergem (2000) classait 25 % des garçons adoptés parmi les problèmes extériorisés alors que la moyenne dans la population en général ne dépasse pas 10 %.

En revanche, une étude canadienne n'a trouvé aucune différence entre les enfants institutionnalisés en provenance de la Roumanie et les enfants nés au Canada en ce qui a trait aux problèmes extériorisés (Fisher, Ames, Chisholm, & Savoie, 1997). D'autre part, Tan et Marfo (2006) observaient moins de problèmes extériorisés chez leurs participants

adoptés de la Chine comparativement à la norme américaine. Néanmoins, il est important de souligner que cette étude comportait un échantillonnage exclusivement de genre féminin et que selon les auteurs, l'environnement unique au plan social, culturel et politique qui entoure l'adoption en Chine et le tempérament des enfants chinois peuvent expliquer, en partie, l'excellente adaptation comportementale de ces derniers.

### **Les problèmes de comportement intérieurisés**

Les problèmes de comportement de type intérieurisé sont dissimulés à l'intérieur de l'individu et se présentent sous forme d'anxiété, de tristesse, d'isolement, de dépendance et de faible estime de soi. Ils englobent les troubles phobiques, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur dans le DSM-IV (Gasman & Allilaire, 2009). On peut ainsi inclure parmi les problèmes de type intérieurisé l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée, la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif, les troubles somatiques, l'état de stress post-traumatique, le trouble dépressif majeur, le trouble dysthymique et le trouble bipolaire (Callahan, Panichelli-Mindel, & Kendall, 1996). Cramer, Widmer-Robert-Tissot et Serpa (2002) affirment que la documentation scientifique indique une plus forte prévalence de cette problématique chez les filles alors que les problèmes extérieurisés sont plus souvent associés au genre masculin. Ils déclarent également que les problèmes de comportement intérieurisés sont moins manifestes et dérangeants que les problèmes extérieurisés et, certains sont plus difficiles à identifier par l'entourage puisqu'ils ne sont pas faciles à décoder. Par conséquent, ces enfants sont moins souvent dépistés à l'école d'après, d'une part, à leurs

comportements moins turbulents que leurs pairs ayant des problèmes extériorisés et, d'autre part, aux enseignants qui sont peu habiles à déceler les symptômes dépressifs et anxieux (Marcotte, Cournoyer, Gagné, & Bélanger, 2005).

Des recherches ont comparé le taux de problèmes intérieurisés chez les enfants adoptés et chez les enfants non adoptés. Une étude de Tessier et collègues (2005) observait en majorité plus de problèmes anxieux et affectifs chez les enfants adoptés à l'international que chez les enfants de la population générale du Québec autant dans le groupe des 6-7 ans que dans celui des 10-12 ans. Néanmoins, il faut souligner que la prévalence des problèmes somatiques différait peu entre les deux populations. Dans le même ordre d'idées, selon les données d'une équipe de recherche de l'Université du Minnesota, les enseignants rapportaient plus d'anxiété chez les jeunes adoptés à l'international que chez les adolescents non adoptés (Keyes, Sharma, Elkins, Iacono, & McGue, 2008). De plus, les parents rapportaient significativement plus de symptômes intérieurisés, particulièrement d'anxiété de séparation et de dépression, chez les adolescents adoptés localement et à l'international que dans l'échantillonnage des adolescents non adoptés. Une autre étude, cette fois de Miller, Fan, Christensen, Grotewant et van Dulmen (2000) rapportaient une plus faible estime de soi, plus de détresse émotionnelle et moins d'espérance envers le futur chez les jeunes adoptés que parmi les adolescents non adoptés. Il faut souligner qu'aucune étude comparant les enfants d'âge préscolaire n'a pu être trouvée.

À l'opposé, une étude de Tan, Camras, Deng, Zhang et Lu (2012) observait chez leurs participants adoptés moins de problèmes de type intérieurisé que la norme américaine tout comme la recherche de Kim, Shin et Carey (1999) observait que leurs participants adoptés de la Corée avaient moins de problèmes intérieurisés que les enfants biologiques de leur famille adoptive. Les auteurs de cette dernière recherche avancent que ces résultats peuvent s'expliquer, entre autres, par la perception différente que peuvent avoir les parents adoptifs de l'enfant adopté et de l'enfant biologique ou encore par le fait que les enfants d'origine Coréenne s'ajustent généralement bien suite à l'adoption. Les résultats d'une autre étude observaient également des enfants adoptés avec une meilleure estime de soi que la norme suédoise et des résultats dans la norme en ce qui concerne la composante « bien-être psychologique » (Cederblad, Höök, Irhammar, & Mercke, 1999). En terminant, contrairement aux résultats sur les comportements extériorisés, la même méta-analyse de Bimmel et ses collègues (2003) n'a observé aucune différence entre les enfants adoptés et non adoptés pour ce qui a trait aux problèmes intérieurisés.

### **Le stress parental**

La présente section s'intéresse précisément au stress vécu par les parents dans leur rôle parental. Ce dernier se définit par des difficultés ressenties suite aux demandes et aux tâches reliées au fait d'être parent (Antony et al., 2005). Selon Pronovost (2007), plusieurs familles trouvent difficile de concilier travail, vie personnelle et vie familiale. Le parent doit ainsi être doté de bonnes ressources (ex. support social, alliance parentale,

ressources matérielles) pour traverser le quotidien, mais également pour remplir son rôle parental tout en adoptant un comportement approprié envers son enfant (Abidin, 1992).

### **Les sources du stress parental**

Abidin (1992) nomme sept facteurs susceptibles de causer du stress chez les parents dans la population générale : les caractéristiques du parent, le travail, l'environnement, la relation conjugale, les tâches quotidiennes, les événements de vie et les caractéristiques de l'enfant. La présence de facteurs de vulnérabilité individuelle chez le parent n'est également pas à négliger. En effet, plusieurs enjeux interpersonnels peuvent favoriser la présence de stress tels que l'état d'esprit d'attachement du parent et l'hérédité psychologique ou psychiatrique (Barlow & Durand, 2008; Bertrand, Gély-Nargeot, & Siksou, 2009; Mills-Koonce, Appleyard, Barnett, Deng, Putallaz, & Cox, 2011). Par exemple, un parent avec une fragilité à l'anxiété pourrait se trouver plus facilement exacerbé par le stress familial ou par les difficultés présentées par son enfant. En plus des stresseurs communs chez tous les parents, les parents adoptifs ont, de surcroit, à s'adapter à la configuration unique de leur famille (Judge, 2003) et à vivre des stresseurs additionnels en lien avec le processus de l'adoption (Palacios & Sánchez-Sandoval, 2006). Les familles adoptives doivent passer des évaluations afin d'examiner, notamment, leurs motivations à l'adoption et leur histoire personnelle (St-André & Keren, 2011) sans compter qu'elles ont à traverser différentes épreuves pouvant inclure le deuil de leur capacité à procréer et la période d'attente de l'enfant qui suscite de l'incertitude (Senecky et al., 2009). Il faut ajouter le stress relié à l'arrivée d'un enfant

avec une culture, une langue et une hérédité différentes. Finalement, il ne faut pas oublier que les parents doivent décider du moment opportun afin de communiquer les détails concernant l'adoption et gérer la réaction de leur enfant. L'anticipation de ce dévoilement est d'ailleurs souvent vécue comme un stress important chez le parent.

### **Le stress occasionné par les conditions médicales**

Le bilan médical du nouvel arrivant peut soulever des questionnements et des craintes. Bien qu'aucune recherche n'ait pu être trouvée comparant les parents adoptifs, certains auteurs se sont attardés au stress chez les parents dans la population générale qu'occasionne des conditions médicales difficiles chez leur enfant. Les résultats discutés sont donc susceptibles d'être semblables pour les parents adoptants dont l'enfant présente les mêmes problématiques.

Les données de deux recherches canadiennes rapportaient plus de stress chez les parents ayant des enfants aux prises avec des handicaps développementaux que les parents avec des enfants en bonne santé (Dyson, 1997; Lopez, Clifford, Minnes, & Ouellette-Kuntz, 2008). Une autre étude rapportait que 35 % des mères avec un enfant atteint d'un handicap intellectuel avaient une mauvaise santé générale contre 25 % chez les mères avec un enfant sans handicap intellectuel (Emerson, 2003). De même que 36 % des mères affirmaient que leur enfant handicapé les inquiétait dans une grande mesure contre 5 % des participantes ayant un jeune sans handicap intellectuel.

À l'inverse, les résultats de l'étude de Keller et Honig (2004) observaient que les parents d'enfants handicapés avaient un niveau de stress dans la normale. Les auteurs expliquent qu'un haut niveau de stress familial est normalement causé par la présence de caractéristiques comportementales qui rendent difficiles l'éducation de l'enfant et non par la présence d'un handicap. Il faut également mentionner que bien qu'un lien entre le stress parental et le handicap de l'enfant ait été établi dans l'étude de Smith, Oliver et Innocenti (2001), ces chercheurs avancent que le fonctionnement familial est un meilleur prédicteur du niveau de stress vécu par les parents.

### **Le stress occasionné par les problèmes de comportement**

Le stress parental et les problèmes de comportement ont fait l'objet de nombreuses recherches parmi les parents adoptifs et semblent occuper une place importante dans les écrits. Judge (2003) affirme que les problèmes de comportement chez l'enfant adopté sont la source la plus déterminante du stress chez la mère et chez le père adoptifs. En lien avec cette hypothèse, les données d'une étude canadienne indiquaient que le niveau de stress chez le parent adoptif est plus fortement corrélé avec les problèmes de comportement de l'enfant adopté qu'avec tout autre type de besoins spéciaux (Mainemer, Gilman, & Ames, 1998). Les problèmes de comportement sont ainsi une variable importante à tenir compte auprès des parents adoptifs. Gupta (2007) a d'ailleurs démontré que le groupe de parents avec des enfants aux prises avec un déficit d'attention/hyperactivité rapportait la plus haute prévalence de stress comparativement à ceux avec des enfants atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap.

développemental. L'auteur explique que ces enfants s'adaptaien moins, qu'ils étaient exigeants, capricieux et qu'ils ne renforçaient pas le parent dans son rôle parental.

Les données de McGlone, Santos, Kazama, Fong et Mueller (2002) indiquaient également une corrélation positive entre les problèmes de comportement et le stress chez les parents adoptifs. Concernant les problèmes extériorisés, les menaces de violence perpétrées par l'enfant représentaient un grand stresseur chez les parents adoptifs alors que les problèmes de sommeil, les peurs et les insécurités ainsi que le manque de confiance à soi faisaient partie des problèmes intérieurisés associés au stress pour plusieurs parents. Enfin, une étude de Rijk, Hoksbergen, ter Laak, van Dijkum et Robbroeckx (2006) observait que la satisfaction de l'adoption et le stress parental étaient influencés par la présence de problèmes de comportement chez l'enfant adopté. Toutefois, les données confirmaient qu'à problématiques égales, les parents adoptifs démontraient plus de satisfaction et moins de stress que les parents naturels en ce qui concerne l'éducation de leurs enfants. Les auteurs expliquent ce phénomène par le fait que les enfants adoptés sont hautement désirés et que les parents adoptifs sont extrêmement dédiés à leur enfant.

