

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LA PERCEPTION DES INFIRMIÈRES ET DES
INFIRMIERS DE 1^{re} LIGNE SUR LES BESOINS DES FAMILLES QUÉBÉCOISES
ADOPTANT VIA LA FILIÈRE DE L'ADOPTION INTERNATIONALE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
ROXANNE BRAULT

DÉCEMBRE 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Sommaire

Alors que le nombre d'adoptions internationales diminue, les besoins des familles adoptives augmentent particulièrement en matière de santé, et ce, en raison des modifications du profil des enfants adoptés (Germain & Esquivel, 2019). Toutefois, actuellement au Québec, aucun suivi officiel n'est mis en place en post-adoption. Les familles doivent donc se tourner vers les services de 1^{re} ligne afin d'obtenir des soins et services pour leurs enfants. Sachant que les services en post-adoption ont un impact sur le risque de dissolution adoptive et que la littérature rapporte un besoin de ressources et d'aide en lien avec les connaissances sur le sujet chez les professionnels de la santé (Roach et al., 2023), le présent projet a été mis en place. Cette étude qualitative descriptive a donc été réalisée dans le but d'explorer la perception des infirmiers¹ de 1^{re} ligne sur les besoins des familles québécoises adoptant via la filière de l'adoption internationale. Prenant le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979) à titre de cadre de référence, cette étude a été réalisée auprès de 10 infirmiers de 1^{re} ligne du Centre-du-Québec. Les données ont été recueillies par une entrevue semi-structurée, une vignette clinique et un questionnaire sociodémographique. L'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2016) a été utilisée et a permis de faire ressortir quatre grands thèmes principaux, soit (1) les connaissances; (2) la place de la famille en soins infirmiers en 1^{re} ligne; (3) le rôle infirmier et (4) le processus de pensée. Plusieurs sous-thèmes en sont découlés. Finalement, des pistes ont pu être proposées au niveau du volet clinique, de l'enseignement et de la recherche

¹ Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

entourant la pratique infirmière en 1^{re} ligne auprès des familles québécoises ayant adopté via la filière de l'adoption internationale.

Mots clés : adoption internationale, santé, infirmière, infirmière de 1^{re} ligne, besoins, perception, famille, systémique, pédiatrie

Abstract

As the number of international adoptions decreases, the needs of adoptive families increase particularly in terms of health, due to changes in the profile of adopted children (Germain & Esquivel, 2019). However, currently in Quebec, no official follow-up is in place after adoption. Families must therefore turn to front-line services to obtain care and services for their children. Knowing that post-adoption services have an impact on the risk of adoptive dissolution and that the literature reports a need for resources and assistance related to knowledge on the subject among health professionals (Roach et al., 2023) this project has been implemented. This descriptive qualitative study was therefore carried out with the aim of exploring the perception of front-line nurses on the needs of Quebec families adopting through the international adoption sector. Using Bronfenbrenner's ecosystem model (1979) as a frame of reference, this study was conducted with 10 front-line nurses from Centre-du-Québec. Data were collected through a semi-structured interview, a clinical vignette and a sociodemographic questionnaire. The thematic analysis of Paillé and Mucchielli (2016) was used and made it possible to highlight four main themes relating to (1) knowledge, (2) the place of the family in primary care nursing, (3) the nursing role and (4) the thought process. Several sub-themes are derived from those. Finally, avenues were proposed at the level of the clinical component, teaching and research surrounding nursing practice in the first line with Quebec families who have adopted through the international adoption sector.

Keywords: international adoption, health, nurse, 1st line nurse, needs, perception, family, pediatric

Table des matières

Sommaire	ii
Abstract	iv
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures	xi
Liste des sigles	xii
Remerciements.....	xiii
Chapitre 1 Problématique.....	1
But de l'étude	13
Chapitre 2 Recension des écrits	16
Adoption.....	18
Famille	24
Pratique infirmière et services de soins de santé en 1 ^{re} ligne.....	29
Perception	34
Besoin	36
Études similaires au projet.....	38
Cadre de référence	41
Description du modèle écologique de Bronfenbrenner	41

Systèmes du modèle écologique	43
Utilisation du modèle écologique	46
Études du domaine de l'adoption utilisant le modèle écologique de Bronfenbrenner	49
Chapitre 3 Méthodologie.....	54
Devis de l'étude	55
Milieu de recherche.....	56
Population	56
Taille de l'échantillon	59
Méthode d'échantillonnage.....	59
Outils de collecte de données.....	60
Guide d'entretien semi-dirigé	61
Création et utilisation de la vignette clinique	64
Fiche d'informations sociodémographiques	67
Journal de bord.....	67
Déroulement de l'étude	68
Obtention de la certification d'éthique	68
Recrutement	69
Contact avec les participants.....	70
Entretien.....	70
Analyse des données	72

Considérations éthiques	73
Scientificité	76
Biais anticipés	78
Chapitre 4 Résultats	81
Portrait de l'échantillon.....	82
Thèmes et sous-thèmes de l'étude	85
Les connaissances — Du général au spécifique	87
Besoins physiques et psychologiques : du général au particulier	87
Notion de pédiatrie additionnée à celle de l'adoption : complexité versus réalité?	88
Surprises par-dessus surprises : la réalité des familles adoptives	89
Services en post-adoption : peut-être que oui, peut-être que non	91
Motifs de consultation de la clientèle adolescente.....	93
La famille — Sa place dans les soins infirmiers en 1 ^{re} ligne	94
Faible présence des schémas de pensée entourant la famille.....	94
Notion de « bon parent » dans les familles adoptives.....	95
Questionnement des parents : un indicateur de détresse parentale?	97
Oui pour l'accompagnement, mais quel serait-il?	98
Le rôle infirmier — Actions et réactions	99
Mon rôle comme professionnel auprès d'eux : ai-je ma place?.....	100
Référer : comment, quand, à qui et pourquoi le faire?.....	102

Des outils, oui s'il vous plaît!	104
Le raisonnement clinique infirmier.....	105
D'où découlent les connaissances sur la réalité de l'adoption internationale..	105
Accès aux réflexions cliniques.....	107
Chapitre 5 Discussion	111
Les connaissances — Du général au spécifique	116
Besoins physiques et psychologiques : du général au particulier	116
Notion de pédiatrie additionnée à celle de l'adoption : complexité versus réalité?	118
Surprises par-dessus surprises : la réalité des familles adoptives	120
Services en post-adoption : peut-être que oui, peut-être que non	123
Motifs de consultation de la clientèle adolescente.....	124
La famille — Sa place dans les soins infirmiers en 1 ^{re} ligne	125
Faible présence des schémas de pensée entourant la famille.....	125
Notion de « bon parent » dans les familles adoptives.....	126
Questionnement des parents : indicateur de détresse parentale?	127
Oui pour l'accompagnement, mais quel serait-il?	129
Le rôle infirmier — Actions et réactions	129
Mon rôle comme professionnel auprès d'eux : ai-je ma place?.....	130
Référer : comment, quand, à qui et pourquoi le faire?.....	132
Des outils, oui s'il vous plaît!	134

Le raisonnement clinique infirmier.....	135
D'où découlent les connaissances sur la réalité de l'adoption internationale..	135
Accès aux réflexions cliniques.....	138
Limites de l'étude.....	141
Retombées de l'étude	142
Pistes de réflexion pour le volet clinique	143
Pistes de réflexion pour le volet enseignement.....	143
Pistes de réflexion pour le volet recherche	145
Chapitre 6 Conclusion.....	147
Références	152
Appendice A Affiche de recrutement	166
Appendice B Guide d'entretien auprès des infirmières et infirmiers de 1 ^{re} ligne.....	168
Appendice C Vignette clinique	172
Appendice D Fiche d'informations sociodémographiques	176
Appendice E Certificat éthique	178
Appendice F Formulaire d'information et de consentement	182

Liste des tableaux

Tableau

1	Portrait des participants	84
2	Portrait du milieu de pratique professionnelle et de l'expérience professionnelle....	84
3	Résumé des thèmes et sous-thèmes de l'étude	86

Liste des figures

Figure

1 Exemple de représentation du modèle écologique de Bronfenbrenner (Jasmin, 2013)	44
2 Représentation du modèle écologique de Bronfenbrenner dans la présente étude.	48

Liste des sigles

CLH : Convention de La Haye

CLSC : Centre local de services communautaires

GMF : Groupe de médecine familiale

SASIE : Secrétariat aux services internationaux à l'enfant

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

Ce mémoire de maîtrise est le résultat de plusieurs années d'efforts, de défis, d'apprentissages, de découvertes, de rires, de pleurs, d'échanges, d'émerveillement et de rêves pour le futur. L'accomplissement de ce projet m'a appris autant au plan académique qu'aux plans professionnel et personnel. Il a suscité de nombreuses discussions auprès de plusieurs personnes dans mon entourage, dans le cadre de mon travail, dans le cadre de projets de recherches divers et de présentations associées et avec des gens de différents milieux entourant les soins de santé qui ont été des sources d'échanges incroyables.

Il va sans dire que la réalisation de ce mémoire vient avec un grand nombre de personnes que j'aimerais remercier, sans quoi, il n'aurait pas été possible d'accomplir ce projet. Tout d'abord, j'aimerais remercier les participants de cette étude qui m'ont permis de rendre ce projet concret grâce à leur participation. Dans un monde où tout va vite, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et en pleine pandémie mondiale, ces gens ont su trouver le temps de participer à mon projet avec beaucoup de générosité dans leur propos et je leur en suis infiniment reconnaissante.

Ensuite, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Patricia Germain. Merci tout d'abord de m'avoir transmis ta passion pour le monde de l'adoption internationale, la pédiatrie et les soins infirmiers. Ton humanisme, ton authenticité, ton temps, tes connaissances et tes conseils tout comme nos moments de grandes joies et de rires seront gravés dans ma mémoire pour toujours. J'aspire à la réalisation de nos nombreux projets

communs dans la poursuite de mon aventure dans le monde de la recherche, de l'adoption internationale et des soins infirmiers.

Un merci particulièrement sincère à tous les membres de l'équipe de recherche du projet *Expériences Adoptions*. Vous avez su être là aux bons moments. Vos conseils et votre soutien ont été indispensables pour moi tout au long de ce projet.

Puis, je voudrais sans aucun doute remercier ma famille qui a su être présente et à l'écoute à travers vents et marées durant toutes ces années. Un merci tout spécialement à mes parents qui selon moi ont dû vivre autant sinon plus d'émotions que moi à travers ce parcours. Merci d'avoir cru en moi quand je n'étais plus en mesure de le faire. Merci de le faire depuis mon plus jeune âge et de continuer encore aujourd'hui.

Aussi, il va sans dire que je tiens à remercier mes ami(e)s et mes collègues qui depuis toutes ces années m'encouragent et me suivent dans cette aventure. Vos bons mots ont été une grande source de motivation pour moi au quotidien.

Finalement, j'aimerais remercier tout spécialement mon conjoint, Nicolas. Merci d'avoir pris le temps de m'écouter, de me conseiller, de m'encourager et de me soutenir à travers ce projet. Merci de m'avoir fait rire, d'avoir pris des marches avec moi, d'avoir fait plus de tâches dans la maison qu'autrement et d'avoir cru jour après jour en mon

potentiel. Je n'aurais pas pu avoir une meilleure personne à mes côtés pour réaliser ce défi.

Merci d'avoir laissé une place à ce projet dans notre vie.

Chapitre 1

Problématique

Depuis plus de trois décennies, l'adoption internationale est pratiquée au Québec (Gouvernement du Québec, 2011). Les adoptions internationales sont celles qui concernent uniquement les enfants ayant été adoptés dans un pays étranger ou dans une autre province que le Québec au Canada (Gouvernement du Québec, 2023a). Nombreux sont donc les enfants et les parents qui forment les familles issues de cette expérience d'exception au sein de la population québécoise (Gouvernement du Québec, 2019).

Au fil des ans, l'adoption internationale faite par des familles québécoises a fait face à différents changements aux niveaux politique, social, économique et législatif (Germain & Esquivel, 2019). Ces changements ne se sont pas produits uniquement au Québec, mais aussi dans de nombreux pays partout à travers le monde. Historiquement, on peut tout d'abord penser à un changement législatif majeur qui s'est opéré en 1989 par la création de la Convention relative aux droits de l'enfant par l'Organisation des Nations Unies (Nations Unies, 2023). Cette convention a découlé de la reconnaissance de la communauté internationale sur la nécessité d'avoir des standards de pratique en adoption afin d'assurer la protection des droits de l'enfant (Nations Unies, 2023; Secrétariat aux services internationaux à l'enfant [SASIE], 2023a). Pour plusieurs, cette convention représente une réaction face aux mouvements de masse des enfants de pays en voie de développement vers des pays plus développés sans balises préexistantes et vise à reconnaître et à protéger les droits spécifiques des enfants (SASIE, 2023a).

Puis, quatre ans plus tard, plus précisément le 29 mai 1993, les préoccupations entourant l'adoption d'enfants à l'international étant toujours présentes et grandissantes font naître la Convention de La Haye (CLH) sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (Gouvernement du Québec, 2023a; SASIE, 2023a). Cet accord a pour objectif, grâce à son cadre juridique, de protéger les enfants et leurs familles des risques entourant les adoptions à l'étranger pouvant être illégales, irrégulières, prématurées ou mal préparées (SASIE, 2023a). Elle vise à ce que les adoptions à l'international soient dans l'intérêt supérieur de l'enfant et que les droits fondamentaux de ce dernier soient respectés (SASIE, 2023a). L'adoption internationale est une mesure d'exception. Le Québec a d'ailleurs signé la CLH en 2006 (Gouvernement du Québec, 2023a).

Encore aujourd'hui, depuis l'entrée en vigueur de la CLH visant la protection et le bien-être supérieur des enfants disponibles à l'adoption internationale, il est possible d'observer, au Québec et un peu partout à travers le monde, des effets à différents niveaux sur les statistiques entourant les enfants adoptés à l'international (Germain & Lacharité, 2022; Gouvernement du Québec, 2020). Tout d'abord, visant l'intérêt supérieur de l'enfant, cette convention priorise les adoptions intrafamiliales ou nationales dans le pays d'origine. Toutefois, dans l'éventualité que ces types d'adoption soient impossibles, l'enfant peut devenir éligible à l'adoption internationale (Germain & Esquivel, 2019; Gouvernement du Québec, 2011). Donc, bien qu'il y ait des milliers d'enfants institutionnalisés partout à travers le monde, ils ne sont pas tous disponibles à l'adoption.

internationale, ce qui a pour effet rebond une diminution du nombre d'enfants disponibles à l'adoption internationale par des familles du Québec et de partout dans le monde et donc, une diminution du nombre d'adoptions (Convention de La Haye de droit international privé, 2018; Dartiguenave, 2012; Germain & Esquivel, 2019; Gouvernement du Québec, 2011). De plus, la CLH a aussi mené à la création de quotas d'adoption dans certains pays et à un resserrement des critères d'admissibilité des parents adoptants, réduisant donc davantage les adoptions internationales (Gouvernement du Québec, 2011).