Enfin, les analyses d'une étude longitudinale n'observaient pas de corrélation entre le statut d'enfant à besoins spéciaux et le stress parental (Viana & Welsh, 2010). Le revenu, l'âge de l'enfant et son genre n'étaient pas non plus perçus comme un facteur de stress. Néanmoins, les mères qui appréhendaient davantage la présence de problèmes

comportementaux et émotionnels avant l'adoption rapportaient un niveau de stress plus élevé six mois après l'adoption.

### **Objectif et hypothèses de recherche**

L'étude renseigne sur les conditions et sur les conséquences potentielles du contexte de l'adoption. Ainsi, l'objectif est d'étudier s'il y a un lien entre les facteurs de risque au moment de l'adoption et la présence de stress parental chez la mère et de problèmes intérieurisés et extérieurisés chez l'enfant adopté à l'international à l'aide de deux études de cas. Nous émettons l'hypothèse que l'enfant qui présente des problèmes intérieurisés et extérieurisés présentera des facteurs de risque avant et au moment de l'adoption et que sa mère rapportera un niveau élevé de stress. À l'opposé, nous nous attendons ainsi à ce que l'enfant qui ne démontre pas de problème intérieurisé ou extérieurisé présentera peu de facteurs de risque à l'adoption et que sa mère ne manifestera pas de stress parental.

## **Méthode**

Le deuxième chapitre a pour but de détailler la méthode utilisée pour cette recherche. Cette section présente les participants de l'échantillon, les instruments de mesure et le déroulement de l'expérimentation. Le devis de recherche utilisé est une étude de cas.

### **Participants**

Jusqu'à présent, 52 familles ont accepté de participer au projet de recherche visant à évaluer l'efficacité d'un programme intervention relationnelle, projet sous la direction de Chantal Cyr, professeure à l'Université du Québec à Montréal, et de Karine Dubois-Comtois, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le recrutement des participants s'est effectué par envoi postal ou par courriel avec l'aide d'organismes agréés à l'adoption internationale et du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance à Montréal. L'étude sollicite tous les parents ayant adopté un enfant à l'international présentement âgé entre 1 et 5 ans. Il faut mentionner que les familles ayant des enfants à besoins spéciaux peuvent participer au projet de recherche et que le recrutement s'est effectué parmi les familles adoptives de la région du grand Montréal, de la Montérégie, de Lanaudière et de Trois-Rivières. Pour la présente étude, deux dyades mère-enfant ont été recrutées parmi l'échantillon disponible. Afin de vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons sélectionné le participant qui a le résultat le plus élevé au questionnaire de comportements pour enfants d'Achenbach et celui qui a le

résultat le plus faible. La première famille est formée d'un enfant de genre féminin âgé de 37 mois, que l'on appellera Sarah dans l'étude, d'une mère de 46 ans et d'un père de 48 ans. La participante vit avec ses parents adoptifs et n'a aucune fratrie. La mère a fait des études universitaires de premier cycle et le père de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle. Les parents occupent un emploi rémunéré à temps plein et gagnent un salaire annuel brut se situant entre 75 000 \$ et 99 999 \$. La deuxième famille sélectionnée compte un enfant de genre masculin âgé de 38 mois que l'on surnommera Félix. Ce dernier vit avec ses parents adoptifs et un autre enfant adopté âgé de 72 mois. La mère a 37 ans et a fait des études universitaires de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle. Le père adoptif a 38 ans et a fait des études collégiales. Les parents occupent un emploi rémunéré à temps plein et font un salaire familial annuel brut de plus de 100 000 \$.

### **Instruments de mesure**

#### **Questionnaire sur le contexte sociodémographique et l'expérience d'adoption**

Ce questionnaire permet d'avoir un aperçu général des participants et de connaître les conditions de vie de l'enfant adopté. La première section s'intéresse à la situation socio-économique de la famille en abordant des questions relatives au statut matrimonial, au revenu familial, au niveau de scolarité des parents ainsi qu'au statut d'emploi de chacun. La deuxième section aborde les conditions de vie de l'enfant adopté avant et suivant l'adoption. La première sous-section propose des questions relatives au développement physique de l'enfant à son arrivée, à l'historique de placement (raison du placement, qualité des soins reçus avant son adoption, nombre de placements) et aux

réactions de l'enfant face à l'adoption. La sous-section suivante s'intéresse aux services reçus par le parent tels qu'une formation pré-adoption, un service post-adoption ou des services psychologiques. Une autre sous-section propose des questions sur la santé de l'enfant. Le parent doit faire un bilan des conditions médicales et de la prise de médicament.

### **Index de stress parental-Forme brève (ISP/FB)**

Le stress parental a été évalué à l'aide de la forme brève de l'index de stress parental développé par Richard R. Abidin (1990). Ce questionnaire auto-administré, évaluant le niveau de stress selon plusieurs dimensions à l'intérieur du système parent-enfant, peut être utilisé auprès de parents d'enfants âgés entre 0 et 10 ans. Composé de 36 items cotés à l'aide d'une échelle de type Likert à cinq points (1 = profondément d'accord à 5 = profondément en désaccord), cet instrument regroupe trois sous-échelles contenant chacune 12 items. L'addition du pointage donnant un score de plus de 90 indique un niveau élevé de stress parental alors qu'un score inférieur à 90 indique un niveau normal de stress parental. Le seuil clinique à chaque sous-échelle est de 30 points. La première sous-échelle évalue le degré de *détresse parentale*. Cette section questionne l'état de la mère face à son quotidien, à ses tâches et à ses responsabilités de parent. La deuxième sous-échelle regroupe des items correspondant aux *interactions dysfonctionnelles* entre parent-enfant. Le parent peut ainsi y lire des propositions semblables à « Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais » ou encore « Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que

ceux que j'ai présentement et cela me préoccupe ». Enfin, la troisième sous-échelle évalue les *difficultés de l'enfant*. Cette section investigue, notamment, l'humeur, les réactions et le comportement de l'enfant. Une étude de Reitman, Currier et Stickle (2002), qui a examiné les caractéristiques psychométriques de cet instrument, rapporte une consistance interne allant de bonne à excellente et des analyses de régression supportant une validité de construit. De plus, il est reconnu que la forme brève est hautement corrélée avec la version longue de l'Index de stress parental (Reitman et al., 2002) et les qualités métrologiques de la version longue française ont été validées (Bigras, Lafrenière, & Abidin, 1996; Lacharité, Éthier, & Piché, 1992).

### **Liste de comportements pour enfants d'Achenbach (CBCL/1,5-5)**

Les comportements des participants ont été évalués à l'aide du questionnaire CBCL version parent pour les enfants âgés de 1,5 à 5 ans. Le questionnaire utilisé dans le cadre du projet de recherche est celui d'Achenbach et Rescorla (2000) dont la traduction a été révisée par Lemelin et St-Laurent (2002). Cette liste de comportements a été développée afin d'établir une norme des problèmes émotionnels et comportementaux chez les jeunes enfants (Rescorla, 2005). Elle fournit ainsi un indicateur des problèmes intérieurisés, des problèmes extérieurisés et des problèmes au total présents chez l'enfant en le situant dans la zone normale, dans la zone limite ou dans la zone clinique.

Pour se faire, le parent doit indiquer, à l'aide d'une échelle de type Likert en trois points (0 = pas vrai, 1 = un peu ou quelques fois vrai, 2 = très vrai ou souvent vrai), dans

quelle mesure les 99 items énoncés sont caractéristiques des comportements de leur enfant depuis les 8 dernières semaines. Quatre échelles évaluent les troubles de *comportement de type intérieurisé*. La première s'attarde à la réactivité émotionnelle de l'enfant (mouvements nerveux ou tics, enfant inquiet ou boude souvent, etc.). La deuxième échelle évalue la présence d'anxiété et de dépression en questionnant le niveau d'autonomie, les symptômes anxieux (stress, tension, crainte) et les symptômes dépressifs (tristesse, ennui). L'échelle suivante regroupe les items portant sur la présence de plaintes somatiques (maux ou douleurs ne pouvant être dus à une cause médicale) alors que la quatrième échelle évalue les symptômes de repli sur soi (peu d'intérêt pour les autres, peu de contacts visuels, etc.). Les deux dernières échelles évaluent les troubles de *comportement de type extérieurisé*. La première s'intéresse aux problèmes d'attention en questionnant le parent sur le degré d'agitation et de concentration de son enfant. La dernière échelle évalue la présence de comportement agressif, par exemple, si l'enfant est provocateur, s'il est désobéissant, s'il frappe les autres, etc.

L'addition des items à chaque échelle donne un score brut qui est normalisé en score  $T$ . Pour les six sous-échelles le seuil limite exige des scores  $T$  se situant entre 65 et 69 alors que le seuil clinique est fixé à des scores  $T$  de plus de 69. Le seuil limite des échelles globales requiert des scores  $T$  entre 60 et 63 alors que le seuil clinique nécessite des scores  $T$  de 64 et plus. Sur une période de 8 jours, la fidélité test-retest moyenne de cet instrument est de 0,85 alors que celle concernant les problèmes au total est évaluée à 0,90 (Achenbach & Rescorla, 2000). La validité de construit a été observé, notamment,

en comparant les scores globaux obtenus au CBCL pour les 2-3 ans avec le Richman Behavior Checklist (BCL) ainsi que le Toddler Behavior Screening Inventory (TBSI) (Achenbach & Rescorla, 2000).

### **Déroulement**

Le projet de recherche consiste, tout d'abord, à deux rencontres pré-test, l'une au domicile familial et l'autre laboratoire (Université du Québec à Trois-Rivières ou Université du Québec à Montréal). Ces rencontres, d'une durée approximative de deux heures, ont pour but d'évaluer le développement émotionnel, cognitif et social de l'enfant adopté ainsi que la relation mère-enfant. Des activités diverses, des entrevues et des questionnaires sont alors proposés aux participants. Suite à ces visites, les dyades sont assignées au hasard parmi deux groupes afin de recevoir huit rencontres d'intervention. La différence entre les deux groupes est que le premier reçoit son intervention suite aux rencontres pré-test alors que le deuxième reçoit l'intervention quelques semaines plus tard, soit après les deux rencontres post-test. Le protocole des évaluations post-test est sensiblement identique aux rencontres pré-test. Pour la présente étude, les données ont été recueillies au moment des évaluations pré-test. Lors de la visite au domicile familial, l'assistant de recherche a remis les questionnaires à la mère afin que cette dernière puisse les compléter et les remettre lors de la visite en laboratoire quelques jours plus tard.