En plus des modifications au niveau statistique, la CLH ainsi que plusieurs autres facteurs externes à cette dernière ont mené à des modifications quant au profil des enfants disponibles à l'adoption internationale. Tout d'abord, on peut prendre l'exemple de certains pays d'origine où une amélioration socioéconomique a permis un meilleur niveau de vie et donc, un meilleur accès aux soins de santé pour les familles (Dartiguenave, 2012). Ensuite, on peut penser à comment l'accès à des moyens contraceptifs, à l'avortement ainsi que l'amélioration du statut social de la femme et des politiques familiales ont permis de diminuer le nombre d'abandons d'enfants (André-Trévennec & Lebrault, 2017; Dartiguenave, 2012).

Les exemples mentionnés précédemment permettent d'illustrer les facteurs qui, en faveur du bien-être des enfants, ont modifié le portrait des enfants disponibles à l'adoption internationale pour le Québec et pour bien d'autres lieux partout à travers le monde. En effet, les organismes d'adoption internationale, les gouvernements ainsi que divers auteurs

de la littérature scientifique rapportent que les enfants disponibles à l'adoption sont maintenant plus âgés, proviennent de fratrie et/ou présentent des besoins médicaux, psychologiques ou comportementaux particuliers (André-Trévennec & Lebrault, 2017; Dartiguenave, 2012; Gouvernement du Québec, 2011; Miller et al., 2016; O'Dell et al., 2015). Certains auteurs définissent les enfants ayant ce profil comme étant des enfants dits à « besoins spéciaux » (Baden et al., 2013; Chicoine et al., 2012; Dartiguenave, 2012; O'Dell et al., 2015).

Le rapport statistique pour l'année 2021 émis par le Secrétariat aux services internationaux à l'enfance (SASIE), anciennement appelé le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) — qui représente l'autorité centrale en matière d'adoption internationale au Québec — est représentatif des changements de profils des enfants adoptés comme mentionnés ci-dessus. En effet, sur un total de 46 adoptions, 3 enfants étaient âgés de moins de 2 ans, 21 étaient âgés entre 2 et 5 ans et puis plus de 22 enfants étaient âgés de 6 ans et plus. Ensuite, 17 enfants provenaient d'une fratrie et plus de 19 enfants adoptés étaient considérés comme ayant un problème de santé selon l'évaluation de leur pays d'origine (Gouvernement du Québec, 2022).

Bien évidemment, les modifications apportées dans le profil des enfants adoptés via la filière de l'adoption internationale, au Québec, en lien avec la diminution du nombre d'adoptions internationales, ne sont pas sans conséquences pour les familles adoptives (André-Trévennec & Lebrault, 2017; Germain & Esquivel, 2019; Germain & Lacharité,

2022). Par exemple, les parents sont touchés au niveau psychologique par les délais engendrés par l'attente de devenir parents et de former une famille (Esquivel, 2021). D'autre part, les enfants se retrouvent parfois dans des conditions de vie et de développement sous-optimales (Germain & Esquivel, 2019). Malheureusement, plusieurs études ont démontré qu'il faut compter un retard de développement d'environ un mois par tranche de trois mois passés en institution (Gunnar et al., 2007). Il est donc possible de déduire que les enfants adoptés plus âgés, comme ceux présentés dans le bilan statistique du SASIE en 2021 (SASIE, 2022), seront plus à risque de présenter des retards au niveau du développement.

Aussi, comme le soulève l'étude de Hartinger-Saunders et al. (2015), les placements répétés dans diverses institutions sont associés à un plus haut risque de rupture d'adoption tout comme les abus physiques et sexuels ainsi que la négligence. Cela peut aussi amener la résistance aux nouveaux environnements, surtout chez les enfants qui étaient plus âgés au moment d'être adoptés à l'international, ce qui peut mener à un plus haut risque de dissolution d'adoption (Dhami et al., 2007). D'ailleurs, encore une fois au point de vue de l'âge, plus l'âge est élevé, plus ces enfants sont à risque de développer des problèmes au plan émotionnel et développemental (Elovainio et al., 2018). Finalement, sans surprise, les besoins des familles adoptives sont quant à eux grandissants, et ce, particulièrement dans le domaine de la santé (Brodzinsky, 2011; Dartiguenave, 2012; Germain & Esquivel, 2019; Roach et al., 2023).

À la lumière de toutes ces informations, il est indéniable de dire que les besoins de ressources et de prestation de soins auprès des enfants et des familles québécoises ayant réalisé une adoption via la filière de l'adoption internationale sont grandissants et déjà présents en grand nombre (Germain & Esquivel, 2019). D'ailleurs, le *Plan d'action 2019-2024 Bâtir le futur ensemble*, émis par le SASIE, mentionne que ces familles québécoises nécessitent davantage de soins et de services de santé et que les demandes faites par ces dernières pour des services de préparation, de formation, de suivi et de soutien sont en constante augmentation (Gouvernement du Québec, 2019).

Toutefois, ce qu'il faut savoir, c'est qu'au Québec, il n'existe actuellement aucun suivi systématique pour les familles adoptives. En d'autres mots, lorsque l'enfant adopté arrive au Québec, il n'est pas pris en charge par une clinique médicale ou par un médecin de famille, sauf si la famille fait des démarches personnelles pour consulter un professionnel. Les parents doivent donc faire eux-mêmes toutes les démarches pour avoir accès aux services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux en pré et en post-adoption pour l'enfant ou les enfants qu'ils adoptent à l'international. Par exemple, s'ils veulent faire évaluer la santé physique de l'enfant à son arrivée, ils doivent trouver un accès à des soins de santé dans le réseau de la santé de leur région. La procédure reste la même s'ils veulent s'assurer que les vaccins de leur enfant soient à jour : ils doivent trouver une clinique de vaccination où consulter. Afin d'obtenir des services spécialisés en adoption, les parents peuvent faire des démarches dans deux centres où il y a des cliniques spécialisées en adoption, soit dans les régions de Montréal ou de Québec.

Toutefois, l'accessibilité aux services de ces centres spécialisés n'est pas garantie par le fait qu'ils aient adopté. En effet, le SASIE affirme que le « réseau de la santé et des services sociaux prend en charge les demandes en fonction de la disponibilité des services » (Gouvernement du Québec, 2019, en ligne) et donc, quand des places sont disponibles pour de nouveaux patients.

Finalement, il est possible pour les parents de faire une demande au SASIE pour avoir la visite d'un intervenant dans un délai de plus ou moins 14 jours suivant l'arrivée de l'enfant. Cette visite a pour but de conseiller la famille au niveau de l'intégration de l'enfant et des soins à prioriser (Gouvernement du Québec, 2020). Malheureusement, le Gouvernement du Québec rapporte dans le rapport de son *Plan d'action 2019-2024 Bâtir le futur ensemble* que les intervenants procédant à cette visite sont peu sensibilisés sur les défis que l'adoption d'un enfant à l'international représente et que cette lacune a une incidence sur la qualité des informations qu'ils transmettent aux parents (Gouvernement du Québec, 2019). Ayant donc peu d'options pour accéder aux services nécessaires afin de répondre à leurs besoins, les familles adoptives se voient donc dans l'obligation de se tourner vers les services de 1^{re} ligne où elles seront redirigées au besoin vers les services de 2^e et de 3^e ligne.

Au Québec, les services de 1^{re} ligne accessibles pour ces familles adoptives sont les urgences des hôpitaux, les centres locaux de soins communautaires (CLSC), les bureaux de groupe de médecine familiale (GMF) et les cliniques privées. Parmi les professionnels

de la santé et des services sociaux qui entrent en contact avec les familles adoptives en 1^{re} ligne, nous retrouvons majoritairement les infirmiers. Ces professionnels représentent souvent la porte d'entrée vers les autres professionnels et les autres services disponibles. Ils sont appelés à évaluer, intervenir, soutenir et enseigner auprès de ces familles. À titre d'exemple, lors du triage à l'urgence, l'infirmier sera le premier intervenant à faire une évaluation des besoins biopsychosociaux de la famille adoptive, ce qui aura par la suite un impact sur la trajectoire de soins de cette dernière. Ce faisant, l'infirmier se trouve donc à jouer un rôle important dans les services en post-adoption de ces familles. Ce rôle n'est pas à prendre à la légère, car les études rapportent que les services en post-adoption sont des éléments clés pour la réussite de l'intégration de l'enfant adopté et de sa famille (Chicoine et al., 2012; Dhami et al., 2007; Mason & Narad, 2005; Miller et al., 2016) et qu'un faible soutien en post-adoption augmente les risques d'échec de l'adoption internationale (Jeannin, 2017).

Malheureusement, afin d'assurer ce rôle en post-adoption, les infirmiers de 1^{re} ligne disposent de peu d'outils de référence cliniques pour les accompagner dans leur pratique. Par exemple, dans le dictionnaire thérapeutique pédiatrique « Weber », un guide de référence utilisé par de nombreux urgentologues et professionnels de 1^{re} ligne au Québec, les informations concernant les enfants adoptés à l'international âgés entre 0 et 5 ans sont résumées en huit pages (J. Turgeon & al., 2014). La littérature scientifique comprend très peu d'articles faisant état des connaissances sur la pratique du rôle des infirmiers auprès des familles ayant adopté à l'international (Roach et al., 2023; Rykkje, 2007). D'ailleurs,

sous un angle plus général, nombreux sont les chercheurs rapportant aussi le manque de connaissances sur les services en post-adoption auprès des familles (Barth & Miller, 2000; Borozny, 2015; Dhami et al., 2007).

Parmi les quelques articles qu'il est possible de consulter sur la pratique infirmière en lien avec la clientèle adoptive à l'international, on retrouve l'article de Germain et Esquivel (2019) paru dans le *Journal of Pediatric Nursing*. Dans cet article, il est mentionné que le rôle de l'infirmière en pédiatrie consiste à soutenir les parents et les autres membres de la famille, à s'assurer que l'enfant reçoive les meilleurs soins possibles en portant une attention particulière au niveau de sa santé mentale, comportementale et émotionnelle, à fournir les ressources et les informations nécessaires à la famille et à encourager les familles à interagir avec d'autres familles ayant adopté à l'international (Germain & Esquivel, 2019). On retrouve aussi l'étude de Rykkje (2007), réalisée en Norvège, dans laquelle on rapporte une demande provenant des familles afin que les infirmières de santé publique aient de meilleures connaissances sur les besoins particuliers des familles adoptives et qu'elles cessent de considérer que ces derniers sont similaires à ceux de la population générale. Puis, on a aussi accès à l'étude réalisée par Foli et Gibson en 2011 dans laquelle on dit que les infirmières sont dans une position unique pour identifier les besoins de services chez les parents. Bien que ces informations fournies par les écrits scientifiques soient peu nombreuses, il est possible de constater que les besoins des familles adoptives semblent être des éléments prioritaires à prendre en considération

par les professionnels du domaine infirmier lors de leur pratique auprès des familles adoptives.

Parmi les besoins des familles adoptives, on retrouve, au niveau des enfants, des besoins qui peuvent être d'ordre physique comme une infection respiratoire, une malformation congénitale, la présence de parasites intestinaux ou une infection cutanée (Chicoine et al., 2012). On retrouve aussi des problèmes pouvant être d'ordre psychologique, puisque les études révèlent que les enfants sont plus à risque d'avoir des difficultés d'adaptation, des problèmes d'attentions, des problèmes de comportement ou d'anxiété et de dépression (Dartiguenave, 2012; Grotevant & McDermott, 2014). Il arrive aussi qu'ils aient des troubles de stress post-traumatique, des troubles d'attachement et des difficultés de sommeil (Dartiguenave, 2012). Nombreux sont aussi les autres besoins qu'ils peuvent présenter, et ce, au niveau du langage, de l'alimentation, de la nutrition et du développement pour nommer que ceux-là (Gouvernement du Québec, 2011). Puis, au niveau des parents, nombreux peuvent aussi être les besoins de soutien, d'information et d'accompagnement psychologique et social (Brodzinsky 2011; Dhami et al., 2007; Germain & Esquivel, 2019; Miller et al., 2016).

Ce qui est aussi important de garder en tête par rapport aux besoins des familles adoptives, c'est qu'ils sont liés de plusieurs manières à l'histoire d'adoption et affectés par cette dernière à différents niveaux (Germain & Esquivel, 2019). Pour les enfants par exemple, les besoins de santé actuels peuvent être liés à des facteurs tels que l'âge auquel

ils ont été abandonnés ou au ratio d'enfants par intervenant dans l'orphelinat où ils demeuraient ou encore à l'exposition à de la violence physique (Germain & Esquivel, 2019). D'ailleurs, comme le soulève l'étude de Hartinger-Saunders et al. (2015), les placements répétés dans diverses institutions sont associés à un plus haut risque de rupture d'adoption, tout comme les abus physiques, les abus sexuels, la négligence et la résistance aux nouveaux environnements rencontrés par les enfants plus âgés adoptés à l'international (Dhami et al., 2007). Pour les parents, les besoins d'accompagnement peuvent être liés, par exemple, aux motifs entourant leur processus d'adoption, leur situation familiale actuelle ou à l'adaptation à la parentalité face à une fratrie (Brodzinsky, 2011; Miller et al., 2016). La perception des infirmiers sur les besoins de ces familles semble donc être un élément clé. C'est en fonction de cette perception qu'ils pourront évaluer, intervenir, accompagner et enseigner de manière optimale à ces familles.

Comme il a été mentionné plus haut, les familles québécoises se retrouvent parfois sans services et les infirmiers sont souvent les professionnels qu'elles rencontrent en passant par la porte d'entrée des services en 1^{re} ligne. Malheureusement, encore une fois, les études entourant la perception des infirmiers sur les besoins des familles adoptives à l'international sont très limitées dans la littérature scientifique, voire inexistantes. En fait, il existe actuellement une seule étude portant sur les adoptions internationales et la pratique infirmière ayant touché la notion de perception du point de vue des infirmiers, et ce, de manière indirecte. Il s'agit de l'étude de Rykkje (2007), intitulée « Intercountry adoption and nursing care » réalisée en Norvège. S'appuyant sur l'importance de la

compréhension des besoins des familles adoptives par les infirmiers de santé publique, cette étude qualitative avait pour objectif de fournir, à l'aide d'entretien semi-dirigés, une image des défis rencontrés par les familles adoptives transraciales et des ressources dont ces dernières disposent.

Il ressort de cette étude que pour répondre aux besoins des familles adoptives, les professionnels doivent avoir suffisamment de connaissances sur les conditions particulières qui distinguent ces familles adoptives des autres familles en général, et ce, particulièrement au niveau des services infirmiers de santé publique (Rykkje, 2007), le manque de connaissances étant perçu comme une barrière pour les parents adoptifs faisant les demandes d'aide auprès de ces professionnels (Rykkje, 2007).

But de l'étude

À la lumière de ces nombreux constats, il semble pertinent de vouloir s'intéresser à la perception des infirmiers sur les besoins des familles qui adoptent à l'international. La situation actuelle entourant l'adoption internationale entraîne de nombreux défis pour les familles adoptives et les professionnels de soins (Gouvernement du Québec, 2019), et la littérature scientifique, quant à elle, rapporte très peu d'études sur le sujet (Rykkje, 2007), plus particulièrement en ce qui a trait aux sciences infirmières (Roach et al., 2023). Il semble donc nécessaire d'explorer davantage ce sujet afin de permettre l'établissement de connaissances sur le sujet pour la pratique infirmière.

Le but de cette étude est donc d'explorer la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles québécoises adoptant via la filière de l'adoption internationale. La question de recherche principale est donc : Quelle est la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles québécoises adoptant via la filière de l'adoption internationale? L'objectif est d'explorer les différents thèmes entourant cette question afin de faire émerger des thématiques concrètes reflétant la réalité de la situation actuelle.

Pour la discipline infirmière, les résultats de cette étude seront pertinents à plusieurs niveaux. Tout d'abord, sur le plan clinique, des constats sur la pratique infirmière en 1^{re} ligne auprès des familles pourront être présentés. Du point de vue de la recherche, la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles adoptives sera présentée pour la première fois. Enfin, au niveau de l'enseignement, certains éléments pourront être des pistes de suggestion pour aborder et enseigner aux cliniciens sur le sujet.

En plus de ce qui a été mentionné ci-dessus, l'étude ici présente s'inscrit dans la programmation du projet *Expériences Adoptions* mené à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ce projet a pour objectif de dresser le portrait l'état de santé des personnes adoptées à l'international ainsi que leurs trajectoires de soins et de services (Germain & Lacharité, 2022). Le mandat de ce projet a été octroyé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ceci vient donc appuyer la pertinence de cette étude dans le cadre de ce projet. En effet, explorer la perception des infirmiers de 1^{re} ligne

sur les besoins des familles ayant recours à l'adoption via la filière de l'adoption internationale sera une porte d'entrée vers différents volets de recherche auprès des intervenants, des outils dont ils disposent et de la manière dont ils entrent en interaction avec ces familles. L'exploration de ces perceptions sera donc décrite et approfondie à travers l'étude présentée dans ce présent mémoire de maitrise. Le chapitre qui suit présentera la recension des écrits.

Chapitre 2

Recension des écrits

Dans le présent chapitre, les concepts majeurs à l'étude seront présentés à partir de l'état actuel des connaissances disponibles dans la recension des écrits réalisée. Tout d'abord, le concept de l'adoption sera abordé. Puis, il sera question de la famille. Ensuite, les informations qui entourent la pratique infirmière et les services de soins de santé en 1^{re} ligne seront exposées. Par la suite, les concepts de besoins et de perceptions seront aussi abordés, suivis de la présentation des études ayant traité de sujets similaires à celui du projet de maîtrise de l'étudiante-rechercheuse. Finalement, le cadre de référence de l'étude et l'application anticipée de ce dernier dans le cadre de ce projet sera exposé.

Il est pertinent dans le cadre de la lecture de ce chapitre de considérer que le nombre d'équipes de recherche en adoption internationale dans le monde est limité et que c'est aussi le cas au Québec. Bien qu'il y ait beaucoup d'éléments à prendre en compte en recherche quand on s'intéresse à la clientèle adoptive, cette dernière est généralement perçue comme étant restreinte et différente de la population en général, ce qui fait en sorte qu'il y a moins de budget dirigé vers l'étude de cette clientèle par exemple. Toutefois, ce nombre plus restreint d'équipe de recherche restreint la communauté de recherche scientifique entourant le monde de l'adoption et fait en sorte par le fait même qu'il est plus facile pour les équipes d'échanger entre elles et d'apprendre à se connaître partout à travers le monde. Cette réalité explique pourquoi le nombre d'études qui sont réalisées à chaque année est plus limité que pour certains sujets plus étudiés en général et que les articles répertoriés dans le présent chapitre datent parfois de plusieurs années. Certains articles sont toutefois considérés comme étant des écrits classiques. Le lecteur pourra

d'ailleurs aussi constater à travers les informations soulevées parmi les articles de cette recension de écrits, que partout à travers le monde, les changements entourant la politique sur le droit des enfants, la santé, l'organisation des systèmes, etc. se reflètent à travers les nombreuses modifications du portrait du monde de l'adoption. Aussi, bien qu'au Québec nous soyons en mesure de concevoir l'adoption nationale et l'adoption internationale en parallèle dans nos systèmes, ailleurs dans le monde, ces réalités s'entremêlent dans des systèmes et des organisations différentes de notre réalité. Cela fait en sorte que certains articles provenant de ces pays ne sont pas transposables à la réalité des familles québécoises et donc, aux informations pouvant être transférables dans le cadre d'un projet tel que le présent projet, ce qui restreint encore davantage le nombre d'articles disponibles.

Adoption

L'adoption, c'est de créer un lien entre un parent et un enfant. Au cours des dernières décennies, des ans et au fil des mois, cette conception a beaucoup évolué. Pour faire un bref retour dans le temps, on peut se rappeler qu'en 1924, au Québec, on votait pour une première loi sur la législation de l'adoption (Collard, 1988; Goubau & O'Neill, 1997; Ouellette, 1996, 1998). À cette époque, au Québec, l'église exerçait une forte influence sur les familles. Elle condamnait la contraception et la sexualité hors mariage (Collard, 1988). De nombreuses filles-mères, nommées ainsi à l'époque, se voyaient donc contraintes à camoufler leur grossesse le plus possible avant d'être ensuite dirigées vers des centres situés dans d'autres régions que leur milieu natal pour terminer leur grossesse (Collard, 1988). Afin de préserver l'honneur de la famille, cette dernière utilisait souvent

le prétexte des études à l'extérieur comme motif de départ pour leur fille (Collard, 1988). L'adoption se devait de rester un secret aux yeux de tous pour préserver la famille. Bien que l'adoption était vue comme un acte de charité, il arrivait que l'adoption d'un enfant de la famille éloignée soit faite sous couvert pour permettre aux couples stériles d'avoir une famille (Goubau & O'Neill, 1997). Puis au Québec, au fil du temps, il y a eu des modifications au niveau des mœurs et de la compréhension de l'adoption par les membres de la société en ce qui a trait à l'enfant et la famille (Ouellette & Méthot, 2000). Toutefois, c'est uniquement en 1980 que l'enfant issu d'une adoption a pu avoir une reconnaissance des mêmes droits et obligations que l'enfant biologique au point de vue législatif (Ouellette, 1996, 1998). D'ailleurs, la nouvelle vision de la famille adoptive et de l'adoption ayant émergé a été influencée, entre autres, par les travaux du chercheur canadien David Kirk. En 1984, il publie le livre *Shared Fate: A Theory of Adoption and of Adoptive Relationship*, dans lequel il mentionne que la famille adoptive est différente de la famille biologique, mais qu'elle n'est pas pour autant diminuée face à cette dernière. On voit par la suite plusieurs auteurs se prononcer sur le sujet et amener une conception différente de la famille.

Antérieurement et en parallèle à cela, l'adoption internationale a commencé à se faire une place dans les réflexions entourant la conception d'une famille au Québec. Le SASIE (2023b) rapporte que: « À partir de 1970, la hausse du taux d'infertilité dans les pays industrialisés et une prise de conscience à l'égard des enfants dans le besoin touchés par la famine contribuent à la popularité de l'adoption internationale. » (SASIE, 2023b). Puis

dans les années 1990, les années qui sont les plus importantes au niveau de l'adoption internationale, le nombre d'adoptions à l'international est à son apogée (SASIE, 2023b). L'état du monde fait en sorte que de nombreux enfants sont dans le besoin. À ce moment, ce sont principalement des poupons qui sont disponibles à l'adoption.

Par la suite, vers le début du 20^e siècle, une modification du profil des enfants adoptés par les familles québécoises se dessine. L'adoption de la Convention de la Haye en 2006 au Québec ainsi que dans de nombreux pays dans le monde, tel qu'il a été mentionné dans le chapitre précédent, amène un grand lot de changements (Germain & Lacharité, 2022; Gouvernement du Québec, 2020). Bien qu'il y ait beaucoup d'enfants vivant en institution, ils ne sont pas tous disponibles à l'adoption pour les familles québécoises (Germain & Esquivel, 2019; Gouvernement du Québec, 2011). Les conditions socioéconomiques des pays, l'amélioration des conditions de vie, les changements législatifs et politiques, etc. sont aussi des facteurs ayant engendré ces modifications du profil des enfants disponibles à l'adoption (Germain & Esquivel, 2019). On rapportait d'ailleurs au moment du lancement du projet *Expériences Adoptions*, que le nombre d'enfants adoptés au Québec provenant de l'international était en constante diminution. Ce chiffre passant de 900 en 2004 à 139 en 2018 (Radio-Canada, 2019).

Parallèlement à ce qui a été mentionné dans le paragraphe précédent, la Convention de La Haye a aussi entraîné une modification au niveau du profil des enfants adoptés. Comme les enfants en bas âge et en santé sont désormais adoptés davantage dans leur pays

d'origine, les propositions d'adoption faites aux familles québécoises sont de plus en plus des propositions d'enfants dits à « besoins spéciaux » (Chicoine, 2014; Dekker et al., 2017; Gunnar et al., 2007; Juffer & van IJzendoorn, 2005; Miller et al., 2009, 2021). Comme il a été mentionné plus tôt dans la problématique, les organismes d'adoption internationale, le gouvernement ainsi que divers chercheurs du milieu de l'adoption indiquent que les enfants sont plus âgés et qu'ils présentent fréquemment des soins en lien avec des besoins au point de vue de la santé physique, psychologique ou comportementale (André-Trévennec & Lebrault, 2017; Dartiguenave, 2012; Gouvernement du Québec, 2011; Miller et al., 2016; ; Miller et al., 2021; O'Dell et al., 2015; Pinderhughes et al., 2013).

D'ailleurs, il faut prendre note que dans le cadre du présent projet qui s'insère dans la programmation du projet *Expériences Adoptions*, la définition de la santé qui a été retenue est celle de l'Organisation mondiale de la santé qui stipule que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie (1946, p. 16).

Plusieurs éléments expliquent l'augmentation des besoins des enfants adoptés à l'international depuis quelques années et encore à ce jour. Les conditions de vie pré-adoption sont un élément qui a toujours été important de prendre en compte auprès de la clientèle adoptive (Germain & Esquivel, 2019), mais son impact est davantage majeur chez les enfants nouvellement arrivés quand le séjour dans le pays d'origine a été

prolongé. On sait aujourd’hui que les éléments entourant la trajectoire d’abandon (Chicoine, 2014), tels que l’âge au moment de l’abandon, le nombre de ruptures ou de milieux de vie dans lequel a été l’enfant, ont des effets très néfastes sur le développement du cerveau des enfants en raison du stress chronique que ces éléments engendrent (Chicoine, 2014). La maltraitance vécue, dans le cadre de la grossesse, à la naissance ou dans les années qui suivent, amène des retards au niveau de la croissance (Chicoine, 2014; Germain & Esquivel, 2019).

De plus, les conditions de vie ou le milieu dans lequel l’enfant a grandi ont aussi des conséquences sur son état de santé (Pomerleau et al., 2005). Par exemple, le ratio soignant/soigné par une nourrice dans un orphelinat aura un impact sur le développement moteur et affectif des enfants (Chicoine et al., 2003). De plus, les conditions sanitaires, le manque de nourriture, le manque de stimulation ou l’exposition à des maladies contagieuses s’ajoutent aux éléments qui affectent le cerveau de l’enfant et son développement dans le cadre de la vie en institution dans le pays d’adoption (Chicoine et al., 2003; Germain et al., 2021). On dit dans les écrits scientifiques qu’il faut compter un mois de retard de croissance pour chaque trois mois durant lesquels l’enfant a été en institution après l’âge de 6 mois (Chicoine, 2014).

Au niveau physique, les problèmes de santé les plus communs sont les maladies infectieuses telles que les infections respiratoires (p. ex., pneumonie), les parasites intestinaux (p. ex., giardase), la tuberculose, l’hépatite et la syphilis (Bledsoe & Johnston,

2004; Chicoine et al., 2003; Dartiguenave, 2012; Germain et al., 2021; Jones & Schulte, 2019; Miller & Sorge, 2019). On retrouve aussi des infections au niveau dermatologique telles que la gale, les poux ou les mycoses (Chicoine, 2014; Chicoine et al., 2003; Jones & Schulte, 2019). Ensuite, il y a tout ce qui est relié à la malnutrition comme l'anémie ferriprive, les retards de développement au niveau du statut pondéral, les carences en vitamines et les conséquences à long terme de cette carence au niveau de la santé dentaire par exemple (Bledsoe & Johnston, 2004; Chicoine et al., 2003; Jones & Schulte, 2019; Miller & Sorge, 2019). Les enfants arrivent aussi parfois avec des conditions médicales nécessitant des chirurgies telles que la fente labio-palatine ou une hernie (Chicoine et al., 2003; Germain et al., 2021; Miller & Sorge, 2019). Les résultats de l'étude menée par *Expériences Adoptions* illustrent bien que les problèmes de santé mentionnés ci-dessus et rapportés le plus fréquemment dans la littérature scientifique reflètent bien le portrait réel des conditions physiques des enfants adoptés via la filière de l'adoption internationale au Québec (Germain & Lacharité, 2022). D'ailleurs, on indique dans l'étude que les enfants peuvent présenter aussi des atteintes au niveau neurodéveloppemental et sensoriel (Germain & Lacharité, 2022).

Au niveau de la santé mentale, on rapporte dans la population des enfants adoptés un plus grand risque de difficultés d'adaptation, de problèmes de déficit d'attention et d'hyperactivité, d'anxiété, de dépression et de trouble d'attachement (Dartiguenave, 2012; Grotevant & McDermott, 2014). Les troubles de sommeil, et de la difficulté dans la

gestion et la régulation des émotions peuvent aussi être des défis supplémentaires chez ces enfants (Bledsoe & Johnston, 2004; Dartiguenave, 2012; Jones & Schulte, 2019).

Les éléments mentionnés ci-dessus sont un aperçu global de la réalité entourant la santé des enfants adoptés à l'international, car il serait possible de parler de bien d'autres défis tels que la véracité des antécédents des parents biologiques des enfants ou l'accessibilité à ces informations ou encore leur statut vaccinal, etc. (Chicoine et al., 2003).