## **Résultats**

Le troisième chapitre présente les résultats obtenus lors de la cueillette des données. Nous y présenterons ainsi les facteurs de risque avant et au moment de l'adoption, les résultats au questionnaire CBCL ainsi que ceux obtenus à l'Index de stress parental pour chaque participant.

### **Les conditions de vie des participants avant et au moment de l'adoption**

Le premier enfant présenté précédemment, surnommé Sarah, est d'origine Chinoise. Elle a été abandonnée à trois mois et placée en institution pendant six mois ainsi qu'en famille d'accueil pendant un an avant son arrivée dans sa famille au Québec. Cette dernière vit auprès de ses parents adoptifs depuis deux ans. Selon la mère adoptive, la qualité des soins reçus avant son adoption était bonne. L'enfant ne prend pas de médication et aucune condition médicale particulière n'est rapportée. Sa mère dit ne pas savoir si sa fille a vécu des événements traumatisques avant son arrivée. Le deuxième enfant, surnommé Félix, est également originaire de la Chine. Il a été abandonné par ses parents biologiques à l'âge de 10 mois et placé en orphelinat pendant 14 mois avant son arrivée chez ses parents adoptifs. La qualité des soins avant son adoption est jugée passable selon la mère adoptive. Il faut mentionner que le participant est un enfant à besoins spéciaux puisqu'il est atteint d'une malformation congénitale. Il a une maladie qui consiste en un trou de 3 millimètres au niveau des ventricules pouvant faire une pression sur l'artère pulmonaire et causer des troubles respiratoires. L'enfant ne prend

aucune médication. Le Tableau 1 présente un sommaire des données sociodémographiques des deux participants alors que le Tableau 2 présente les facteurs de risque avant et au moment de l'adoption.

Tableau 1

*Profil sociodémographique des deux participants*

Profil	Sarah	Félix
Genre	Féminin	Masculin
Âge	37 mois	38 mois
Origine	Chinoise	Chinoise
Âge à l'adoption	12 mois	33 mois
Raison de l'adoption	Abandon par les parents biologiques	Abandons par les parents biologiques
Temps passé dans sa famille adoptive	24 mois	5 mois

Tableau 2

*Facteurs de risque avant et au moment de l'adoption des deux participants*

Facteurs de risque	Sarah	Félix
Milieu de placement	Institution et famille d'accueil	Institution
Qualité des soins dans le milieu avant l'adoption	Bonne	Passable
Conditions médicales	Aucune	Cardiopathie congénitale

### **Les problèmes de comportement**

Les analyses descriptives des questionnaires CBCL (voir Tableau 3) permettent de situer Sarah dans la zone normale pour ce qui a trait aux problèmes intérieurisés, aux problèmes extérieurisés et aux problèmes au total. Il faut souligner que cette participante présente un score plus élevé au niveau des problèmes intérieurisés dû à l'échelle portant sur les plaintes somatiques. La mère indique toutefois que rien de particulier ne l'inquiète au sujet de sa fille. À l'opposé, Félix se situe au-dessus du seuil clinique dans les trois échelles intérieurisé, extérieurisé et total. Parmi les problèmes intérieurisés, les résultats des quatre échelles sont sensiblement équivalents et non cliniquement significatifs. L'échelle évaluant la réactivité émotionnelle est toutefois celle qui obtient le score le plus élevé. La mère indique, entre autres, que son fils peut être dérangé par tout changement de routine, qu'il lui arrive d'avoir des gestes nerveux ou des tics (clignements des yeux) et qu'il lui arrive quelques fois de changer brusquement d'humeurs ou de sentiments. Félix présente également plus de problèmes de comportement de type extérieurisé que de type intérieurisé. La présence de comportements agressifs est particulièrement significative. La mère adoptive indique que 17 des 19 énoncés de cette échelle s'avèrent parfois ou souvent vrais. Cette dernière observe, notamment, qu'il est fréquent que son enfant veuille tout immédiatement, qu'il soit provocateur, qu'il se frustre rapidement, qu'il frappe les autres et qu'il fasse des crises de colère.

Tableau 3

*Description des scores T au questionnaire CBCL pour les deux participants*

Problèmes de comportement	Sarah	Félix
	Score T	Score T
Intériorisés	37	67*
Réactivité émotionnelle	29	49
Anxiété/dépression	29	43
Plaintes somatiques	37	45
Repli sur soi	29	47
Extériorisés	32	71*
Problèmes d'attention	32	42
Comportements agressifs	28	65 <sup>†</sup>
Total	37	70*

<sup>†</sup> Scores T dans l'intervalle critique menant à un trouble. \* Score T au-dessus du seuil clinique.

### **Le stress parental**

Les résultats de la mère de Sarah révèlent un niveau total de stress dans la norme avec un score de 59. Les trois échelles évaluées se situent dans la zone normale. À l'inverse, les données de la deuxième mère traduisent un degré total de stress parental élevé avec un résultat cumulatif de 106. L'échelle évaluant le degré de détresse parentale est à un point du seuil clinique. La mère indique qu'elle n'est plus autant intéressée par

les autres qu'auparavant et qu'il lui a été impossible de faire de choses nouvelles et différentes depuis l'arrivée de son enfant. L'échelle portant sur les interactions dysfonctionnelles entre parent-enfant se situe dans la zone clinique. Les données marquantes sont en lien avec l'expression d'affection et la qualité des rapports parent-enfant. La mère indique que son fils lui sourit beaucoup moins qu'elle s'y attendait et se dit également préoccupée puisqu'elle espérait avoir des rapports plus étroits et chaleureux avec son enfant. Enfin, l'échelle évaluant les difficultés de l'enfant se situe également dans la zone clinique. La mère indique, entre autres, avoir l'impression que Félix possède une humeur instable, qu'il se fâche facilement et qu'il réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas. Elle indique également qu'il est exigeant et qu'il peut être dérangeant. Les résultats sont présentés au Tableau 4.

Tableau 4

*Description des scores à l'Index de stress parental pour les deux mères des participants*

Sous-échelles	Mère de Sarah	Mère de Félix
	Score	Score
Détresse parentale	26	29
Interactions dysfonctionnelles entre parent-enfant	15	35*
Difficultés de l'enfant	18	42*
Index global de stress parental	59	106*

\* Score indiquant un niveau élevé de stress parental se situant au-dessus du seuil clinique.

## **Discussion**

La recherche suggère un lien entre les différents facteurs de risque au moment de l'adoption, la présence de stress parental chez la figure maternelle et les problèmes intérieurisés et extérieurisés chez l'enfant adopté à l'étranger. Le présent chapitre analyse les résultats obtenus et discute des retombées possibles ainsi que des forces et des limites de cette recherche.

Les deux études de cas soutiennent les hypothèses préalablement établies. D'une part, la première hypothèse stipulant que l'enfant qui présente des problèmes intérieurisés et extérieurisés a également vécu plusieurs facteurs de risque avant et au moment de l'adoption et que sa mère rapporte un niveau élevé de stress, a été confirmée auprès de Félix. D'autre part, la deuxième hypothèse, proposant que l'enfant qui ne démontre pas de problème intérieurisé ou extérieurisé présente peu de facteurs de risque à l'adoption et que la mère de ce dernier ne manifeste pas de stress parental, a également été validée par les résultats recueillis auprès de Sarah.

### **La présence de problèmes de comportement**

Tout d'abord, il faut rappeler que les deux participants présentent des profils différents concernant les problèmes de comportement. D'un côté, Sarah n'obtient aucun résultat se situant dans la zone clinique ni dans l'intervalle critique alors que Félix rapporte trois résultats au-dessus du seuil critique, soit aux échelles intérieurisées,

extériorisées ainsi qu'au total des problèmes de comportement. De plus, ce dernier présente un score critique concernant les comportements agressifs. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2004), l'agressivité est reliée à des sentiments de détresse ou de frustration et peut être suscitée par des facteurs de santé (ex. inconfort ou douleur), des facteurs environnementaux (ex. stress à la maison, déménagement) et des facteurs de personnalité (ex. irritabilité). Contrairement à la première participante, le profil de Félix contient certains éléments pouvant expliquer la présence de comportements agressifs. En effet, l'enfant présente des conditions médicales particulières pouvant ainsi provoquer de l'insatisfaction et de l'irritabilité. Ensuite, parmi les facteurs environnementaux, on retient la présence d'une quantité importante de stress chez la mère pouvant se refléter sur l'enfant et sur la maisonnée ainsi que des facteurs de risque avant et pendant l'adoption. L'ensemble de ces caractéristiques sera élaboré plus en détail dans les sections suivantes. Par ailleurs, bien que le tempérament de l'enfant n'ait pas été évalué dans la présente recherche, il est possible de croire, à travers les réponses de la mère à certains items du CBCL et de l'ISP, que cet enfant présente un tempérament plus instable, explosif ou dérangeant. Toutefois, une investigation plus rigoureuse de ce construit s'avère nécessaire pour confirmer cette hypothèse. Il faut également ajouter que la présence d'agressivité est fréquente chez les enfants adoptés et que, selon Chicoine et ses collègues (2003), elle servirait à tester la base de sécurité offerte par les parents adoptifs, soit l'amour inconditionnel. Les enfants chercheraient ainsi à savoir si le parent résistera à l'agression ou si ce dernier le quittera comme les parents biologiques et les aidants l'ont fait jadis.

### **Facteurs de risque et problèmes de comportement**

Au niveau des facteurs de risque, nous observons une différence importante dans leur prévalence entre Sarah et Félix, ce dernier en ayant vécu davantage. Les facteurs de risque précédent et suivant l'adoption qui ont été identifiés dans la présente recherche sont : le nombre de ruptures relationnelles et l'âge où elles surviennent, les conditions de vie avant l'adoption, les conditions médicales de l'enfant, l'âge au moment de l'adoption et le genre de l'enfant. De tels facteurs de risque ont été associés, dans la documentation scientifique, à des conséquences développementales et comportementales chez les enfants adoptés.

### **Le nombre et l'âge des placements**

Le premier facteur observé est en lien avec la quantité de déplacements. Les deux participants ont vécu des séparations et plusieurs placements. D'un côté, Sarah a traversé divers changements, soit un abandon à l'âge de trois mois et un vécu en institution puis en famille d'accueil pendant plusieurs mois avant d'être adopté à l'âge de 12 mois. Cette dernière a expérimenté trois séparations entre l'âge de 3 et 12 mois. De son côté, Félix a traversé deux ruptures en bas âge en ayant été abandonné par ses parents biologiques à l'âge de 10 mois et placé en institution jusqu'à l'âge de 33 mois, moment où il a été adopté. D'un point de vue du nombre de déplacements Sarah en présente 1 de plus.

Selon l'étude de Neumann et Weiss (2012), la cohérence des soins avant l'adoption serait déterminante et s'avérerait plus indispensable que la qualité, prônant ainsi le

moins de déplacement possible. Dans le même ordre d'idée, Ji, Brooks, Barth et Kim (2010) observaient parmi leurs facteurs de risque avant l'adoption que les multiples changements d'environnement représentent la composante associée aux plus grandes difficultés comportementales chez leurs participants adoptés. Ces derniers avaient également pris en compte l'historique de maltraitance, l'exposition à la drogue et l'âge à l'adoption. Une autre étude, cette fois portant sur des enfants placés en famille d'accueil, concluait que les déplacements peuvent avoir de grandes conséquences sur le bien-être et le fonctionnement de l'enfant (Strijker, Knorth et Knot-Dickscheit, 2008). Les auteurs de cette recherche mentionnent que ces enfants, dès leur plus jeune âge, traversent des changements sociaux et environnementaux et subissent la perte de relations sociales. De leur côté, Gleitman et Savaya (2011) indiquent que les multiples placements peuvent être perçus comme des facteurs de stress et peuvent être reliés à des difficultés d'adaptation. Selon Lemay (1994-1995), la «discontinuité relationnelle» suscite une insatisfaction massive, elle donne le sentiment à l'enfant d'être mauvais et non désiré. Il ajoute qu'on retrouve chez les enfants abandonnées des symptômes tels que de l'intolérance aux frustrations, des difficultés par rapport à l'échec, de grandes attentes, des manifestations d'agressivités difficiles à supporter, de l'avidité et un sentiment de vide. Par ailleurs, des études ont montré qu'un enfant qui vit plusieurs placements est à risque de développer des difficultés comportementales (Newton, Litrownik, & Landsverd, 2000; Simmel, 2007), des troubles de l'humeur, une dépendance ou un abus de substance (van der Vegt et al., 2009) et même de vivre des hospitalisations ainsi que des placements en établissement (Staff & Fein, 1995).

Ainsi, Sarah devrait être plus à risque de présenter des problèmes de comportement que Félix sur la base d'un plus grand nombre de placements. Toutefois, nos observations ne concordent pas avec cette hypothèse. Une des pistes explicatives pourrait être en lien avec le nombre de placements observé par les auteurs. Bien que certains aient observé que c'est à partir de trois placements que l'enfant est plus à risque de développer des difficultés psychologiques (van der Vegt et al., 2009), d'autres ont plutôt rapporté un risque plus élevé d'effets néfastes chez les participants ayant subi cinq placements et plus (Newton et al., 2000). Les résultats obtenus par ces derniers auteurs vont davantage dans le sens de nos observations, ne plaçant pas Sarah dans une situation plus à risque que Félix. Une seconde hypothèse pouvant expliquer que Sarah qui a vécu un placement supplémentaire présente moins de problèmes de comportement que Félix tient au fait que d'autres facteurs de risque non vécus par la première participante auraient un impact plus important sur l'adaptation de l'enfant adopté.

En ce qui a trait à l'âge des enfants au moment des ruptures relationnelles, celles de Félix sont survenues beaucoup plus tardivement. Malgré la quantité plus importante de placements chez Sarah, le fait qu'elle ait subi ses ruptures à un plus jeune âge pourrait expliquer l'absence de problématique développementale et comportementale chez cette dernière. Effectivement, l'âge tardif au moment des ruptures peut être associé à des séquelles importantes et peut diminuer la possibilité des progrès chez les enfants (Rutter, 2000). L'augmentation des mois passés sans stabilité affective peut peut-être complexifier l'histoire personnelle de l'enfant. Ce dernier vit plus d'événements

anxiogènes et de carences que l'enfant séparé à un plus jeune âge. Bowlby (1982) insiste sur l'impact de la première année de vie sur le développement du patron d'attachement et sur l'importance d'établir rapidement une base de sécurité. Une étude française de Mouhot (2003) soutient l'effet avantageux d'une séparation précoce plutôt que tardive. La recherche, effectuée sur plus de 80 jeunes séparés en trois groupes, soit lorsque la séparation arrivait avant un an, entre un et trois ans et après trois ans, indique une meilleure évolution à long terme chez les enfants où la séparation parent-enfant a été réalisée tôt. L'auteur conclut que les séparations doivent être réalisées rapidement et qu'une rupture tardive peut occasionner chez les jeunes des passages en institutions spécialisées et à l'âge adulte, de l'errance, de l'inadaptation ainsi que des difficultés psychologiques. Les observations de notre étude vont dans le sens de ces résultats.

### **Les conditions de vie**

Le deuxième facteur retenu pour cet essai se réfère au milieu de vie avant l'adoption ainsi qu'à la qualité des soins reçus. D'une part, Sarah a vécu en institution, mais elle a également fait l'expérience d'une famille d'accueil tout comme elle a reçu des soins de bonne qualité selon la mère adoptive. D'autre part, Félix n'a vécu qu'en institution et a reçu des soins jugés passables par la mère adoptive. Malgré l'absence de données permettant un examen approfondi des soins reçus par Félix, il est tout de même pertinent de se questionner sur la qualité et la quantité de la stimulation reçue dans les sphères développementales ainsi que sur la présence de sensibilité et de disponibilité des donneurs de soin permettant de favoriser la sécurité affective de cet enfant. Les données

rapportées précédemment concernant les orphelinats internationaux exposent les orphelins à des conditions de vie difficiles et la Chine, le pays d'origine des deux participants, est plutôt mitigée en ce qui concerne la situation des établissements.

Par ailleurs, Busutill (2011) rappelle que la majorité des orphelins subissent des violations graves de leurs droits. Ces enfants ont des difficultés d'accès à l'alimentation, à la santé ainsi qu'à l'éducation. De plus, comme il l'a été observé suite à la désinstitutionnalisation postcommuniste en Europe de l'Est, les conditions des institutions peuvent affaiblir des enfants à un point tel où le gouvernement déclarait que certains orphelins étaient irrécupérables (Walker, 2011). Ainsi, les premières années de vie, là où l'individu est en plein développement moteur, intellectuel, affectif et social, sont des étapes charnières. De ce fait, les données recueillies dans le cadre de cet essai abondent dans ce sens puisqu'elles suggèrent qu'un environnement défavorable augmente le risque de séquelles, tel qu'est le cas chez Félix.

### **Les conditions médicales**

Le troisième facteur examiné est en lien avec les conditions médicales uniquement présentes chez Félix. L'enfant adopté est atteint d'une cardiopathie congénitale, soit une malformation du cœur présente à la naissance (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2012). Selon la Fondation des maladies du cœur (2012), cette maladie « survient lorsque les vaisseaux sanguins situés à proximité du cœur ne se développent pas normalement avant la naissance ».

Des docteurs affiliés au Children's Hospital of Philadelphia affirment que les enfants atteints de cette maladie risquent des problèmes d'attention et de comportement (Shillingford et al., 2008). Ils révèlent que des études effectuées dans le même hôpital ainsi que dans d'autres centres ont observé que « les jeunes atteints de cardiopathie congénitale complexe avaient tendance à avoir des capacités cognitives normales mais risquaient d'avoir des problèmes en matière de compétences motrices et visuelles, de même que des handicaps de la parole, du langage et du fonctionnement exécutif » (p. 1). Le fonctionnement exécutif comprend plusieurs processus tels que l'inhibition, la planification de l'action, la flexibilité cognitive, la stratégie, le maintien de l'attention et la mémoire de travail (Meulemans, Collette, & Van der Linden, 2004). De nombreux travaux associent les fonctions exécutives à certains troubles comportementaux dont l'apathie, la distractibilité, l'impulsivité, la désinhibition et les troubles de conduites sociales (pour un résumé, voir Meulemans et al., 2004). Dans la recherche, Félix démontre des difficultés comportementales, sans toutefois présenter des problèmes d'attention. Cependant, l'enfant adopté n'a que 38 mois et l'American psychiatric association (2003) rappelle qu'il est difficile de déceler l'inattention chez des jeunes d'âge préscolaire puisqu'il est occasionnel qu'on leur demande un effort d'attention soutenu. En fait, il est même rare qu'un déficit de l'attention soit diagnostiqué avant l'âge scolaire (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2012).

Toujours selon Shillingford et ses collègues (2008), bien que les taux de survie des personnes atteintes de cardiopathie congénitale soient en hausse, des difficultés

persistent quant à la qualité de vie des patients et de leurs familles dès la rentrée scolaire. L'enfant malade doit apprendre à connaître ses possibilités et à accepter ses contraintes, par exemple, en ce qui concerne le choix des sports pratiqués à l'école ou à la maison (Alvin & Marcelli, 2005). Cette condition médicale peut ainsi être difficile au niveau de l'autonomie, de l'estime de soi et du sentiment d'appartenance aux pairs. Cette maladie et ses répercussions au plan social peuvent peut-être évoquer de l'anxiété, des affects dépressifs, de l'agressivité et favoriser le repli sur soi expliquant ainsi la présence de problèmes de comportement chez Félix.

### **L'âge à l'adoption**

L'âge tardif à l'adoption est retenu comme un quatrième facteur de risque dans la présente étude. Sarah a été adoptée relativement tôt (12 mois), contrairement à Félix qui a passé près de trois ans dans son pays d'origine (33 mois). Des auteurs avancent que la durée passée en institution jouerait un rôle important en ce qui concerne les répercussions sur le développement et l'ajustement de l'enfant suite à l'adoption (Fisher et al., 1997; Marcovitch et al., 1997; Meese, 2005; Pomerleau et al., 2005; Rutter et al., 2007). Certains concluent que les enfants adoptés avant l'âge de six mois ont moins de problèmes de comportement (Habersaat, Tessier, & Pierrehumbert, 2011) et reçoivent moins de services en santé mentale (Rutter et al., 2007) que les enfants adoptés plus tardivement. Sharma, McGue et Benson (1996) rapportent que plus l'âge à l'adoption augmente et plus le degré d'ajustement émotionnel et comportemental diminue.

Par ailleurs, des chercheurs ont effectué une méta-analyse couvrant 70 années de recherche sur la stimulation cognitive précoce chez les enfants en institution (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2008). Les analyses rapportaient que l'âge était un facteur prédicteur de l'efficacité de l'intervention sur le développement cognitif. Les interventions étaient significativement plus efficaces lorsque les enfants avaient moins de 12 mois. Une autre méta-analyse regroupant plus de 270 études affirmait que les enfants adoptés après 12 mois avaient une moins bonne récupération au niveau du poids et de la réussite scolaire et qu'ils démontraient davantage un attachement insécurisant envers leur mère adoptive, spécifiquement l'attachement de type désorganisé (van IJzendoorn & Juffer, 2006). Les auteurs proposent que l'établissement d'une relation d'attachement sécurisante puisse prendre plus de temps à s'établir, les expériences d'attachement antérieures étant susceptibles d'affecter les nouveaux liens pendant une certaine période. Les résultats de l'essai vont dans ce sens puisqu'ils suggèrent plus de difficulté d'adaptation chez Félix qui a été adopté au-delà de 12 mois et près de deux ans après Sarah.