À la lumière de tous ces faits, il n'est pas surprenant que les chercheurs du milieu de l'adoption mentionnent que la modification du profil des enfants adoptés à l'international n'est pas sans conséquences pour les parents et les familles (André-Trevennec & Lebrault, 2017; Germain & Esquivel, 2019; Germain & Lacharité, 2022). La réalité dans le quotidien des familles adoptant à l'international comprend des besoins importants dans le domaine de la santé (Brodzinsky, 2011; Dartiguenave, 2012; Germain & Lacharité, 2022; Roach et al., 2023).

Famille

Nombreuses sont les définitions qui existent sur la famille. Dans le cadre du présent projet, la définition de la famille qui a été retenue est celle présentée dans le manuel *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action* sous la direction de Lacharité et Gagnier (2009). Ces derniers décrivent la famille comme étant : « Ces regroupements d'individus ayant des liens de filiation ou de parenté et étant liés affectivement l'un à l'autre par des ententes tacites (concubinage, cohabitation

complète ou partielle) ou des contrats formels (mariage, formule de garde, adoption) » (p. 3).

Bien que les familles adoptives aient toutes une histoire unique, certains défis peuvent venir s'ajouter aux défis de la parentalité en général. Ici, il faut spécifier qu'il ne s'agit pas d'une généralisation et que certaines familles seront touchées par un défi en particulier alors que d'autres verront les situations se complexifier au fil du temps ou au contraire se résorber. Tout comme les autres parents, les parents adoptants devront principalement répondre aux besoins de leurs enfants, que ce soit au niveau de l'alimentation, du sommeil, des soins de santé, de la vaccination, de la protection, de l'amour, des relations sociales, de l'apprentissage des valeurs et de l'éducation par exemple (Chicoine et al., 2012). D'ailleurs, à titre d'exemple, on sait que la plupart des familles ont des inquiétudes en lien avec l'attachement (Bledsoe & Johnston, 2004). Toutefois, bien qu'effectivement il y ait des enfants présentant des troubles d'attachement parmi les enfants adoptés à l'international, il va sans dire que la plupart développeront des relations de confiance et de sécurité avec leur famille adoptive au fil du temps (Bledsoe & Johnston, 2004).

En contrepartie, il existe de nombreux défis entourant le quotidien et la réalité de la parentalité pour les familles adoptives qui sont moins nommés en général. L'accompagnement des familles en pré et en post-adoption est d'ailleurs essentiel afin d'éviter ou du moins de minimiser le plus possible les risques de rupture d'adoption (Hartinger-Saunders et al., 2015). Tout d'abord, au niveau des dossiers médicaux des

enfants mis en adoption, il arrive que l'inexactitude des informations s'y retrouvant influence grandement la compréhension initiale des parents en lien avec les besoins médicaux de leur enfant par exemple (Roach et al., 2023). D'ailleurs, les professionnels de la santé recommandent aux parents de consulter initialement un professionnel de la santé avec les informations sur l'enfant ou les enfants de la proposition d'adoption avant l'adoption pour bien comprendre ce que peuvent impliquer les conditions médicales indiquées ou les indices qui laissent suspecter certaines conditions à partir des photos fournies par exemple (Bledsoe & Johnston, 2004; Chicoine et al., 2003). De plus, il est recommandé de faire un examen complet de santé dans les deux semaines suivant l'arrivée de l'enfant afin de soulager certaines inquiétudes chez les parents, de confirmer certaines informations sur la santé de l'enfant ou de mettre en lumière des diagnostics qui n'avaient peut-être pas été mentionnés ou détectés par le pays d'origine (Chicoine et al., 2003).

Selon le pays d'adoption, le fonctionnement du voyage d'adoption et la rencontre dans le pays où la proposition d'un enfant est faite peut varier. Il arrive que des parents se retrouvent devant des enfants très malades ou qui ont grandement changé entre le moment où les informations sur la santé de l'enfant ont été fournies et l'adoption (Bledsoe & Johnston, 2004). Les incertitudes entourant l'état de santé de l'enfant à son arrivée dans la famille peuvent aussi survenir chez les parents au retour au Québec. Il arrive que les attentes des parents face au déroulement de l'arrivée de l'enfant ou des enfants ne soient pas nécessairement réalistes avec la condition physique et mentale de l'enfant qui arrive avec son vécu d'adoption (JaeRan, 2017).

Aussi, bien que des services spécifiques à l'adoption internationale existent, il y a de nombreuses familles qui n'auront pas accès aux services post-adoption existants qui sont relativement rares (Barth & Miller, 2000). C'est d'ailleurs ce qui a été expliqué dans la problématique du présent projet. Cela fait en sorte que lorsque la réalité entourant le contexte d'adoption vient se compliquer avec l'ajout de diagnostic supplémentaire, de nombreux ajustements doivent être faits dans l'environnement familial, et ce, non seulement au niveau de la santé, mais aussi aux niveaux social et psychologique, ce qui représente un défi supplémentaire pour les familles (Bradshaw et al., 2019; Miller et al., 2016; Shenaar-Golan, 2017). Dans les écrits scientifiques les auteurs rapportent aussi que bien que parfois les parents soient préparés au fait que l'enfant puisse présenter des besoins dit spéciaux qu'ils n'auraient pas soupçonnés au départ, ils ne sont pas nécessairement préparés au nombre ou bien encore à la sévérité des conditions associées (Gonzales et al., 2015; Keller & Galgay, 2010). Les stéréotypes associés aux besoins spéciaux des enfants sont aussi parfois des défis auxquels les parents ne s'attendaient pas avoir à faire face dans leur quotidien (Gonzales et al., 2015; Keller & Galgay, 2010).

Les parents adoptifs peuvent avoir des besoins de soutien, d'information et d'accompagnement psychologique et social (Brodzinsky, 2011; Dhami et al., 2007; Germain & Esquivel, 2019; Miller et al., 2016). Les besoins en ce qui a trait à l'accompagnement peuvent aussi être en lien avec le processus d'adoption, la situation familiale actuelle ou bien avec l'adaptation à la parentalité (Brodzinsky, 2011; Miller et al., 2016). Il faut être sensible au fait que certains parents adoptifs ont un réseau de soutien

social parfois plus faible que celui d'un parent ayant eu un enfant par conception naturelle. En effet, il y a parfois une présomption du fait que comme l'individu a volontairement voulu devenir parent de cet enfant, il doit être en mesure de répondre aux défis que peut présenter l'enfant (Miller et al., 2021). Selon Miller et al. (2016), les parents des enfants présentant de multiples besoins spéciaux seraient plus à risque de vivre du stress ou d'être sujet à une dépression. D'ailleurs, on remarque qu'il peut facilement s'installer une dynamique par rapport au stress engendré par les besoins spéciaux chez l'enfant, car le parent qui vivra du stress aura souvent une impression d'être moins compétent au niveau parental, ce qui occasionnera du stress supplémentaire (Eanes & Fletcher, 2006).

Aussi, ce n'est pas seulement au moment de l'arrivée de l'enfant dans la famille que les défis surgiront. Les impacts de la négligence et des conditions de pré-adoption de l'enfant, son histoire d'adoption et son état de santé peuvent refaire surface à différentes étapes du développement (Germain et al., 2021). L'entrée à l'école et le parcours scolaire en soi, tout comme l'adolescence, sont parfois des moments plus difficiles pour certaines familles adoptives (Germain et al., 2021).

Tout ce qui vient d'être mentionné précédemment permet d'illustrer globalement comment l'adoption et l'état de santé des enfants adoptés ont un impact sur le quotidien des familles adoptives. On dit que dans les premiers mois qui suivent l'adoption d'un enfant à l'international, les parents sont souvent amenés à agir à titre de soignants plutôt qu'à titre de parents uniquement (Germain & Esquivel, 2019). Dans l'article de Germain

et Esquivel (2019), on mentionne d'ailleurs que l'infirmière en pédiatrie peut jouer un rôle important pour aider la famille en apportant un soutien dans diverses situations auxquelles elle doit faire face dans ce contexte. On indique aussi dans ce même article que l'American Academy of Pediatrics (2000) a statué que les besoins qui étaient liés à la santé chez les enfants adoptés à l'international étaient considérés comme étant dans un domaine spécialisé de la pédiatrie (cité dans Germain & Esquivel, 2019). Bien entendu, il va de soi que tel que présenté dans le cadre de la problématique de recherche, comme les professionnels de soins spécialisés ne sont pas accessibles et que les familles se voient souvent amenées à consulter en 1^{re} ligne, les infirmiers en général doivent être sensibles et avoir des connaissances en lien avec la réalité de ces familles.

Pratique infirmière et services de soins de santé en 1^{re} ligne

Avant de s'intéresser à la définition du rôle et de la pratique de l'infirmier en 1^{re} ligne, il semblait pertinent pour l'étudiante-rechercheuse d'explorer qu'elle fût la définition générale donnée au titre d'infirmier au Québec depuis les dernières décennies. Au fil des recherches, force a été de constater que les descriptions en lien avec la définition du titre d'infirmier prenaient toutes la forme d'une description de tâches ou de responsabilités liées à ce métier. En fait, seule la définition du Dictionnaire médical Larousse faisait mention de la notion de « personne » dans sa description (Wainsten J.-P., 2012). La description de la profession infirmière par le Gouvernement du Québec est donc concordante avec ce qui vient d'être mentionné et prend la forme d'une description de tâches : « Les infirmières et infirmiers assument la responsabilité d'un ensemble de soins

infirmiers selon les besoins biopsychosociaux des patients ou des groupes de personnes qui leur sont confiés. » (Gouvernement du Québec, 2023b). Il est à noter que la même forme de description est utilisée pour décrire le titre d'infirmière clinicienne, d'infirmière clinicienne spécialisée, d'infirmière praticienne spécialisée, etc.

Pour ce qui est des services de 1^{re} ligne, l'étudiante-rechercheuse a retenu dans le cadre du présent projet la définition de Starfield et al. (1998), présentée en traduction libre dans l'ouvrage de Lacharité et Gagnier (2009). Celle-ci indique que :

Dans tous les systèmes de santé du monde, l'expression « soins et services de première ligne » désigne les soins et les services qui sont disponibles à la porte d'entrée du système de santé, soit la fourniture de services de soins intégrés, accessibles et donnés par des cliniciens responsables de la plupart des besoins de santé des individus dans le cadre d'une relation de partenariat avec l'individu, la famille et la communauté (p. 185).

Cette définition représente bien ce que représente la 1^{re} ligne dans le cadre de la pratique en santé, et ce, à titre d'infirmier. Il était cohérent de chercher à s'informer sur la description des services de 1^{re} ligne au Québec, cette description des services de 1^{re} ligne étant nécessaire à la compréhension des responsabilités décrites dans la définition du rôle des infirmiers exerçant à ce niveau. Selon les informations obtenues lors de la recension des écrits, les services de 1^{re} ligne sont le point de contact principal de la population québécoise avec le réseau de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, 2000). La spécification de 1^{re} ligne réfère au fait que d'autres services sont offerts à la population en fonction du degré ou de la spécification des services requis pour répondre à leurs besoins (Pineault et al., 2007). En effet, en plus d'être considérés comme la porte

d'entrée du système, on estime que ces services permettent la liaison et la coordination avec les autres composantes du système de soins et qu'ils agissent à titre de filtre d'accès aux services plus spécialisés (Gouvernement du Québec, 2000). Comme Lacharité et Gagnier (2009) le mentionnent, ils sont de manière illustrée un point de rencontre entre les besoins des gens dans la population et les services disponibles.

Les services de 1^{re} ligne sont desservis dans de multiples lieux au Québec. On les retrouve d'ailleurs dans les cliniques privées, les GMF, les cliniques réseau, les CLSC, dans les services en communauté ainsi que dans les urgences des centres hospitaliers du Québec (Lacharité & Gagnier, 2009). D'ailleurs, comme tenu de la réalité au Québec où de nombreuses familles n'ont pas accès à un médecin de famille directement, le contact avec les infirmiers de 1^{re} ligne s'en trouve renforcé. À titre d'exemple, on peut penser au moment où un appel est fait au 811 et qu'un infirmier de 1^{re} ligne répond ou lorsqu'un enfant ou un adulte doit aller se faire vacciner, où c'est encore une fois un infirmier de 1^{re} ligne qui assure cette fonction.

Compte tenu des définitions des services de 1^{re} ligne présentées dans les paragraphes ci-dessus et des exemples présentés, on comprend bien que le rôle de l'infirmier dans ces services est très large. En effet, selon le milieu de pratique, les responsabilités varient beaucoup. Toutefois, peu importe le milieu de services de 1^{re} ligne en question, l'infirmier demeure souvent le premier professionnel avec qui l'individu et la famille entrent en contact en contact lors de leur arrivée.

Considérant que l'infirmier en 1^{ère} ligne représente le premier professionnel à entrer en contact avec le patient lors de son arrivée, il se doit d'être en mesure de reconnaître facilement les besoins des individus se présentant dans son service. Encore une fois, à titre d'exemple, le rôle de l'infirmier au triage d'une urgence générale est défini comme suit :

L'infirmière est la première professionnelle que rencontre le patient à son arrivée à l'hôpital. Elle représente l'organisation pour laquelle elle travaille ainsi que sa profession. La responsabilité qu'elle assume requiert donc des qualités et des capacités humaines et professionnelles d'ordre cognitif (le savoir), d'ordre affectif (le savoir-être) et d'ordre psychomoteur (le savoir-agir). De plus, elle doit maîtriser des techniques efficaces d'entrevue et avoir un bon sens de l'observation afin de recueillir toute l'information verbale, paraverbale et non verbale nécessaire à son évaluation (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2019, en ligne).

L'infirmier de 1^{re} ligne occupe donc une place importante dans l'évaluation des besoins des patients qui utilisent ce service. Il va sans dire que la perception qu'il a de ces besoins a donc un impact majeur sur la trajectoire de soins qui découle de ces contacts. Il semble donc pertinent pour l'étudiante-rechercheuse d'explorer la perception de ces professionnels, plus particulièrement dans le cadre de la présente étude.

Tel que mentionné précédemment dans le but de l'étude, la perception des infirmiers en soins de 1^{ère} ligne auprès des familles adoptives sera explorée. Afin de faire un lien entre les informations présentées sur l'adoption et les familles adoptive, il est important de définir la place de la pratique infirmière en 1^{ère} ligne plus spécifiquement auprès des familles. Il va sans dire que l'intégration de l'approche familiale dans le cadre des soins de santé en 1^{re} ligne amène certains défis qui touchent autant les professionnels de soins que les familles et l'organisation où ces services sont desservis (Lacharité & Gagnier,

2009). Les infirmiers en 1^{re} ligne, tout comme les autres professionnels de ce secteur, doivent ajuster les services qu'ils offrent en fonction d'un profil très varié d'individus et de familles, et ce, en respectant l'offre de services de leur organisation (Lacharité & Gagnier, 2009), ce qui entraîne un défi supplémentaire. Par exemple, un infirmier peut parfois voir au cours de sa journée de travail une personne ayant eu un accident de travail et qui nécessite des points de suture, puis une personne âgée souffrant de constipation en lien avec un changement de médication et ensuite, un enfant qui présente des symptômes grippaux.

Considérant les différentes problématiques de santé auxquelles ils sont confrontés, les infirmiers de 1^{re} ligne doivent donc être prêts à intervenir auprès des familles et les accompagner dans les différents défis que ces dernières peuvent vivre du point de vue de la santé. Aussi, il faut se rappeler qu'une personne vient rarement consulter seule, surtout quand il s'agit de consulter pour un enfant. C'est donc la famille, en l'occurrence les parents, qui prendront ensuite en charge les soins, ce qui fait que l'on ne peut ignorer la famille. D'ailleurs, dans le guide *L'infirmière et la famille : guide d'intervention et d'évaluation* de Wright et Leahey (2014), on y indique :

Compte tenu des résultats des travaux de recherche et considérant les récits faits par les familles aux prises avec la maladie, les infirmières ont l'obligation professionnelle et morale d'exercer leur profession de manière attentionnée et compétente auprès des familles quel que soit le milieu de soins où elles les rencontrent (p. xi).

On mentionne aussi dans le guide que lors de l'évaluation infirmière et des interventions qui s'ensuivent, les infirmières doivent en tout temps prendre en compte

qu'il y a la présence de liens entre la santé, la maladie et la famille (Wright & Leahey, 2014). Il faut d'autant plus garder en tête les effets de ces liens sur le quotidien des familles, et ce, encore plus quand la famille en question est formée par le biais de l'adoption internationale.

Perception

Dans le domaine des sciences infirmières, les écrits scientifiques comprennent un grand nombre d'études utilisant le concept de perception. Toutefois, rares sont celles qui indiquent quelle est la définition de ce concept ou bien la signification du terme perception. C'est donc seulement après de longues recherches sur les bases de données Medline, CINHAL et PubMed que l'étudiante-rechercheuse est parvenue à trouver une étude comprenant la définition opérationnelle du concept de la perception. C'est d'ailleurs la définition présentée dans cette étude en question, intitulée *Perception: A concept analysis*, réalisée en 2011 par McDonald, qui a été retenue pour le présent projet. Les paragraphes qui suivent présentent donc les faits importants entourant le concept de perception qui se retrouvent dans l'étude de McDonald et qui sera pertinente pour l'élaboration du projet de maitrise.

Lors de la recension des écrits, McDonald a noté l'absence de définition du concept de perception dans les articles scientifiques consultés sur la base de données Medline. En fait, parmi les 449 articles qualitatifs et quantitatifs en sciences infirmières étudiant le

concept de perception publié entre 2006 et 2011, aucun ne contenait une définition (McDonald, 2011).

L'étude de McDonald (2011) avait pour but de définir, décrire et délimiter le concept de perception à partir de la méthodologie de l'analyse de concept de Walker et Avant (2005). C'est donc à partir de l'analyse du concept de perception décrit par de nombreux auteurs provenant de plusieurs domaines que McDonald (2011) est arrivée à la définition suivante : « La perception n'est jamais objective. C'est la façon unique d'un individu ou d'un groupe de voir un phénomène qui implique le traitement de stimuli et qui incorpore des souvenirs et des expériences dans le processus de compréhension » (p. 14) [traduction libre].

Par le biais de cette définition du concept de perception, McDonald (2011) rappelle que comme la perception est le point de vue de l'individu, cela en fait un puissant moteur d'action. Ce à quoi elle ajoute la précision que les perceptions agissent à titre de lentilles permettant à l'individu d'observer le monde à travers un filtre d'influences socioculturelles (McDonald, 2011). Ce faisant, l'auteure mentionne que les infirmiers doivent être conscients de la façon dont les différentes expériences de vie teintent les perceptions des individus peuvent influencer sur la prestation des soins infirmiers.

McDonald (2011) mentionne aussi que dans sa pratique quotidienne, l'infirmier doit porter une attention particulière à ses perceptions et à celles des patients qui proviennent

d'un contexte ou d'une ethnie différente de la sienne. Elle justifie cette recommandation en soulignant qu'un conflit entre les perceptions des deux parties peut entraîner une mauvaise communication et des résultats sous-optimaux, puisque la réponse aux besoins uniques du client ne sera pas efficace. À la lumière des faits présentés ci-dessus, il est possible de constater que le concept de perception est complexe. Toutefois, la définition du concept permet de mieux comprendre comment les perceptions se forment et se manifestent dans la vie de l'individu.

Au niveau de la pratique infirmière, il est possible de croire que les perceptions ont un impact non négligeable sur les soins prodigués aux patients en réponse à leurs besoins identifiés. Le but de la présente étude n'est pas de valider la perception des infirmiers ou leurs connaissances, mais plutôt de tenir compte de la présence de leur perception dans leur pratique infirmière. La recherche menée par l'étudiante-rechercheure vient en effet appuyer l'importance d'étudier la perception des besoins des familles québécoises qui adoptent via la filière de l'adoption internationale au Québec par les infirmiers de 1^{ère} ligne.

Besoin

Que ce soit dans la pratique clinique, en prévention ou en promotion de la santé, en enseignement ou en recherche, le concept de besoin est fréquemment utilisé en sciences infirmières. On dit d'ailleurs que : « L'identification des besoins est la première étape de toute démarche de soins ou de toute approche en promotion de la santé ou en santé publique » (Vigil-Ripoche, 2012, p. 94). On spécifie que soigner, traiter ou intervenir en

santé laisse supposer que le professionnel est en mesure de discerner les besoins perturbés nécessitant d'être compensés et qu'il sait repérer les ressources du patient, de la population et de l'environnement pour répondre adéquatement à la situation problématique posée (Vigil-Ripoche, 2012). Puis, quand on en vient à chercher une définition du concept, on réalise qu'il en existe une multitude.

Pour la présente étude, la définition du concept de besoin qui a été retenue est celle de Mucchielli (2011a) qui est la suivante :

Un besoin est donc un état de tension insatisfaisante liée à une nécessité (biologique, psychologique ou sociologique) existentielle, orientée vers une catégorie d'objets satisfacteurs qui pousse l'individu à rechercher un état d'équilibre plus satisfaisant par l'atteinte d'objets appartenant à un certain ensemble (p. 27).

C'est cette définition qui a été sélectionnée car elle représente bien les attributs communs du concept de besoin dans le domaine de la santé. En effet, dans ce domaine, peu importe la définition que l'on prend, le concept de besoin prend forme lorsqu'il y a une notion de manque à combler, à compenser ou à satisfaire. La satisfaction de ces besoins par des réponses variées est recherchée (Vigil-Ripoche, 2012).

La définition du concept de besoin vient appuyer la définition du rôle infirmier en service de 1^{re} ligne et celle du concept de perception. Il est intéressant de remarquer comment ces trois notions coexistent dans la pratique courante en sciences infirmières et comment les définitions de ces notions restent toutefois complexes à identifier dans les

écrits scientifiques. L'étude actuelle regroupant ces trois notions semble d'autant plus pertinente pour apporter des éléments au portrait de la situation.

Études similaires au projet

L'état des connaissances sur la pratique infirmière auprès des familles ayant adopté à l'international est peu développé dans les écrits scientifiques actuels (Roach et al.,2023; Rykkje, 2007). Comme il a été mentionné précédemment dans le Chapitre 1, aucune étude similaire à celle du présent projet ne semble avoir été faite auparavant. Toutefois, quelques études et articles qui ont été mentionnés et détaillés précédemment, encore une fois dans la problématique, abordent le rôle de l'infirmier. Ces articles seront donc présentés plus en détails, dans les paragraphes qui suivent.

Tout d'abord, la recension des écrits a permis de cibler l'étude de Rykkje (2007) réalisée en Norvège et qui avait pour but de soulever l'importance de la compréhension des besoins spéciaux des familles adoptives auprès des infirmières. Cette étude parle plus particulièrement des infirmières travaillant dans les services de santé publique. L'étude a été réalisée auprès de parents adoptifs, d'adultes adoptés et de trois infirmières. Il est ressorti de cette étude une recommandation pour la mise en place de meilleurs suivis en post-adoption par la création de programmes s'adressant spécifiquement aux familles adoptives. Il est aussi ressorti que les infirmières ainsi que d'autres professionnels des services sociaux ont des connaissances limitées sur les besoins des familles adoptives et qu'il devrait y avoir

une meilleure connaissance et compréhension de leur part afin d'intervenir adéquatement auprès de ces familles.

Comme autre étude, il y a l'étude menée par Foli et Gibson (2011) réalisée aux États-Unis et qui avait, entre autres, pour but de voir comment les infirmières étaient préparées pour intervenir et assister les familles dans les cas de dépression post-adoption. Les conclusions de cette étude sont que les infirmières, par leur position unique dans leur rôle de prodiguer des soins auprès des enfants et des familles adoptives, doivent être à l'affût des signes de dépression post-adoption et informer les familles sur le sujet. Toujours selon les auteurs, les infirmières doivent aussi utiliser la communication thérapeutique dans le but de permettre aux parents d'être en mesure d'exprimer comment ils fonctionnent au sein de la famille afin d'être alertes aux signes de dépression post-adoption et d'être capables d'instaurer un plan de traitement fondé sur les besoins des familles adoptives.

Dans la littérature scientifique, on retrouve aussi l'article de Germain et Esquivel (2019), intitulé « Nursing Support for Families with International Adoptees » et qui avait pour but d'informer les infirmières qui exercent dans le domaine de la pédiatrie sur les besoins des enfants adoptés à l'international ainsi que ceux de leur famille. Dans cet article, l'impact du contexte de l'adoption internationale sur les soins de santé physique, sur la santé mentale, sur la trajectoire de vie de l'enfant et sur la réalité des parents et de la famille adoptive est expliqué. Ensuite, l'intégration de ces connaissances à la pratique infirmière en pédiatrie est définie. On y mentionne aussi le rôle de l'infirmière qui, selon

les auteures, consiste entre autres à soutenir les parents et les autres membres de la famille, à s'assurer que l'enfant ait des soins qui soient prodigués toujours dans son meilleur intérêt, à fournir de l'information et les ressources nécessaires et à encourager les familles à entrer en interaction avec d'autres familles issues de l'adoption internationale (Germain & Esquivel, 2019).

Comme dernier article, on retrouve la revue systématique publiée en 2023 par Roach et al. qui avait pour but d'identifier quels sont les éléments clés à prendre en considération lors des soins prodigués aux enfants adoptés à l'international présentant des problèmes de santé complexes ou des handicaps. Dans l'étude réalisée, ils ont identifié dans les écrits scientifiques un manque au niveau de la reconnaissance du rôle infirmier lors des soins desservis aux enfants adoptés à l'international présentant des besoins particuliers et à leurs familles. Les auteurs ont aussi soulevé un besoin de recherches supplémentaires afin d'être en mesure de mieux déterminer comment, dans leur pratique, les infirmières peuvent soutenir ces familles adoptives. Finalement, au niveau de la pratique infirmière, Roach et al. ont été en mesure d'identifier huit thèmes principaux touchant les enfants adoptés à l'international et ayant des conditions de santé particulière sur lesquelles les infirmières devraient avoir des connaissances afin d'être alertes et sensibles aux problèmes que peuvent vivre les familles adoptantes. Les auteurs identifient ces thèmes comme étant : (1) accès à des soins de 1^{ère} ligne, (2) équipe de soins interdisciplinaire incluant une infirmière, (3) frais liés aux soins de santé, (4) aspects du développement et ses difficultés, (5) les défis en matière de nutrition, (6) les enjeux en santé mentale, (7) les besoins des

parents en matière de connaissances et d'informations, (8) le besoin de soutien pour les parents. Ces connaissances permettraient aussi d'exercer des soins plus adaptés à ces familles.

Cadre de référence

La section de la recension des écrits qui suit présente le cadre de référence qui a été sélectionné pour la présente étude. Il s'agit du modèle écologique de Urie Bronfenbrenner (1979). Dans les paragraphes suivants, une description de ce modèle sera tout d'abord exposée. Puis, les sept types de systèmes du modèle seront définis et illustrés à partir d'exemples. L'utilisation prévue de ce modèle à titre de cadre de référence du projet sera ensuite décrite. Finalement, deux études traitant de l'adoption ayant utilisé ce modèle seront présentées.

Description du modèle écologique de Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner est né durant la période de la révolution russe, à Moscou, en 1917. À l'âge de 6 ans, il a émigré aux États-Unis avec ses parents. À l'âge adulte, il a étudié à l'Université du Michigan et travaillé au sein des services psychologiques de l'armée. Puis, il est ensuite devenu professeur de développement humain à l'Université de Cornell (Asbil et al., 2012). C'est d'ailleurs au sein de cette institution qu'il a créé le modèle écologique du développement humain paru sous forme d'ouvrage intitulé *The Ecology of human development* en 1979 (Asbil et al., 2012).

Selon le modèle théorique de Bronfenbrenner, le développement de l'individu est influencé par l'environnement écologique avec lequel il est en interaction. L'environnement écologique de l'individu est considéré comme étant un ensemble de structures qui s'imbriquent les unes dans les autres et qui a pour centre la personne en développement (Verbovava, 2016). Selon Bronfenbrenner, ces structures, représentées par des systèmes dans son modèle, se divisent en plusieurs niveaux. L'auteur caractérise d'ailleurs ces niveaux en fonction de leur proximité avec l'individu et les nomme comme suit : microsystèmes, mésosystème, exosystème et macrosystème (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Puis, il fait référence aux caractéristiques propres à l'individu comme étant l'ontosystème (Lacharité & Gagnier, 2009). Dans un article qu'il publie en 1984, Bronfenbrenner précise aussi la taxonomie des systèmes de son modèle en définissant le temps comme étant un chronosystème (Asbil et al., 2012).

Le modèle écologique de Bronfenbrenner insiste sur le fait que l'individu n'a pas uniquement des interactions avec un niveau du système environnemental, mais avec plusieurs niveaux à la fois et que ces derniers sont eux aussi en interaction entre eux. Ce modèle indique aussi que l'individu, représentant lui-même un système, détient lui aussi la capacité d'influencer les systèmes compris dans son environnement et qu'il ne fait pas qu'être influencé par ces derniers (Bouchard, 1987).

Concernant le modèle de Bronfenbrenner, un fait intéressant à noter est qu'Asbil et al. (2012) rapportent que Bronfenbrenner aurait été influencé dans la création de son modèle

par son origine russe et son contact avec les émigrés. Il aurait d'ailleurs développé une sensibilité face aux changements de milieux et l'influence du contexte sur le développement de l'enfant en raison de son histoire personnelle. Toujours selon Asbil et al., les fondements de sa théorie auraient été influencés par Vitgosky, psychologue russe et créateur de la théorie du développement social, de qui il aurait retenu l'importance de la culture, des interactions sociales et de l'accompagnement. Finalement, Lewin, psychologue social allemand, aurait quant à lui influencé les fondements du modèle écologique de Bronfenbrenner en fonction du fait que le comportement résulterait des interactions entre les personnes et leur environnement (Asbil et al., 2012).