Bien qu'une investigation supplémentaire soit nécessaire pour confirmer le patron d'attachement de Félix, un attachement de type insécurisant dû, notamment, à l'âge tardif de son adoption pourrait expliquer la présence de problèmes de comportement ainsi que la haute prévalence de comportements agressifs. En effet, certains auteurs ayant établi un lien entre les premières expériences d'attachement et les comportements psychosociaux adoptés par l'individu plus tard dans sa vie (Berlin, Cassidy, &

Appleyard, 2008; Bowlby, 1988). Selon la théorie de l'attachement, les expériences de soin vécues par l'enfant s'intériorisent à travers le développement de représentations (ou modèles internes opérants) qui permettent à l'enfant d'anticiper les réponses de son parent face à ses besoins et orientent, par le fait, même les comportements d'approche de l'enfant face à son parent et de manifestation de ses besoins (Bowlby, 1988). Ces modèles filtrent ensuite la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes, de leurs figures d'attachement et teintent leurs expériences relationnelles. En effet, ces modèles servent de schéma mental pour les relations futures et servent à interpréter et à anticiper les comportements ainsi que les réactions d'autrui (Bertherton, Ridgeway, & Cassidy, 1993). Ainsi, les individus qui ont développé des représentations d'attachement insécurisant ont intériorisé l'image d'un parent peu disponible ou efficace pour les aider à résorber leur détresse. Ils ont alors développé des comportements d'évitement ou d'ambivalence face aux parents et un sentiment de méfiance et d'incertitude par rapport à leur environnement. Selon Bowlby (1988), de tels individus anticipent l'absence de soutien des figures parentales et en conséquence ne manifesteront pas ouvertement leurs besoins. Suivant cette logique, il se peut que Félix ait intériorisé des représentations négatives de ses relations d'attachement avant son adoption (dû notamment à l'abandon de ses parents biologiques à 10 mois et aux conditions en institution jugées passables), lesquelles s'observeraient à travers des comportements colériques, violents et réactifs face à ses nouveaux donneurs de soin. Par ailleurs, face à un enfant qui manifeste des comportements colériques, agressifs ou de retrait, les parents adoptifs peuvent éprouver de la difficulté à décoder les signaux et les besoins de l'enfant adopté, entravant dès lors

la formation d'un lien affectif solide et sécurisant. En effet, certaines études réalisées auprès de parents d'accueil ont montré que ces derniers sont portés à répondre à l'enfant conformément aux comportements d'attachement que celui-ci manifeste à son arrivée (Dozier, Higley, Albus, & Nutter, 2002; Dozier & Sepulveda, 2004; Stovall & Dozier, 2000). Par exemple, laisser l'enfant qui vient de tomber par terre se débrouiller seul s'il prétend ne pas avoir besoin de réconfort, ce qui en retour suscite davantage de comportements d'évitement de sa part. Sans le vouloir, ces parents vont alors consolider les représentations d'attachement insécurisé de l'enfant plutôt que de les modifier. Par ailleurs, il est également concevable que le parent adoptif vive des difficultés à gérer les comportements agressifs ou d'opposition de l'enfant et qu'il ressente du stress, de la frustration et un sentiment d'impuissance face à ceux-ci.

### **Le genre de l'enfant**

Le genre de l'enfant est le dernier facteur de risque discuté dans le cadre de cette recherche. Dans les études de cas présentées, nous retrouvons un enfant de genre féminin et masculin. Plusieurs études indiquent que les enfants adoptés de genre masculin ont plus de difficultés à s'ajuster suite au placement que les filles (Brooks & Barth, 1999; Collishaw, Maughan, & Pickles, 1998; Lindblad, Hjern, & Vinnerljung, 2003; Stams et al., 2000) et qu'ils auraient une plus haute prévalence de difficultés comportementales (Gunnar, van Dulmen, & The International Adoption Project, 2007). D'autres rapportent spécialement des problèmes de type extériorisé (Habersaat et al., 2010; Verhulst, 2000). Tous ces résultats vont dans le sens des données de notre étude.

On retrouve également une prévalence plus élevée de problèmes de comportement chez les enfants de genre masculin dans la population en général. Selon le conseil supérieur de l'éducation du Québec (2001), les garçons sont en général davantage en difficulté comportementale dans les milieux scolaires. À l'école primaire ont compterait 5.5 garçons en difficulté de comportement pour une fille. Il semble que la forte présence de problèmes extériorisés chez les enfants adoptés de genre masculin soit également représentative de l'ensemble de la population (Verlaan & Déry, 2006).

Une autre explication possible concernant une plus forte prévalence de difficultés comportementales chez les garçons adoptés serait en lien avec l'attachement. Une enquête sur l'adoption internationale au Québec de 1985 à 2002 soutenait que le genre masculin semble éprouver plus d'ennui à développer un attachement sécurisant que les filles du même âge, spécialement chez les participants adoptés tardivement (Tessier et al., 2005). Tel que discuté précédemment, une analyse supplémentaire serait essentielle pour vérifier le postulat associé à l'attachement. Par ailleurs, la direction du lien entre l'attachement et les problèmes de comportement n'est pas clairement établie. Il est donc difficile de statuer sur un lien de causalité même d'un point de vue théorique.

### **La présence de stress parental**

Les données recueillies présentent des profils différents des mères adoptives en ce qui concerne le niveau de stress parental. La mère adoptive de Sarah ne présente pas de stress alors que la mère de Félix démontre un index de stress parental se situant dans la

zone clinique. Cette dernière obtient également deux des trois échelles dans la zone clinique alors que la troisième est à un point de se situer au-dessus du seuil.

### **Facteurs de risque et stress parental**

Tel que discuté précédemment, la dyade de Félix démontre davantage de facteurs de risque et présente plus de stress que celle de Sarah. Une étude de Bejenaru et Roth (2012) rappelle à quel point les parents adoptifs traversent des stresseurs avant, pendant et après l'adoption. Les parents de cette étude ayant adoptés en Roumanie relevaient différents facteurs de stress tels l'infertilité, les procédures d'adoption, l'incertitude associée au moment du placement, l'absence d'information relative aux conditions physiques et psychologiques de l'enfant, l'état de santé de l'enfant adopté et les coûts reliés aux examens ainsi qu'aux soins médicaux. Dans le même ordre d'idée, le questionnaire sur le contexte sociodémographique et l'expérience d'adoption ainsi que les notes de suivi des interventions relationnelles de la dyade de Félix révèlent que la mère s'est tournée vers l'adoption après avoir traversé deux fausses couches ainsi qu'une grossesse ectopique, ce qui l'aurait grandement affectée. Ces expériences peuvent avoir causé du stress chez la mère. De plus, nous croyons que l'existence d'une cardiopathie congénitale et les conséquences médicales (ex. coûts, rendez-vous, traitements) chez l'enfant pourraient avoir favorisé le développement de stress ou contribué à l'augmenter. Bien qu'une recherche additionnelle aurait été nécessaire pour connaître les conditions sanitaires, les problèmes de santé rencontrés ainsi que le type de soins reçu par Félix au courant de ses années passées en institution, nous suggérons que

les conditions de vie dites passables pourraient également susciter un certain stress chez la mère. Notamment, en ce qui a trait aux répercussions physiques et émotionnelles à long terme sur son enfant adopté.

### **Problèmes de comportement et stress parental**

La présence d'une quantité importante de stress chez la mère de Félix va dans le sens de nos hypothèses puisque tel que discuté dans les sections précédentes, l'enfant expose plus de problèmes de comportement que Sarah. Des études ont observé un lien entre le stress parental et les problèmes de comportement chez l'enfant (Dubois-Comtois, Cyr, Moss, & Beauchesne-Sévigny, 2011; Éthier et La Frenière, 1993; Hulbert, Chamberlain, DeGarmo, Zhang, & Prince, 2010). Ces études ne permettent toutefois pas d'établir la direction de ce lien. Il se peut que les mères soient plus stressées face aux comportements difficiles de leur enfant ou encore, que les enfants éprouvent une difficulté à réguler leurs émotions et comportements en réaction au stress de leur mère. Une relation bidirectionnelle entre ces variables serait également plausible.

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas (2012) rappelle que le stress peut être perçu comme une menace et modifier les comportements. Dolan et Arsenault (2009) déclarent qu'il peut provoquer des symptômes psychologiques (ex. frustration, dépression, sentiment de perte de contrôle et de détresse), des symptômes émotionnels (ex. irritabilité, crises de colère, sentiment d'anxiété ou d'inquiétude) sans compter les signes physiques et comportementaux. Selon Éthier et La Frenière (1993) : « Les

modifications de la conduite du parent sous l'effet du stress, telles que l'augmentation de la coercition et l'état dépressif, auraient une répercussion sur le comportement de l'enfant » (p. 274). Ils déclarent que la présence de stress est davantage en lien avec le développement de problématiques de type extériorisé. L'Agence de la santé publique du Canada (2004) renchérit en affirmant que le stress à la maison peut susciter de l'agressivité chez les enfants. Elle ajoute que les mères stressées peuvent aussi présenter un comportement de surprotection, et que ce type de conduite peut également susciter de l'agressivité chez le jeune. À ce propos, la surprotection est un thème qui a été abordé lors des rencontres d'intervention avec la mère de Félix dans le cadre du projet de recherche. Les notes de suivi ont permis de constater que cette dernière avait une tendance à surprotéger son fils et à lui offrir un traitement différent de celui de sa fratrie. Or, le stress observé chez la mère et la tendance à surprotéger son enfant peuvent contribuer aux difficultés comportementales de Félix.

Tel que proposé précédemment, il est également possible que des comportements difficiles chez l'enfant suscitent du stress chez le parent adoptif. En plus de soulever des craintes et des questionnements, les problèmes comportementaux sont difficiles à vivre au quotidien. Par exemple, quand les comportements agressifs deviennent un problème sérieux, ils peuvent causer de l'inquiétude chez l'entourage (l'Agence de la santé publique du Canada, 2004). À cet égard, la mère adoptive de Félix vivait de l'anxiété en lien avec sa difficulté à gérer les crises de colère de son enfant ainsi que les comportements violents qu'il avait envers elle.