Systèmes du modèle écologique

Comme il a été mentionné dans l'introduction au chapitre, Bronfenbrenner définit les systèmes comprenant l'individu et son environnement en sept catégories. Les paragraphes suivants comprennent la définition de chacun de ces systèmes accompagnés d'exemples permettant de les illustrer. Pour faciliter la compréhension de l'emboîtement des systèmes en question, la Figure 1, à la page suivante, donne un exemple visuel de la distribution des systèmes du modèle écologique où l'individu, au centre du modèle, serait un enfant.

Dans le modèle écologique de Bronfenbrenner, se trouve tout d'abord l'*ontosystème* qui représente les caractéristiques de l'individu qui se compose de son histoire personnelle, de son tempérament, de ses habiletés, de ses compétences et de ses expériences. (Bronfenbrenner, 1979; Jasmin, 2013; Lacharité & Gagnier, 2009).

Figure 1

Exemple de représentation du modèle écologique de Bronfenbrenner (Jasmin, 2013)

Modèle écosystémique de Bronfenbrenner

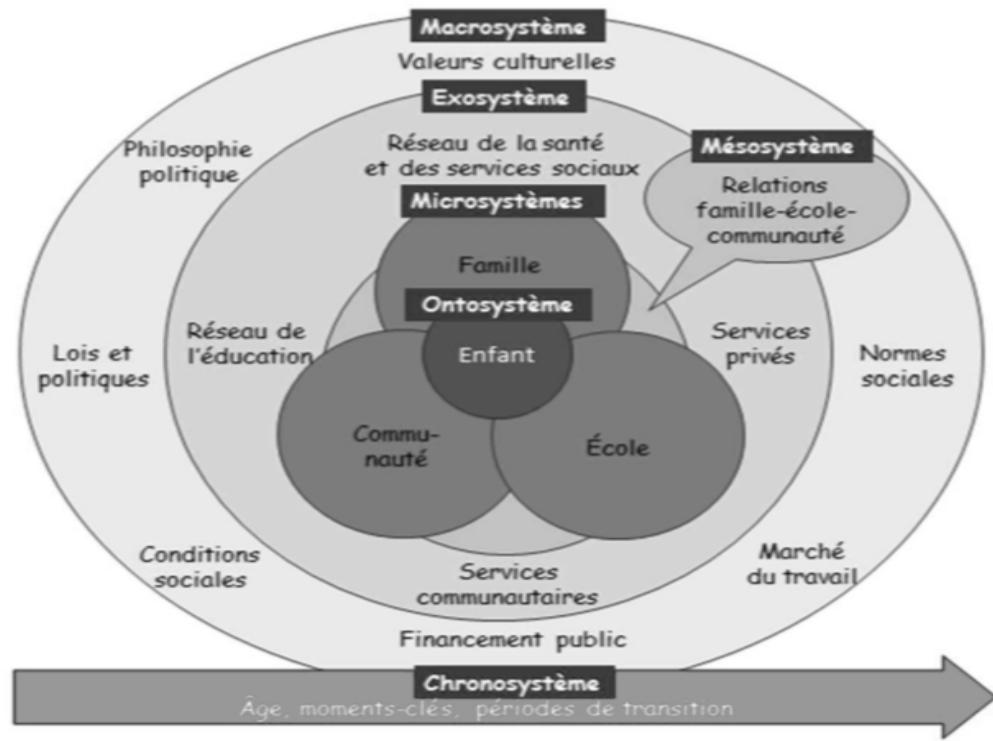


Illustration adaptée

Ensuite, toujours dans le modèle écologique de Bronfenbrenner, les *microsystèmes* englobent les différents lieux qui sont au centre de la vie de l'individu. Dans le cas de la Figure 1, les exemples de la famille, de la communauté ainsi que de l'école ont été utilisés pour représenter les microsystèmes de l'enfant. Ce sont des lieux où l'enfant joue un rôle particulier et où il entretient des relations interpersonnelles (Bronfenbrenner, 1979; Jasmin, 2013; Lacharité & Gagnier, 2009).

Puis, toujours en référence au modèle de Bronfenbrenner, nous retrouvons le *mésosystème* qui, quant à lui, représente les relations qu'il est possible d'observer entre les différents microsystèmes et l'ontosystème de l'individu (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner, 1979). Dans la Figure 1, on retrouve le lien famille/école, école/communauté, etc. à titre d'exemples (Jasmin, 2013). Par l'étude du mésosystème, on peut aller observer la concordance des valeurs entre les milieux et si ces milieux constituent des sources de soutien ou encore s'ils ont des effets que l'on pourrait considérer comme nuisibles (Lacharité & Gagnier., 2009).

Selon le modèle de Bronfenbrenner, , il y a aussi les *exosystèmes* qui sont des systèmes extérieurs, non fréquentés ou exploités par l'individu à proprement parler, mais qui influencent les microsystèmes et donc, le mésosystème de l'individu (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner, 1979; Jasmin, 2013). Toujours dans la Figure 1, les exosystèmes cités pour l'exemple sont le système de l'éducation, le système de santé et des services sociaux, les services communautaires et les services privés (Jasmin, 2013). Ce sont tous des

systèmes dont les activités ou les décisions touchent l'enfant lui-même dans son rôle à travers ses différents microsystèmes (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner, 1979; Jasmin, 2013).

Le modèle de Bronfenbrenner présente aussi le *macrosystème* qui lui, englobe les croyances, les normes, les politiques, les valeurs et les idéologies institutionnelles et communautaires qui influencent l'individu (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner, 1979; Jasmin, 2013). Dans l'exemple de la Figure 1, les normes et politiques, le financement public et les valeurs culturelles sont des exemples présentés (Jasmin, 2013) auxquels s'ajoutent la philosophie politique, les conditions sociales et le marché du travail.

Finalement, dans le modèle de Bronfenbrenner, on retrouve le *chronosystème* qui est associé au temps. Ce système réfère au fait qu'il faut tenir compte de l'aspect temporel lors de l'analyse d'un évènement dans l'environnement de l'individu. Par exemple, un enfant versus un adulte n'aura pas la même réaction ou ne sera pas influencé de la même manière par divers systèmes en fonction de la période où il se situe dans son développement (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner, 1979; Jasmin, 2013), tout comme les périodes de transition des individus peuvent elles aussi exercer une influence sur l'individu et sa famille (Lacharité & Gagnier, 2009).

Utilisation du modèle écologique

Dans le cadre de cette étude, le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) est pertinent à titre de cadre conceptuel comme ce modèle illustre et appuie bien l'aspect

dynamique des différents systèmes entourant les familles québécoises ayant adopté à l'international et les impacts des relations des services de soins infirmiers de 1^{re} ligne auprès de ces familles. L'étudiante-chercheuse a utilisé ce modèle en plaçant la famille adoptive au centre des systèmes comme étant l'ontosystème. Pour faciliter la compréhension des systèmes et de leurs relations, la Figure 2, à la page suivante, représente le visuel de la distribution que l'étudiante-chercheure a utilisé tout au long de la présente étude.

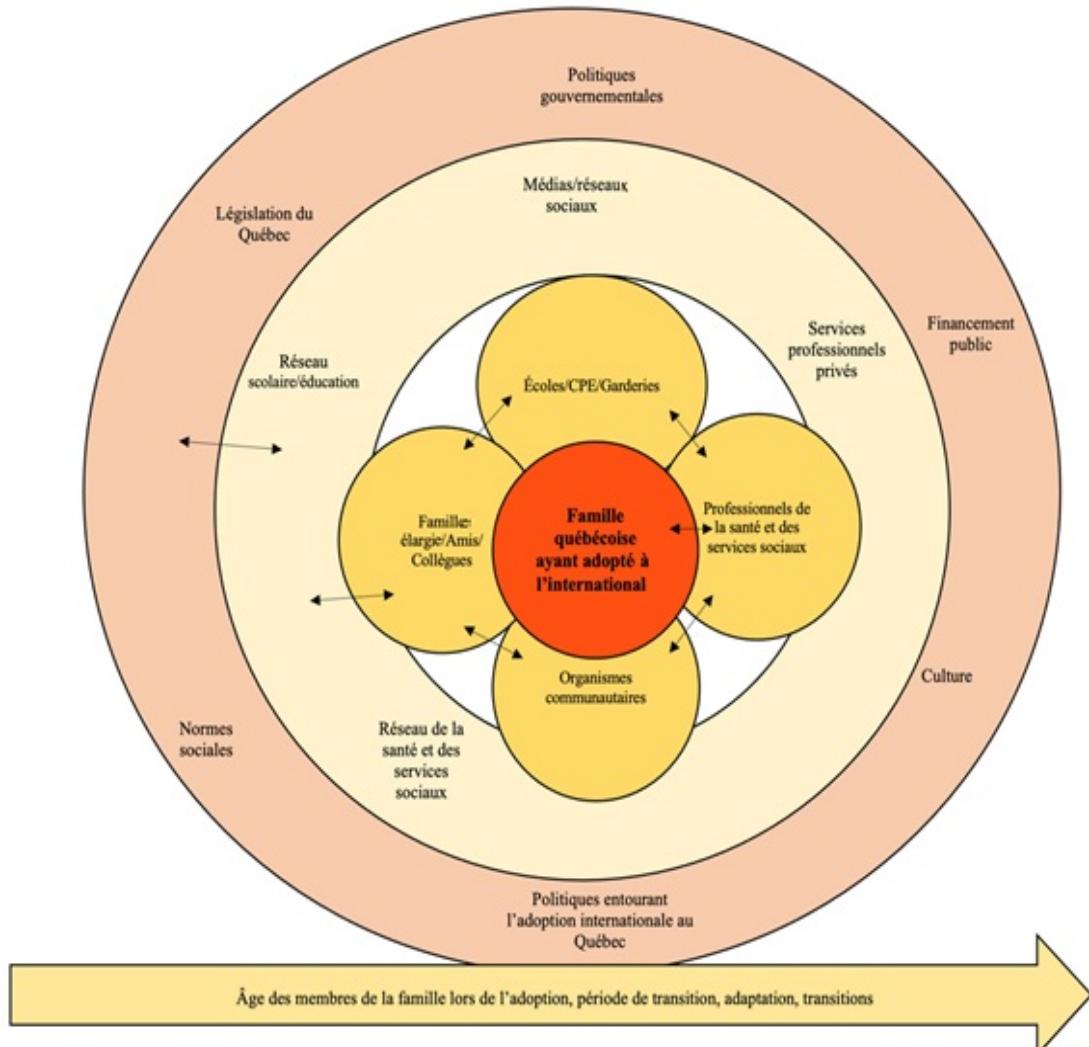
L'étudiante-chercheure a par la suite pris en considération que les microsystèmes étaient les suivants : la famille élargie, les amis et collègues; l'école, les CPE, la garderie; les organismes communautaires et les professionnels des services de santé et de services sociaux. Les professionnels de la santé et des services sociaux ont été inclus dans les microsystèmes puisque les membres de la famille adoptive nécessiteront de diverses manières les services de ces derniers en pré et post-adoption. La problématique et la recension des écrits présentées précédemment illustrent bien les différents motifs pour lesquels ces contacts seront nécessaires (évaluation médicale, soins médicaux, vaccination, suivi de croissance, etc.). Ce sont ces acteurs qui sont la population cible à l'étude et c'est pourquoi leur présence dans les microsystèmes de familles est pertinente à titre de cadre de référence pour la présente étude.

De plus, un point suscitant l'intérêt est de voir aussi tous les autres éléments des systèmes entourant les professionnels de la santé illustrés dans la Figure 2, que ce soit par

exemple le réseau de la santé et des services sociaux dans les exosystèmes ou les normes sociales et la culture dans les macrosystèmes. Ce sont des éléments qui ne doivent pas être mis de côté dans l'exploration de la perception qu'ont des infirmiers de 1^{re} ligne des besoins des familles québécoises ayant adopté via l'adoption internationale. Ils sont tous en relation les uns avec les autres.

Figure 2

Représentation du modèle écologique de Bronfenbrenner dans le cadre de l'étude



En plus d'être utilisé à titre de cadre conceptuel, le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) a été pertinent pour la conception de la vignette clinique servant d'outil de collecte de données dans la présente étude. Les différents systèmes ont été pris en considération et intégrés dans la vignette pour permettre la présentation d'une situation la plus représentative possible de la réalité des familles adoptives et des professionnels de 1^{re} ligne les rencontrant dans leur fonction. Finalement, le modèle écologique de Bronfenbrenner a été utilisé par l'étudiante-rechercheuse pour l'aider à comprendre comment l'individu, en tant que professionnel ou membre d'une famille adoptive, est affecté par les conditions des différents systèmes de son environnement immédiat et élargi (Bronfenbrenner, 1979, 2005).

Études du domaine de l'adoption utilisant le modèle écologique de Bronfenbrenner

Des études ont regardé la famille adoptive à travers le prisme du modèle écologique de Bronfenbrenner. Notamment, l'étude de Verbovaya (2016) explore justement l'adoption à partir du modèle écologique de Bronfenbrenner. Son étude intitulée avait pour but d'analyser la question de l'échec des adoptions internationales à partir de la théorie de l'attachement et celle des systèmes écologiques. Les motifs présentés par l'auteure pour justifier la sélection de ces deux théories étaient qu'elles permettaient d'aider les professionnels de l'adoption à interpréter les difficultés auxquelles les familles adoptives sont confrontées et à mieux comprendre les causes entourant l'échec de l'adoption (Verbovaya, 2016). Le modèle écologique de Bronfenbrenner a été utilisé pour analyser les différents systèmes entourant l'enfant adopté et la famille adoptive. Au niveau des

microsystèmes, l'accent a été mis sur le microsystème représenté par la relation parent-enfant.

Verbovaya mentionne qu'une approche utilisant le modèle écologique de Bronfenbrenner inclut la prise en considération des caractéristiques de chaque membre de la famille, de leurs relations mutuelles et de leurs attentes, ce qui est susceptible de permettre au professionnel de fournir un meilleur soutien aux familles adoptives et donc, de maximiser les résultats positifs de l'adoption (Verbovaya, 2016). Au niveau des mésosystèmes, l'impact positif de ces derniers à titre de cercle social bénéfique au développement de l'enfant et de soutien social à la famille est présenté. Au niveau des exosystèmes, Verbovaya fait mention qu'en pré-adoption, l'enseignement fourni aux parents par l'agence d'adoption en pré-adoption peut avoir des effets positifs ou négatifs sur l'enfant en post-adoption. En ce qui a trait aux macrosystèmes, l'importance d'explorer les attentes parentales d'un point de vue culturel est soulevée en rappelant l'impact que ces attentes peuvent avoir sur la perception du rôle de parent et donc, sur les soins donnés à l'enfant. Finalement, au niveau du chronosystème, un rappel est fait sur l'impact du contexte et des antécédents d'adoption de l'enfant sur la nature et la qualité de la relation parent-enfant.