### **Forces et limites de l'étude**

Étant donné que la recherche est effectuée sous forme d'études de cas, une certaine prudence dans l'interprétation des résultats est nécessaire. Même si l'étude fournit des résultats corroborant la lecture scientifique, elle ne peut en aucun cas être généralisée. Notamment, dû au fait que les familles participantes à la recherche se faisaient offrir une intervention relationnelle. Il est donc possible que les familles adoptives traversant d'importantes difficultés soient surreprésentées dans notre échantillon. Une autre limite concerne les facteurs de risque. La présente recherche expose les facteurs de risque à l'adoption comme des causes possibles des problèmes cliniques. Les facteurs discutés ne sont pas exhaustifs. Certaines variables n'ont pu être examinées dans le cadre du projet dû à l'absence des parents biologiques et au manque d'informations concernant les premiers mois des participants. Ainsi, d'autres facteurs suggérés par certains auteurs n'ont pu être explorés, tels que l'influence de la privation en bas âge (O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney, Kreppner, & The English and Romanian Adoptees Study Team, 2000), de la génétique ou encore des pratiques culturelles dans les soins prénataux et postnataux (Loman, Wiik, Frenn, Pollak, & Gunnar, 2009). Il faut aussi souligner que certaines personnes ont une vulnérabilité biologique et psychologique à développer du stress et de l'anxiété (Barlow & Durand, 2008). Ces composantes individuelles n'ont pu être considérées puisque les instruments de mesure ont été administrés qu'après l'arrivée de l'enfant au Québec. La recherche n'a donc pu examiner le niveau de stress chez les mères adoptives avant l'adoption et ne peut conclure que les facteurs de risque à l'adoption et les problèmes de comportement sont les seules composantes associées au

stress parental. Enfin, il est important de rappeler que le ISP et le CBCL ont été remplis par la même personne. Ainsi, comme des items se ressemblent, il peut y avoir un biais de l'évaluateur et une augmentation artificielle de la relation entre ces deux variables. Pour contrer cet effet, de futures études devraient inclure une mesure des comportements de l'enfant évalué par un tiers, le père ou un éducateur en garderie, par exemple.

À l'opposé, la recherche contient certaines forces. Le choix d'opter pour une étude de cas permet d'étudier un phénomène très spécifique et certifie une compréhension approfondie des participants. Cette méthode présente la situation dans son intégralité et fournit au lecteur des descriptions détaillées des trois variables. Une autre force de l'étude est associée à l'âge et à l'origine similaires des deux participants sélectionnés. Cela permet une comparaison juste et assure une certaine validité. Ce travail est une étude préliminaire et pourra servir pour des recherches empiriques futures.

## **Conclusion**

Le but de cette étude était d'analyser si la présence de facteurs de risque chez un enfant adopté à l'international était en lien avec la présence de problèmes de comportement chez ce dernier et de stress parental chez sa mère adoptive. Les résultats recueillis sous forme d'étude de cas proposent qu'un enfant adopté à l'international qui arrive avec plusieurs facteurs de risque soit susceptible de manifester des problèmes de comportement à l'âge préscolaire et que sa mère adoptive soit à risque de présenter une certaine quantité de stress quant à son rôle parental. Les données observationnelles de cette recherche suggèrent donc de l'importance de l'historique avant l'adoption sur le développement social et l'adaptation de l'enfant adopté, mais aussi son impact sur le bien-être psychologique du parent adoptif. Bien que la communauté internationale ait apporté des changements et entériné des principes en faveur de la protection des enfants et que plusieurs s'en sortent avec un bon fonctionnement psychosocial, pensons à la dyade de Sarah, certaines interrogations restent toujours en suspend concernant les risques associés à l'institutionnalisation. Notamment, en ce qui concerne les conditions des orphelinats dans certaines régions et l'intérêt accordé aux sphères développementales des enfants institutionnalisés. À cet effet, est-ce que l'obligation d'un placement précoce ne pourrait pas éliminer certaines conséquences néfastes? Rappelons qu'en 2011, l'âge moyen des nouveaux arrivants tout type d'adoption confondu était de 2,5 ans (SAI, 2011b), alors qu'à cet âge les expériences peuvent être internalisées et causer des séquelles sur le développement psychosocial ultérieur. Il y a

également lieu de se questionner sur le niveau de préparation et le bien-être des adoptants. Ces derniers sont-ils disposés à accueillir un enfant au bagage génétique et culturel différent? Sont-ils suffisamment outillés pour faire face aux possibles séquelles physiques, mentales, émotionnelles et relationnelles qui peuvent accompagner l'enfant adopté? En observant un lien entre les trois variables étudiées, les deux études de cas exposent aux parents les fragilités potentielles de l'enfant adopté et rappellent la portée de leur rôle auprès de l'enfant. Au plan clinique, les données proposent une prise en charge rapide des enfants en difficulté ainsi qu'un soutien aux parents dans leur rôle auprès du nouvel arrivant. Nous croyons qu'une bonne préparation ainsi qu'un accompagnement psychosocial ponctuel pourraient aider les parents à traverser les étapes de l'adoption. Des interventions parent-enfant pourraient également être envisagées pour faciliter l'intégration du nouvel arrivant et pour favoriser le développement d'un patron d'attachement sécurisant. D'autres recherches pourraient justement examiner de plus près l'accompagnement pré et post-adoption ainsi que les ressources médicales et psychologiques offertes aux familles adoptives afin de limiter les conséquences chez l'adopté, mais aussi pour assurer le bien-être des parents. L'importance du rôle des pères dans la vie de ces enfants et dans l'accompagnement de leur conjointe pourrait aussi être prise en compte dans de futures études.

## Références

- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000) *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Agence de la santé publique du Canada. (2007). *Vaccin contre l'hépatite B. Guide canadien d'immunisation 2006*. Gouvernement du Canada: Auteur.
- Agence de la santé publique du Canada. (2004). *L'agressivité. Intervention enfance famille: Guide-ressources pour favoriser la croissance des enfants*. Gouvernement du Canada: Auteur.
- Agence française de l'adoption. (2011). Adopter un enfant à besoins spécifiques. Repéré à <http://www.agence-adoption.fr/home/spip.php?article306>.
- Agence française de l'adoption. (2011). La procédure "La Haye". Repéré à <http://www.agence-adoption.fr/home/spip.php?article185>.
- Albers, L. H., Johnson, D. E., Hostetter, M. K., Iverson, S., & Miller, L. C. (1997). Health of Children Adopted From the Former Soviet Union and Eastern Europe. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 278(11), 922-924.
- Alvin, P., & Marcelli, D. (2005). *Médecine de l'adolescent*. Paris, FR: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (éd. rév.). Traduction française par J. D. Guelfi, Paris, France: Masson.
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The Relationships Between Parenting Stress, Parenting Behaviour and Preschoolers' Social Competence and Behaviour Problems in the Classroom. *Infant and Child Development*, 14(2), 133-154.
- Baillargeon, R. H., Normand, C. L., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Japel, C., Pérusse, D., ... Tremblay, R. E. (2007). The Evolution of Problem and Social Competence Behaviors During Toddlerhood: A Prospective Population-Based Cohort Survey. *Infant Mental Health Journal*, 28(1), 12-38.

- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2008). Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73(3), 279-293.
- Barlow, D. H., & Durand, V.-M. (2008). *Psychopathologie : Une perspective multidimensionnelle. 2<sup>e</sup> édition*. Bruxelles, BEL: De Boeck Université.
- Beaulne, G., Lachance, J.-F., & Nguyen, H. (2000). *Les adoptions internationales au Québec : Évolution de 1990 à 1999 et portrait statistique de 1999*. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Beine, A., Constant, É., & Goffinet, S. (2008). L'adoption, un risque accru d'hospitalisation psychiatrique? Étude préliminaire. *Annales Médico-Psychologiques*, 166(7), 516-522.
- Bejenaru, A., & Roth, M. (2012). Romanian adoptive families: Stressors, coping strategies and resources. *Children and Youth Services Review*, 34(7), 1317-1324.
- Berlin, L. J., Cassidy, J., & Appleyard, K. (2008). The Influence of Early Attachments on Other relationships. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éd.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (pp.333-347). New York, NY: The Guilford Press.
- Bertherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1993). Assessing Internal Working Models of Attachment Relationship. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings, *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention* (2<sup>e</sup> éd., pp. 273-307). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Bertrand, M., Gély-Nargeot, M-C., & Siksou, M. (2009). *Psychopathologie*. Paris, France: Pearson Education France.
- Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental : Manuel francophone en complément de l'édition américaine*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse. (2010). *La négligence. Faites-lui face*. Gouvernement du Québec: Association des Centres jeunesse du Québec.
- Bimmel, N., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Problem behavior of internationally adopted adolescents: A review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(2), 64-77.

- Boéchat, H. (2006). *Adoption internationale : une évolution entre éthique et marchés*. Genève, CHE: Fondation suisse du Service social international.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York. NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Volume I: Attachment. Second Edition*. Londres, GB: The Hogarth Press Ltd.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Volume II: Separation: Anxiety and Anger*. New York, NY: Basic Books.
- Brodzinsky, D. M., & Palacios, J. S. (2005). *Psychological Issues In Adoption: Research and Practice*. Westport, CT: Greenwood Publishing group.
- Brooks, D., & Barth, R. P. (1999). Adult transracial and intracial adoptees: Effects of race, gender, adoptive family structure, and placement history on adjustment outcomes, *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 87-99.
- Busutill, F. (2011). Orphelins. Enfants orphelins dans le monde. Humanium, Portail des Droits de l'Enfant. Repéré à <http://www.droitsenfant.org/focus/orphelins/>.
- Callahan, S. A., Panichelli-Mindel, S. M., & Kendall, P. C. (1996). DSM-IV and internalizing disorders: Modifications, limitations, and utility. *School Psychology Review*, 25(3), 297-307.
- Carey, B. (2007). Orphanages Stunt Mental Growth, a Study Finds. *The New York Times*. Repéré à <http://www.nytimes.com/2007/12/21/health/21cnd-foster.html>.
- Cederblad, M., Höök, B., Irhammar, M., & Mercke, A.-M. (1999). Mental health in international adoptees as teenagers and young adults. An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(8), 1239-1248.
- Chalvignac, C., Marchou, B., & Mas, E. (2010). Bilan médical initial des enfants adoptés à l'étranger *La revue du praticien*, 60(9), 1119-1203.
- Chicoine, J.-F., Lemieux, J., & Germain, P. (2003). *L'enfant adopté dans le monde: en quinze chapitres et demi*. Montréal, QC: Hôpital Sainte-Justine (CHU mère-enfant).
- Chicoine, L., Chicoine, J.-F., & Bonnin, A.-C. B. (1995). *Guide médicale à l'intention des parents adoptants*. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- China Center of Adoption Affairs. (2010). Policy and operational information from the Chinese delegation visit to Australia: May 2010. Repéré à [http://www.ema.gov.au/www/agd/agd.nsf/Page/IntercountryAdoption\\_AdoptionProgramInformation-PreviousStatements#chineseMay](http://www.ema.gov.au/www/agd/agd.nsf/Page/IntercountryAdoption_AdoptionProgramInformation-PreviousStatements#chineseMay).
- Cohen, N. J., Lojkasek, M., Zadeh, Z. Y., Pugliese, M., & Kiefer, H. (2008). Children Adopted from China: A prospective study of their growth and development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(4), 458-468.
- Collishaw, S., Maughan, B., & Pickles, A. (1998). Infant adoption: Psychosocial outcomes in adulthood. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology, 33*(2), 57-65.
- Conférence de la Haye de droit international privé. (2008). *La mise en oeuvre et fonctionnement de la Convention sur l'adoption internationale de 1993 : Guide de bonnes pratiques*. Bristol, GB: Family Law.
- Conseil supérieur de l'éducation. (2001). *Les élèves en difficulté de comportement à l'école primaire. Comprendre, prévenir, intervenir*. Gouvernement du Québec: Auteur.
- Cramer, B., Widmer-Robert-Tissot, C., & Serpa, S. R. (2002). *Du bébé au préadolescent: une étude longitudinale*. Paris, France: Odile Jacob.
- Dayan, J. (2003). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris, France: Masson.
- Desjardins, N., Dumont, J., Laverdure, J., & Poissant, J. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Direction des services sociaux de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2007). *Services intégrés pour adolescents et leur famille en Mauricie et au Centre-du-Québec*. Gouvernement du Québec: Auteur.
- Dolan, S., & Arsenault, A. (2009). *Stress, Estime de Soi, Santé et Travail*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Dozier M., Higley E., Albus K. E., & Nutter A. (2002). Intervening with foster infants' caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal, 23*(5), 541-554.