Verbovaya (2016) conclut que l'analyse du sujet de l'étude à l'aide du modèle écologique de Bronfenbrenner laisse suggérer que les familles ayant des systèmes familiaux plus faibles, vivant des situations de crise et présentant un manque d'outils sont

plus à risque d'échec. Elle ajoute à ceci que les problèmes auxquels les familles adoptives peuvent être confrontées sont multiples, passant des antécédents d'infertilité des parents adoptifs aux effets négatifs de certaines politiques d'adoption.

Une autre étude a regardé l'adoption et le modèle écologique de Bronfenbrenner soit l'étude de Schweiger et O'Brien (2005). Cette étude réalisée aux États-Unis traite d'adoption nationale. Toutefois, plusieurs éléments soulevés dans l'étude de Schweiger et O'Brien en lien avec l'adoption en général et l'application du modèle écologique permettent de faire un parallèle avec la présente étude de l'étudiante-rechercheure et celle de Verbovaya (2016). L'étude de Schweiger et O'Brien avait pour but de faire une revue des écrits scientifiques portant sur l'adaptation des enfants présentant des besoins spéciaux et leur famille à la suite de l'adoption en utilisant le modèle de Bronfenbrenner comme cadre théorique. Une attention particulière était portée sur les services en pré et post-adoption.

Selon Schweiger et O'Brien, au niveau des microsystèmes des enfants, les écrits scientifiques sur l'adoption examinent généralement les caractéristiques des enfants et des parents de manière indépendante. C'est donc l'influence de la contribution unique de l'enfant à l'adaptation familiale qui est examinée plutôt que la dynamique de la relation parent-enfant. Pourtant, si l'on se fie à l'approche écologique, les influences entre les parents et les enfants seraient transactionnelles (Schweiger & O'Brien, 2005). Les auteurs mentionnent aussi que bien qu'il existe un grand volume d'articles sur l'adaptation de

l'enfant et de la famille à l'adoption en situation où l'enfant est adopté à un âge avancé, la plupart des articles se concentrent particulièrement sur la mère et l'enfant et non sur la dynamique de leur relation.

Au niveau des mésosystèmes, ce qui est particulièrement intéressant parmi les points soulevés par Schweiger & O'Brien (2005) concerne les lacunes des écrits scientifiques concernant les microsystèmes des enfants adoptés. En effet, il est rapporté que certains liens entre les microsystèmes des enfants (école, maison, pairs) n'ont pas été examinés en profondeur dans les écrits ou même considérés par certains praticiens œuvrant dans le développement des services en post-adoption des familles adoptives (Schweiger & O'Brien, 2005).

La revue des écrits scientifiques de cette étude révélait que l'exosystème qui est le plus documenté en lien avec l'adaptation des enfants dits à besoins spéciaux et leur famille lors de l'adoption est les services sociaux. Un rappel est fait quant à l'impact à long terme de ces services sur les croyances et les attitudes des parents adoptants et sur l'effet de ces derniers sur leur enfant (Schweiger & O'Brien, 2005).

Au niveau des macrosystèmes, la revue des écrits scientifiques laisse transparaître le fait que les familles adoptives sont perçues d'une manière moins positive que les familles traditionnelles. Toutefois, des attitudes plus positives au sein de la société actuelle semblent se dessiner face à la construction d'une famille par l'adoption, bien que certaines

attitudes restent inchangées (Schweiger & O'Brien, 2005). En ce qui concerne les services en pré et post-adoption, Schweiger & O'Brien suggèrent que d'un point de vue écologique, les services offerts aux familles adoptives devraient être fondés sur un examen des problèmes touchant la famille à tous les niveaux, passant des interactions entre parents-enfant jusqu'au contexte culturel général dans lequel les familles vivent. Les auteurs notent que les services actuels ne répondent pas à ces critères. Le chapitre qui suit présentera la méthodologie.

Chapitre 3

Méthodologie

Le chapitre qui suit présente la démarche méthodologique qui a été utilisée pour la réalisation de cette étude. Le devis de l'étude, le milieu de recherche, la population, la taille de l'échantillon, la méthode d'échantillonnage, les outils de collecte de données, le déroulement de l'étude et le plan d'analyse des données sont d'abord présentés. Ensuite, il est question des considérations éthiques et de la scientificité du projet. Finalement, les biais anticipés pour la présente étude sont discutés.

Devis de l'étude

Comme les écrits scientifiques actuels comprennent peu d'informations sur la perception des besoins des familles adoptant via la filière de l'adoption internationale du point de vue des infirmiers de 1^{re} ligne, un devis de type qualitatif descriptif exploratoire a été sélectionné pour la présente étude (Creswell, 2015; Fortin & Gagnon, 2016; Loiselle & Profetto-McGrath, 2007; Polit & Beck, 2012). Une approche qualitative a été priorisée puisque cette dernière est utilisée dans de nombreuses études pour décrire les expériences de vie, la culture et les processus sociaux à partir de la perspective des personnes impliquées (Gray et al., 2017). Le fait d'utiliser plus spécifiquement un type de devis descriptif exploratoire avait pour objectif de collecter des informations spécifiques sur le manque de connaissances actuelles accessibles uniquement via le point de vue des personnes impliquées dans la situation (Gray et al., 2017). Comme la recherche ne partait pas d'hypothèses et que les résultats obtenus n'ont pas été comparés avec des résultats provenant d'études similaires sur le sujet, le but de l'étude était d'explorer la situation et d'en faire une description.

Milieu de recherche

Selon Polit et Beck (2012), il est important de s'assurer que le ou les milieux dans lesquels se déroule la recherche soient en cohérence avec le but de cette dernière et qu'ils représentent les caractéristiques, les expériences ou les comportements étudiés. Dans le cas de l'étude ici présente, la recherche s'est déroulée dans différents milieux de services de santé et de services sociaux du Québec. Les milieux étaient plus spécifiquement les suivants : des urgences, des GMF et des CLSC. Ces milieux ont été sélectionnés car comme il a été mentionné au chapitre 1, ce sont les lieux où les infirmiers de 1^{re} ligne entrent le plus en contact avec les familles québécoises adoptant via la filière de l'adoption internationale. De plus, ce sont des milieux où les professionnels sont exposés aux besoins des familles, que ce soit pour en faire l'évaluation ou pour y répondre par des interventions.

Population

Gray et ses collègues (2017) mentionnent que les critères d'inclusion d'un échantillon sont développés à partir de la problématique, du but de la recherche, de la revue des écrits scientifiques, des concepts et de la définition des variables à l'étude. En ce sens, les participants devaient répondre aux critères suivants :

- Être un membre actif de l'OIIQ;
- Posséder un minimum de 1 an d'expérience en soins de 1^{re} ligne, soit l'équivalent de 1680 heures de pratique;
- Lire et parler le français.

Comme l'adhésion à l'OIIQ est obligatoire au Québec afin de pratiquer dans le domaine des soins infirmiers, le critère d'être membre de l'OIIQ permettait de valider que les participants étaient actifs cliniquement et qu'ils avaient un droit de pratique légal.

Puis, en ce qui a trait au critère du nombre d'heures minimales de pratique, ce critère était fixé sur la base de la théorie de « Novice à expert » de Patricia Benner (1995). Dans cette théorie, l'auteure dit que c'est seulement à partir du niveau débutant, qui est acquis après un an de pratique, que les infirmiers ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter eux-mêmes ou sur indication d'un tuteur des facteurs significatifs qui sont sujets à se reproduire dans des situations identiques. Il était donc pertinent de recruter des participants ayant ce minimum de pratique afin de s'assurer qu'ils soient en mesure de répondre aux objectifs de l'étude.

Finalement, le critère relié à la capacité de parler le français a été retenu afin d'assurer une cohérence dans l'analyse des données de l'échantillon. Le critère relié à la capacité de le lire le français était, quant à lui, relié au fait que le participant devait être en mesure

de lire et de comprendre un texte rédigé en français dans la vignette clinique. L'étude ne présente aucun critère d'exclusion.

En plus de répondre à ces critères, les participants de la population à l'étude étaient divisés en deux groupes selon la présence ou l'absence de contact avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel. Les critères pour chacun des deux groupes sont les suivants :

- Groupe 1 – Avoir été en contact au moins une fois avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel;
- Groupe 2 – Ne jamais avoir été en contact avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel.

Cette division avait pour objectif de permettre à l'étudiante-rechercheuse d'explorer si la présence ou l'absence de ce type de contact exerçait une influence sur la perception qu'avaient les infirmiers de 1^{re} ligne des besoins des familles adoptives. Selon McDonald (2011, p. 14), « traiter les informations sensorielles et se rapporter aux expériences passées permet de créer une lentille dans laquelle regarder le monde à travers un filtre d'influences socioculturelles » [traduction libre], ce qui laisse supposer à première vue que la présence de contact pourrait en effet avoir une influence sur la perception des besoins du point de vue des infirmiers.

Taille de l'échantillon

Afin de déterminer la taille de l'échantillon de la présente étude, l'étudiante-chercheuse s'est tout d'abord basée sur le principe de la saturation des données. Selon ce principe, la saturation des données est atteinte lorsque le chercheur conclut qu'il a suffisamment de données à la lumière de ses résultats pour répondre au but de la recherche et qu'aucune information ne s'ajoute (Fortin & Gagnon, 2016; Gray et al., 2017). L'étudiante-chercheuse a ensuite pris en compte le fait qu'habituellement, en recherche qualitative, l'échantillon se situe entre 12 et 25 participants (Gray et al., 2017). La taille de l'échantillon a donc été fixée à un N total de 12, pour avoir idéalement un $n = 6$ pour chacun des deux groupes à l'étude.

Méthode d'échantillonnage

Afin de faire le recrutement des participants à l'étude, un échantillonnage non probabiliste de type échantillonnage par réseau ou effet boule de neige a été sélectionné (Fortin & Gagnon, 2016). Cette méthode prend avantage des réseaux sociaux et du fait que les gens entretiennent des relations amicales avec des personnes ayant des caractéristiques communes avec eux (Gray et al., 2017). De plus, cette méthode est souvent utilisée lorsque la population à l'étude est plus difficile à recruter en raison des caractéristiques recherchées (Fortin & Gagnon, 2016), ce qui était le cas dans la présente étude.

Afin de recruter des infirmiers de 1^{re} ligne répondant aux critères d'inclusion, l'affiche de recrutement du projet (voir Appendice A) a donc été publiée sur les réseaux sociaux du projet *Expériences Adoptions*, le programme de recherche en adoption internationale portant sur la santé et les services dirigé par la directrice de recherche de l'étudiante-rechercheuse ainsi que sur les réseaux sociaux de l'étudiante-rechercheuse, avec l'option partage activée. Cette option permettait aux gens de partager l'affiche sur leurs réseaux sociaux auprès de leurs amis. Sur l'affiche de recrutement, les personnes pouvaient prendre connaissances des critères d'inclusion, de la brève description du déroulement de l'étude ainsi que son but et des informations nécessaires afin de prendre contact avec l'étudiante-rechercheuse.

Outils de collecte de données

Afin de procéder à une collecte de données permettant d'explorer la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles québécoises adoptant via la filière de l'adoption internationale, quatre outils ont été développés par l'étudiante-rechercheuse en collaboration avec sa directrice de maitrise. Le développement de ces outils a été motivé par l'absence d'outils disponibles pour explorer ce sujet dans la littérature scientifique actuelle. Les outils en question étaient les suivants : (1) un guide d'entretien semi-dirigé, (2) une vignette clinique, (3) un formulaire d'informations sociodémographiques et (4) un journal de bord. Chacun des outils est décrit dans la section suivante.

Guide d'entretien semi-dirigé

Parmi les méthodes de collecte de données qu'il est possible d'utiliser en recherche qualitative, Fortin et Gagnon (2016) suggèrent l'utilisation des entretiens semi-dirigés pour les sujets sur lesquels peu d'études ont été réalisées. Les auteurs précisent que ce type d'entretien permet de collecter les données sur les sentiments, les pensées et les expériences des participants en lien avec des thèmes préalablement sélectionnés par le chercheur. Cette méthode de collecte de données a donc été sélectionnée par l'étudiante-rechercheuse comme elle est en concordance avec le devis de recherche sélectionné et le type de données visé par la présente étude.

Afin d'utiliser cette méthode qualitative descriptive exploratoire, l'étudiante-rechercheuse a préalablement déterminé l'objectif principal de la collecte de données qui était d'explorer la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles québécoises adoptant via la filière de l'adoption internationale. Puis, elle a créé un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes basées sur les thèmes associés à la question de recherche et aux informations provenant de la recension des écrits présentée au chapitre précédent (Fortin & Gagnon, 2016). Dans la présente recherche, les thèmes visés étaient les suivants : les besoins des familles adoptives, les interventions entourant les besoins des familles adoptives, les préoccupations entourant la pratique auprès de ces familles et les connaissances personnelles sur l'adoption.

Le guide d'entretien en question, disponible en Appendice B, est divisé en deux sections distinctes. La première section comprend cinq questions s'adressant aux participants du groupe 1 ayant été en contact au moins une fois avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel. La deuxième section, quant à elle, comprend trois questions s'adressant aux participants du groupe 2 n'ayant jamais été en contact avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel.

Avant de débuter les questions de l'entretien, l'étudiante-rechercheuse a fait une lecture de la définition du concept de besoin, d'adoption internationale et de perception était faite au participant. Ce rappel avait pour but de s'assurer que les concepts utilisés dans les questions étaient bien compris par le participant selon la description sélectionnée pour l'étude en cours.

Dans la première section, les questions sont construites en prenant en considération que le participant a eu au moins une expérience professionnelle avec la clientèle adoptive. Les questions sont donc orientées vers la collecte d'informations sur la perception du participant sur les besoins des familles adoptives à partir des expériences vécues. Dans la deuxième section, les questions sont plutôt dirigées sur la perception des participants des besoins des familles adoptives des participants en fonction de leurs connaissances.

Dans les deux sections, les participants étaient questionnés sur la présence ou l'absence de connaissances sur l'adoption provenant de leur vie personnelle. Ils étaient

aussi questionnés sur la manière dont ces connaissances pouvaient être bénéfiques pour eux dans l'identification des besoins. Ces questions avaient pour but d'explorer si ce type d'apport de connaissances pouvait influencer la perception des participants sur les besoins des familles adoptives. L'étudiante-chercheuse a porté une attention particulière à ce détail dans le but de bien cerner les informations qui étaient en lien avec la perspective professionnelle des infirmiers rencontrés tout en étant consciente que les expériences personnelles des participants peuvent influencer leurs réponses.