- Dozier, M., & Sepulveda, S. (2004). Foster Mother State of Mind and Treatment use : Different challenges for different people. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 368-378.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Moss., E., & Beauchesne-Sévigny, O. (2011). Difficultés d'adaptation chez la mère d'accueil et l'enfant placé : L'effet médiateur des interactions parent-enfant. *Revue québécoise de psychologie*, 32(2), 101-118.
- Dyson, L. L. (1997). Fathers and mothers of school-Age children with developmental disabilities: Parental Stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation*, 102(3), 267-279.
- Edelsward, L. M. (2005). *Les problèmes rencontrés par les enfants adoptés à l'étranger*. Gouvernement du Canada: Services à l'adoption internationale.
- Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 385-399.
- Éthier, L. S., & La Frenière, P. J. (1993). La stress des mères monoparentales en relation avec l'agressivité de l'enfant d'âge préscolaire. *International Journal of Psychology*, 28(3), 273-289.
- Fisher, L., Ames, E. W., Chisholm, K., & Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20(1), 67-82.
- Fondation des maladies du coeur. (2012). Cardiopathie congénitale. Repéré à <http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562033/k.B98E/Accueil.htm>.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2010). La position de l'UNICEF sur l'adoption internationale. Repéré à [http://www.unicef.org/french/media/media\\_41918.html](http://www.unicef.org/french/media/media_41918.html).
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (1998). *La situation des enfants dans le monde 1998 : regard sur la nutrition*. New York, NY: Orford University press for UNICEF.
- Gasman, I., & Allilaire, J.-F. (2009). *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*. Paris, France: Masson.
- Gleitman, I., & Savaya, R. (2011). Adjustment of adolescent adoptees: The role of age of adoption and exposure to pre-adoption stressors. *Children and Youth Services Review*, 33(5) 758-766.

- Glennen, S. (2002). Language development and delay in internationally adopted infants and toddlers: a review. *American journal of speech-language pathology, 11*(3), 333-339.
- Groark, C. J., McCall, R. B., & Fish, L. (2011). Characteristics of environments, caregivers, and children in three centre american orphanages. *Infant Mental Health Journal, 32*(2), 232-250.
- Groza, V., & Ryan, S. D. (2002). Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology, 27*(1-2), 181-197.
- Gunnar, M. R. (2010). A commentary on deprivation-specific psychological patterns: Effects of institutional deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 75*(1), 232-247.
- Gunnar, M. R., van Dulmen, M. H. M., & The International Adoption Project Team. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology, 19*(1), 129-148.
- Gupta, V. B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 19*(4), 417-425.
- Habersaat, S. A., Tessier, R., Larose, S., Nadeau, L., Tarabulsy, G., Moss, E., & Pierrehumbert, B. (2010). Adoption, adolescence et difficultés de comportement: Quels facteurs de risque? *Annales Médico-Psychologiques, 168*(5), 343-349.
- Habersaat, S. A., Tessier, R., & Pierrehumbert, B. (2011). International adoption: Influence of attachment and maternal monitoring style in the emergence of behavioural problems in adolescence in relation to age at adoption. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 162*(1), 21-26.
- Henry, D. L. (1999). Resilience in maltreated children: Implications for special needs adoption. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 78*(5), 519-540.
- Hostetter, M. K., Iverson, S., Dole, K., & Johnson, D. (1989). Unsuspected infectious Diseases and Other Medical Diagnoses in the Evaluation of Internationally Adopted Children. *Pediatrics, 83*(4), 559-564.
- Hostetter, M. K., Iverson, S., Thomas, W., McKenzie, D., Dole, K., & Johnson, D. E. (1991). Medical evaluation of internationally adopted children. *The New England Journal of Medicine, 325*(7), 479-485.

- Human Rights Watch. (1996). Death by default: A Policy of Fatal Neglect in China's State Orphanages. Repéré à <http://www.hrw.org/legacy/summaries/s.china961.html>.
- Hurlburt, M. S., Chamberlain, P., DeGarmo, D., Zhang, J., & Prince, J M. (2010). Advancing prediction of foster placement disruption using brief behavioral screening. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 917-926.
- Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2012). La cardiopathie congénitale de l'adulte. Repéré à [http://www.ottawaheart.ca/french/maladie\\_du\\_coeur/cardiopathie-congenitale-de-ladulte.htm](http://www.ottawaheart.ca/french/maladie_du_coeur/cardiopathie-congenitale-de-ladulte.htm).
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2012). Déficit de l'attention. Repéré à [http://www.douglas.qc.ca/expert\\_advices?id=6](http://www.douglas.qc.ca/expert_advices?id=6).
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (2012). Stress : causes et conséquences. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/info/stress>.
- Ji, J., Brooks, D., Barth, R. P., & Kim, H. (2010). Beyond preadoptive risk: The impact of adoptive family environment on adopted youth's psychosocial adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(3), 432-442.
- Johnson, D. E., & Dole, K. (1999). International Adoptions: Implications for Early Intervention. *Infants & Young Children*, 11(4), 34-45.
- Johnson, D. E., Miller, L. C., Iverson, S., Thomas, W., Franchino, B., Dole, K., et al. (1992). The Health of Children Adopted From Roumania. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 268(24), 3446-3451.
- Judge, S. (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations*, 52(3), 241-248.
- Judge, S. (1999). Eastern European adoptions: Current status and implications for intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(4), 244-252.
- Kaler, S. R., & Freeman, B. J. (1994). Analysis of environmental deprivation: Cognitive and social development in Romanian orphans. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(4), 769-781.
- Keller, D., & Honig A. S. (2004). Maternal and Paternal Stress in Families With School-Aged Children With Disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 337-342.

- Keyes, M. A., Sharma, A., Elkins, I. J., Iacono, W. G., & McGue, M. (2008). The Mental Health of US adolescents Adopted in Infancy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162*(5), 419-425.
- Kim, W. J., Shin, Y.-J., & Carey, M. P. (1999). Comparison of Korean-American adoptees and biological children of their adoptive parents: A pilot study. *Child Psychiatry and Human Development, 29*(3), 221-228.
- Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J., & Blatt, S. J. (2001). School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *Journal of School Psychology, 39*(2), 141-159.
- Lacharité, C., Éthier, L., & Piché, C. (1992). Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire : validation et normes québécoises pour l'Inventaire de Stress Parental. *Santé mentale au Québec, 17*(2), 183-203.
- Lambert, M.-J. (2008). *L'adoption et l'apprentissage: quatre étapes à franchir vers la réussite scolaire. Guide d'accompagnement pour les parents adoptifs.* Val-Morin, QC: SAJE.
- Lammerant, I., & Hofstetter, M. (2007). *Adoption: à quel prix? Pour une responsabilité éthique des pays d'accueil dans l'adoption internationale.* Lausanne, CHE: Terre des hommes.
- Latham, M. C. (2001). *La nutrition dans les pays en développement.* Rome, ITA: Organisaiton des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.
- Lemay, M (1994-1995). Les conséquences de l'abandon sur le développement psychosocial de l'enfant et dans ses relations personnelles et sociales. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke, 25*(1-2), 3-24.
- Leung, P., & Erich, S. (2002). Family Functioning of Adoptive Children with Special Needs: Implications of Familial Supports and Child Characteristics. *Children and Youth Services Review, 24*(11), 799-816.
- Lindblad, F., Hjern, A., & Vinnerljung, B. (2003). Intercountry adopted children as young adults--A Swedish cohort study. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*(2), 190-202.
- Loman, M M., Wiik, K L., Frenn, K A., Pollak, S D., & Gunnar, M R. (2009). Postinstitutionalized children's development: Growth, cognitive, and language outcomes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 30*(5), 426-434.

- Londen, W. M. V., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Attachment, Cognitive, and Motor Development in Adopted Children: Short-term Outcomes after International Adoption. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1249-1258.
- Lopez, V., Clifford, T., Minnes, P., & Ouellette-Kuntz, H. (2008). Parental stress and coping in families of children with and without developmental delays. *Journal of Developmental Disabilities*, 14(2), 99-104.
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10(2), 235-257.
- Mainemer, H., Gilman, L. C., & Ames, E. W. (1998). Parenting stress in families adopting children from Romanian orphanages. *Journal of Family Issues*, 19(2), 164-180.
- Marcotte, D., Cournoyer, M., Gagné, M.-È., & Bélanger, M. (2005). Comparaison des facteurs personnels, scolaires et familiaux associés aux troubles intérieurisés à la fin du primaire et au début du secondaire. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 57-67.
- Marcovitch, S., Golberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K., & Handley-Derry, M. (1997). Determinants of behavioural problems in Romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioral development*, 20(1), 17-31.
- Mason, P., & Narad, C. (2005). International Adoption: A Health and Developmental Prospective. *Seminars in Speech and Language*, 26(1), 1-9.
- McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R., & Mueller, C. (2002). Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 81(2), 151-171.
- Meacham, A. N. (2006). Language Learning and the Internationally Adopted Child. *Early Childhood Education Journal*, 34(1), 73-79.
- Meese, R. L. (2005). A few new children: Postinstitutionalized children of inter country adoption. *The Journal of Special Education*, 39(3), 157-167.
- Merz, E. C., & McCall, R. B. (2010). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 38(4), 459-470.

- Meulemans, T., Collette, F., & Van der Linden, M. (2004). *Neuropsychologie des fonctions exécutives*. Paris, France: Solal.
- Miller, B. C., Fan, X., Christensen, M., Grotevant, H. D., & van Dulmen, M. (2000). Comparisons of adopted and nonadopted adolescents in a large, nationally representative sample. *Child Development*, 71(5), 1458-1473.
- Miller, L., Chan, W., Comfort, K., & Tirella, L. (2005). Health of Children Adopted From Guatemala: Comparison of Orphanage and Foster Care. *Pediatrics*, 115(6), e710-e717.
- Miller, L. C., & Hendrie, N. W. (2000). Health of Children Adopted From China. *Pediatrics*, 105(6), e76.
- Miller, L. C., Tseng, B., Tirella, L. G., Chan, W., & Feig, E. (2008). Health of children adopted from Ethiopia. *Maternal and Child Health Journal*, 12(5), 599-605.
- Mills-Koonce, W. R., Appleyard, K., Barnett, M., Deng, M., Putallaz, M., & Cox, M. (2011). Adult attachment style and stress as risk factors for early maternal sensitivity and negativity. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 277-285.
- Mouhot, F. (2003). Séparations parents/enfants: impact de l'âge des enfants sur leur évolution. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 46(2), 609-629.
- Mousseau, F., & Bailey, M. (2009). *Un milliard de personnes ont faim. Les gouvernements et les agences d'aide doivent se montrer à la hauteur*. Oxfam International.
- Neumann, S., & Weiss, S. (2012). Factors affecting attachment in international adoptees at 6 months post adoption. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 205-212.
- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363-1374.
- Nowacki, K., & Schoelmerich, A. (2010). Growing up in foster families or institutions: Attachment representation and psychological adjustment of young adults. *Attachment & Human Development*, 12(6), 551-566.
- O'Connor, T G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L., Kreppner, J M., & The English and Romanian Adoptees Study Team. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71(2), 376-390.

- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. (2010). *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde*. Rome, ITA: Auteur.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). Hépatite B. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/index.html>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). Malnutrition. Repéré à <http://www.worldwaterday.org/wwday/2001/lgr/disease/malnutrition.html>.
- Organisation mondiale de la santé. (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (10<sup>e</sup> éd.). Paris, Genève: Auteur.
- Orsini, J.-C., & Pellet, J. (2005). *Introduction biologique à la psychologie*. Paris, France: Bréal.
- Palacios, J., & Sánchez-Sandoval, Y. (2006). Stress in parents of adopted children. *International Journal of Behavioral Development*, 30(6), 481-487.
- Perry, C. L., & Henry, M. J. (2009). Family and Professional Considerations for Adoptive Parents of Children with Special Needs. *Marriage & Family Review*, 45(5), 538-565.
- Poliquin-Verville, H. & Royer, É. (1992). *Les troubles du comportement: état des connaissances et perspectives d'intervention*. Gouvernement du Québec: Ministère de l'Éducation du Québec.
- Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., Séguin, R., Belhumeur, C., Germain, P., ... Jéliu, G. (2005). Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the first 6 months after adoption. *International Journal of Behavioral Development*, 29(5), 445-457.
- Pronovost, G. (2007) Le temps dans tous ses états: temps de travail, temps de loisir et temps pour la famille à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle. *Enjeux publics IRPP*, 8(1).
- Reitman, D., Currier, R. O., & Stickle, T. R. (2002). A Critical Evaluation of the Parenting Index-Short Form (PSI-SF) in a Head Start Population. *Journal of the Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 384-392.
- Rescorla, L. A. (2005) Assessment of Young Children Using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental retardation and developmental disabilities research review*. 31(3), 384-392.

- Rijk, C. H. A. M., Hoksbergen, R. A. C., ter Laak, J. J. F., van Dijkum, C., & Robbroeckx, L. H. M. (2006). Parents Who Adopt Deprived Children Have a Difficult Task. *Adoption Quarterly*, 9(2-3), 37-61.
- Rosenthal, J. A., Groze, V., & Curiel, H. (1990). Race, social class, and special needs adoption. *Social Work*, 35(6), 532-539.
- Roskam, I., Kinoo, P., & Nassogne, M.-C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(4), 204-213.
- Rosnati, R., Montirosso, R., & Barni, D. (2008). Behavioral and emotional problems among Italian international adoptees and non-adopted children: Father's and mother's reports. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 541-549.
- Royer, É. (2009). Rencontre avec Égide Royer. *Vie pédagogique*, (150), 12-18.
- Rutter, M. (2000). Children in substitute Care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services review*, 22(9-10), 685-703.
- Rutter, M., Beckett, C., Castler, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., ... Sonuga-Barke, E. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology*, 43(3), 332-350.
- Rycus, J. S., & Hughes, R. C. (1998). *Fields Guide to Child Welfare: Foundations of Child protective services*. Washington, DC: CWLA Press.
- Saiman, L., Aronson, J., Zhou, J., Gomez-Duarte, C., San Gabriel, P., Alonso, M., et al. (2001). Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children. *Pediatrics*, 108(3), 608-618.
- Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. (2008). *Les adoptions internationales au Québec, 2008*. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. (2009). *Les adoptions internationales au Québec, 2009*. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. (2010a). L'adoption internationale en Chine : Moins d'abandons et plus d'adoptions nationales. Repéré à <http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/aid=439.phtml>.

Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. (2010b). *Les adoptions internationales au Québec, 2010*. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. (2011a). La période de réflexion. Repéré à [http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/fr\\_preadoption\\_periode\\_reflexion.php](http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/fr_preadoption_periode_reflexion.php).

Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. (2011b). *Les adoptions internationales au Québec, 2011*. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. (2011c). Principes reconnus en adoption internationale par la communauté internationale. Repéré à [http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/fr\\_adoption\\_internationale\\_principes.php](http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/fr_adoption_internationale_principes.php).

Senecky, Y., Agassi, H., Inbar, D., Horesh, N., Diamond, G., Bergman, Y. S., et al. (2009). Post-adoption depression among adoptive mothers. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 62-68.

Sharma, A. R., McGue, M. K., & Benson, P. L. (1996). The emotional and behavioral adjustment of United States adopted adolescents: Part II. Age at adoption. *Children and Youth Services Review*, 18(1-2), 101-114.

Shillingford, A. J., Wernovsky, G., Glanzman, M. M., Ittenbach, R. F., Clancy, R. J., & Gaynor, J. W. (2008). Les enfants atteints de cardiopathies risquent des problèmes d'attention et de comportements. Repéré à <http://www.informationhospitaliere.com/actualite-11637-enfants-atteints-cardiopathies-risquent-problemes-d-attention-comportements.html>.

Simmel, C. (2007). Risk and protective factors contributing to the longitudinal psychosocial well-being of adopted foster children. *Journal of Emotional and Behavior Disorders*, 15(4), 237-249.

Simmel, C., Brooks, D., Barth, R. P., & Hinshaw, S. P. (2001). Externalizing symptomatology among adoptive youth: Prevalence and preadoption risk factors. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 29(1), 57-69.

Smith, T. B., Oliver, M. N. I., & Innocenti, M. S. (2001). Parenting stress in families of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 257-261.

Staff, I., & Fein, E. (1995). Stability and change: Initial findings in a study of treatment foster care placements. *Children and Youth Services Review*, 17(3), 379-389.

- Stams, G.-J. J. M., Juffer, F., Rispens, J., & Hoksbergen, R. A. C. (2000). The development and adjustment of 7-year-old children adopted in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(8), 1025-1037.
- St-André, M., & Keren, M. (2011). Clinical challenges of adoption: Views from Montreal and Tel Aviv. *Infant Mental Health Journal, 32*(6), 694-706.
- Stijker, J., knorth, E. J., & Knot-Dickscheit. J. (2008). Placement history of foster children: A study of placement history and outcomes in long-term family foster care. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 87*(5), 107-124.
- Stoval, K. C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development and Psychopathology, 12*(9), 133-156.
- Tan, T. X., Camras, L. A., Deng, H., Zhang, M., & Lu, Z. (2012). Family stress, parenting styles, and behavioral adjustment in preschool-age adopted Chinese girls. *Early Childhood Research Quarterly, 27*(1), 128-136.
- Tan, T. X., & Marfo, K. (2006). Parental ratings of behavioral adjustment in two samples of adopted Chinese girls: Age-related versus socio-emotional correlates and predictors. *Journal of Applied Developmental Psychology, 27*(1), 14-30.
- Tessier, R., Larose, S., Moss, E., Nadeau, L., Tarabulsky, G. M., & Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. (2005). L'adoption internationale au Québec de 1985 à 2002. L'adaptation sociale des enfants nés à l'étranger et adoptés par des familles du Québec. Repéré à <http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/aid=248.phtml>.
- The St. Petersburg-USA Orphanage research Team. (2005). Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young children in St. Petersburg, Russian Federation. *Journal of Applied Developmental Psychology, 26*(5), 477-506.
- Thompson, R. A. (2008). Early Attachment and Later Development. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éd.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (pp.348-365). New York, NY: The Guilford Press.
- Tidey, C. (2010). Un avenir pour Evelyne, orpheline d'Haïti. Repéré à <http://www.unicef.fr/contenu/actualite-humanitaire-unicef/un-avenir-pour-evelyne-orpheline-d-haiti-2010-02-08>.
- Untas, A., Koleck, M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie Française, 57*(2), 97-110.

- van der Vegt, E. J. M., Tieman, W., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2009). Impact of early childhood adversities on adult psychiatric disorders: A study of international adoptees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 724-731.
- van IJzendoorn M. H., & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1228-1245.
- van IJzendoorn, M. H., Luijk, M. P. C. M., & Juffer, F. (2008). IQ of Children Growing Up in Children's Homes A Meta-Analysis on IQ Delays in Orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology*, 54(3), 341-366.
- Vashchenko, M., Easterbrooks, M. A., & Miller, L. C. (2010). Becoming their mother: Knowledge, attitudes, and practices of orphanage personnel in Ukraine. *Infant Mental Health Journal*, 31(5), 570-590.
- Verhulst, F. C. (2000). Internationally adopted children: The Dutch longitudinal adoption study. *Adoption Quarterly*, 4(1), 27-44.
- Verlaan, P., & Déry, M. (2006). *Les conduites antisociales des filles: Comprendre pour mieux agir*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Viana, A. G., & Welsh, J. A. (2010). Correlates and predictors of parenting stress among internationally adopting mothers: A longitudinal investigation. *International Journal of Behavioral Development*, 34(4), 363-373.
- Walker, G. (2011). Postcommunist deinstitutionalization of children with disabilities in Romania: Human rights, adoption, and the ecology of disabilities in Romania. *Journal of Disability Policy Studies*, 22(3), 150-159.
- Wang, L. (2010). Importing Western Childhoods into a Chinese State-Run Orphanage. *Qualitative Sociology*, 33(2), 137-159.
- Welsh, J. A., Viana, A. G., Petrill, S. A., & Mathias, M. D. (2007). Interventions for internationally adopted children and families: A review of the literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(3), 285-311.
- Zero to three [Organization]. 2005. *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood* (éd. rév.). Washington, DC: Zero to Three Press.