Le temps estimé pour répondre aux questions de l'entretien semi-dirigé était d'approximativement 30 minutes. L'étudiante-chercheuse avait préalablement testé l'entretien semi-structuré auprès de membres de l'équipe de recherche du projet *Expériences Adoptions*. D'ailleurs, il est important de noter que l'étudiante-chercheuse était consciente que la conduite d'un entretien semi-dirigé, particulièrement par téléphone, nécessite des habiletés de communication et de la pratique (Fortin & Gagnon, 2016). Elle s'était avant tout assurée auprès de sa directrice de recherche que les formations et l'expérience comme assistante de recherche pour diverses études qualitatives auxquelles elle avait pris part antérieurement à la présente recherche lui permettaient d'avoir les qualifications requises pour l'utilisation de cette méthode de collecte de données.

Afin d'employer de manière optimale l'entretien semi-structurée par téléphone comme méthode de collecte de données, l'enregistrement des entretiens sur bande audio a été utilisé par l'étudiante-chercheuse. Selon les écrits scientifiques, l'utilisation de

l'enregistrement audio en recherche qualitative favorise l'attention du chercheur au niveau des interactions et de la relation avec le participant durant l'entretien de recherche (Creswell, 2015; Gray et al., 2017). De plus, les enregistrements en découlant deviennent une ressource permettant de réécouter l'entretien à de multiples reprises (Gray et al., 2017). L'enregistrement audio est donc un atout à employer pour la méthodologie à employer dans la réalisation de la présente étude.

Création et utilisation de la vignette clinique

Les vignettes cliniques sont souvent utilisées en recherche qualitative et sociale (Miller & Brewer, 2003). Elles permettent d'explorer des actions en contexte et de clarifier le jugement des participants en leur permettant de définir la situation dans leurs propres termes (Barter & Renold, 1999). Elles sont particulièrement utiles pour explorer les perceptions, les attitudes et les comportements des participants (Hughes, 2008). Elles permettent aux chercheurs d'être flexibles dans la manière dont ils présentent des environnements complexes (Aldersey et al., 2016). C'est donc en raison des motifs et des avantages que représente cette méthode de collecte de données face au but de la présente étude qu'une vignette clinique a été élaborée, cette dernière permettant d'explorer la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles québécoises ayant adopté via la filière de l'adoption, et ce, en présence ou en l'absence de contacts avec la clientèle adoptive.

La rédaction de la vignette clinique a été réalisée à partir d'une grande partie des écrits scientifiques présentée dans le chapitre 2. Afin de créer une situation clinique permettant d'explorer la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles adoptives, les informations provenant des articles traitant des besoins de ces familles plus spécifiquement ont été sélectionnées. La notion de système du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) a elle aussi été intégrée au contexte de la vignette clinique pour faire sens avec le cadre de référence et l'utilisation du modèle pour l'analyse des données. En effet, les besoins des enfants ainsi que les besoins des parents présentés à travers les faits et les propos tenus par les parents dans la vignette clinique illustrent l'ontosystème des besoins et les relations avec leur microsystème, soit le mésosystème (Bronfenbrenner, 1979). Finalement, les connaissances professionnelles de la directrice de recherche de l'étudiante-rechercheuse sur le domaine des familles adoptives ont été très bénéfiques pour valider si les éléments présentés dans la vignette, à partir des écrits scientifiques, représentaient aussi la réalité clinique.

La vignette clinique, disponible à l'Appendice C, était présentée sous la forme d'une consultation de services de 1^{re} ligne par une famille québécoise ayant adopté via la filière de l'adoption internationale. La vignette indique avant tout que le professionnel peut considérer que la consultation prend place au CLSC, à l'urgence ou en GMF, en fonction de son milieu de pratique actuel. Il est aussi inscrit que le motif principal de consultation est lié à la présence d'une fièvre depuis plus de trois jours chez un enfant de 3 ans.

La famille présentée est composée d'un père, d'une mère et d'une fillette de 3 ans. La vignette comprend aussi des spécifications quant au délai depuis l'arrivée de l'enfant au Québec ainsi que le nom de son pays d'origine. Les motifs et le contexte de consultation sont présentés sous forme de discussions avec l'infirmier de 1^{re} ligne. Certains besoins sont nommés explicitement, soit « mot pour mot » par les parents, alors que d'autres besoins étaient exposés plus subtilement à travers le discours de ces derniers. Certaines particularités liées à l'histoire d'adoption sont aussi soulevées. La vignette clinique comprend une page et demie de texte ainsi qu'une page sur laquelle cinq questions ouvertes sont inscrites.

La vignette clinique s'apparentant à une histoire de cas était disponible en version numérique ou papier pour le participant afin qu'il puisse s'y référer après la première lecture à voix haute faite par l'étudiante-rechercheuse. Toutefois, les questions s'y rattachant ne l'étaient pas. La durée approximative associée à l'utilisation de cet outil était de plus ou moins 15 minutes. La vignette clinique était accessible aux participants uniquement après la réalisation des entretiens semi-dirigés afin que ces derniers ne soient pas biaisés par la vignette. De plus, l'enregistrement sur bande audio et la prise de notes étaient encore une fois utilisés pour collecter des données. L'utilisation de la vignette clinique dans la présente étude était soutenue par le fait que selon les écrits en sciences infirmières, ce genre d'outils permet de mobiliser différents savoirs et que c'est à travers le questionnement et la réflexion sur des situations de soins que les infirmiers font des apprentissages, se développent et améliorent leur pratique (Bélanger & Cohen, 2021).

Fiche d'informations sociodémographiques

Afin de dresser un portrait de la population à l'étude, une fiche d'informations sociodémographiques a été élaborée par l'étudiante-chercheuse. Cette fiche, disponible à l'Appendice D, comprend sept questions adressées aux participants sous forme d'échelle ordinaire, d'écriture numérique et d'écriture alphabétique. Les questions concernent le sexe, l'âge, le métier exercé, la scolarité, le milieu actuel de pratique, la région administrative du milieu de pratique, le nombre total d'années de pratique de même que le nombre d'années d'emploi au poste occupé au moment de l'entretien. Le questionnaire était autoadministré au participant après l'entretien de recherche et remis par la suite à l'étudiante-chercheuse. Le délai approximatif pour remplir ce questionnaire était d'environ 2 minutes. Les participants étaient libres de répondre ou non à toutes les questions en tout temps.

Journal de bord

En recherche qualitative, le journal de bord est un outil fréquemment utilisé par les chercheurs (Fortin & Gagnon, 2016). Il est utilisé pendant ou après les entretiens de recherche afin de noter le contenu de l'entretien lorsque les mots sont encore frais en mémoire. Le chercheur y inscrit aussi des notes sur le contexte dans lequel se sont déroulés l'entretien et la métacommunication. Il peut aussi mettre sur papier ses impressions sur les réponses et les réactions que l'entretien a pu soulever chez lui ou chez le participant (Gray et al., 2017). L'étudiante-chercheuse a donc utilisé cet outil de collecte de données

lors de la réalisation des entretiens semi-dirigés et de l'utilisation de la vignette clinique. D'ailleurs, cet outil a aussi été utilisé pour noter les échanges entre l'étudiante-rechercheuse et sa directrice de maîtrise lors de l'analyse des données (Fortin & Gagnon, 2016).

Déroulement de l'étude

Dans les paragraphes suivants, une présentation du déroulement de l'étude sera faite en débutant par les considérations éthiques, puis le recrutement, le contact avec les participants, les entretiens, le plan de l'analyse des données, la scientificité du projet et finalement, les biais anticipés.

Obtention de la certification d'éthique

La présente étude a débuté en janvier 2019. Les étapes préalables à la soumission d'une demande d'éthique se sont déroulées de janvier 2019 à février 2020. Puis, le 6 février 2020, une demande officielle a été déposée par l'étudiante-rechercheuse au secrétaire du comité d'éthique sur la recherche sur les êtres humains de l'UQTR. À la suite du dépôt de cette demande, le 3 avril 2020, le comité d'éthique a remis la certification nécessaire à la réalisation de l'étude via le certificat CER-20-265-07.12(Voir Appendice E).

Entretemps, l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire québécois a été déclaré par le gouvernement du Québec en date du 13 mars 2020 (Gouvernement du Québec, 2020). Pour s'adapter à cette réalité et réaliser l'étude, l'étudiante-rechercheuse a fait une demande

de modification au comité éthique. Cette demande comprenait une demande d'autorisation pour réaliser les entretiens de recherche par téléphone et pour faire l'envoi des documents aux participants par courriel électronique (voir Appendice E - CER-20-265-07.12). Le 13 mai 2020, les modifications ont été acceptées par le comité d'éthique. De plus, pour assurer la poursuite du projet, le certificat CER-20-265-07.12 a été renouvelé par le comité d'éthique le 3 avril 2021.

Recrutement

L'état d'urgence sanitaire déclaré le 13 mars 2020 a aussi eu un impact sur l'amorce du recrutement des participants pour la présente étude. En raison de la situation particulière requérant les infirmiers dans les milieux de soins au Québec durant les mois suivant la demande, l'étudiante-rechercheuse a préféré attendre au mois de juin avant de débuter le recrutement des participants. Puis, le 1^{er} juin 2020, l'affiche de recrutement de l'étude (voir Appendice A) a été diffusée sur la page Facebook du projet *Expériences Adoptions* ainsi que sur la page personnelle de l'étudiante-rechercheuse. De nombreux partages de l'affiche ont été faits. Le recrutement s'est bien déroulé. Il a toutefois été plus facile de recruter des participants pour le groupe de professionnels n'ayant jamais eu de contact avec la clientèle adoptive (Groupe 2) que de participants pour le groupe de professionnels ayant eu au moins un contact avec la clientèle adoptive (Groupe 1). Entre le 1^{er} juin 2020 et le 7 octobre 2020, six participants ont été recrutés pour le 2^e groupe et trois participants pour le 1^{er} groupe. Puis, le 14 avril 2021, un dernier participant a été recruté pour le 2^e groupe pour un N total de 10.

En raison du contexte particulier du déroulement de l'étude dû à la pandémie de COVID-19, la méthode de collecte de données à distance a permis de rejoindre des participants provenant des milieux sélectionnés dans différentes régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, ce qui aurait pu être plus difficilement accessible pour l'étudiante-chercheuse si l'étude s'était déroulée en présentiel. Cette méthode d'échantillonnage s'est avérée favorable et facilitante pour l'étudiante-chercheuse.

Contact avec les participants

Lorsque les infirmiers manifestaient de l'intérêt à participer au projet en contactant l'étudiante-chercheuse par écrit, un appel téléphonique était fixé avec eux par l'étudiante-chercheuse. Cet appel avait pour but de permettre aux professionnels intéressés d'avoir plus d'informations sur l'étude et d'obtenir des réponses à leurs questions. Ensuite, si ceux-ci manifestaient toujours un intérêt pour participer au projet, le formulaire d'informations et de consentement leur était transmis par courriel. Ensuite, la date de l'entretien était fixée, le numéro de téléphone à privilégier pour l'appel était noté par l'étudiante-chercheuse et un rappel du type de lieu à privilégier pour le jour de l'entretien était fait.

Entretien

Le jour de l'entretien, le formulaire d'informations et de consentement remis préalablement par courriel était relu par l'étudiante-chercheuse avec le participant. À la

suite de l'obtention du consentement verbal et écrit du participant, l'entretien pouvait débuter et l'enregistreur audio était alors démarré. La première partie de l'entretien consistait à réaliser un entretien semi-dirigé. Pour réaliser cet entretien, l'étudiante-chercheuse a utilisé le guide créé à cet effet et ayant été présenté précédemment et disponible à l'Appendice B. Afin de s'assurer d'utiliser la bonne section du guide, l'étudiante-chercheuse validait de nouveau avec le participant la présence ou l'absence de contact avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel. Une fois l'entretien semi-dirigée réalisée, la vignette clinique utilisée pour la seconde partie de l'entretien était envoyée par courriel au participant. La vignette était ensuite lue à voix haute par l'étudiante-chercheuse. Le participant pouvait ensuite prendre le temps nécessaire pour en faire une seconde lecture par lui-même. Puis, lorsqu'il signalait à l'étudiante-chercheuse qu'il était prêt, l'étudiante-chercheuse débutait la série de cinq questions ouvertes. En tout temps, le participant pouvait demander de faire une interruption, refuser de répondre à une question ou mettre fin à l'entretien. Il avait accès en permanence à la vignette clinique s'il en ressentait le besoin.

Pour la réalisation de l'étude, la durée des entretiens a varié entre 15 et 45 minutes selon le participant. Les entrevues étaient réalisées dans un lieu confidentiel pour les deux parties, soit dans leur lieu de résidence respectif. Aucune particularité ne s'est produite lors de la réalisation des entretiens de recherche. Il est à noter que les participants étaient invités à ne pas identifier des patients et que cette règle a été respectée par tous. Aucune particularité ne s'est produite lors de la réalisation des entretiens de recherche. À la suite

de l’entretien et de la vignette clinique, le participant remettait par courriel son consentement préalablement signé et sa fiche d’informations sociodémographiques complétée.

Analyse des données

Après avoir réalisé les entretiens, les enregistrements audios ont été transcrits, par l’étudiante-chercheuse, sous forme de verbatim par l’étudiante-chercheuse afin d’en faciliter l’analyse (Burns & Grove, 2009). Les transcriptions comprenaient le contenu intégral des propos de l’étudiante-chercheuse et des participants. Ce processus de transcription a permis de faire une première écoute des entretiens. Pour accompagner son écoute et sa rédaction, l’étudiante-chercheuse avait accès aux notes de son journal de bord. Aussi, les informations sociodémographiques ont été consignées dans un document Excel sous forme de tableau. Les documents liés au projet de recherche et aux participants ont tous été consignés sur le disque dur du serveur du projet *Expériences Adoptions* sur le serveur sécurisé de l’UQTR. Seules l’étudiante-chercheuse et la directrice de maîtrise ont eu et ont accès à ces documents.

Plan d’analyse des données

Une fois la transcription des verbatim complétée, l’étudiante-chercheuse et sa directrice de maîtrise ont utilisé la technique d’analyse thématique de Paillé et Muccielli (2016) pour réaliser l’analyse des données. Pour ce faire, le sens général de chaque entretien a tout d’abord été dégagé. Puis, une identification des thématiques émergeant

des propos contenus dans les verbatim a été faite. Ensuite, ces grands thèmes ont aussi été divisés en sous-thèmes afin d'en explorer et d'en approfondir le sens. Finalement, comme l'indique la technique d'analyse thématique, une synthèse a été faite sous forme de texte narratif.

Parallèlement à l'analyse thématique, l'étudiante-chercheuse a aussi utilisé le modèle écologique de Bronfenbrenner (1986) sélectionné à titre de cadre de référence de l'étude. Les définitions des différents systèmes de ce modèle ont permis à l'étudiante-chercheuse d'explorer les influences directes et indirectes des systèmes formant l'environnement dans lequel les individus émettent et expriment leurs besoins ainsi que leurs influences sur la perception qu'ont les professionnels des besoins des familles.

Considérations éthiques

Tout au long de l'étude, l'étudiante-chercheuse s'est assurée de respecter les trois principes directeurs de la dignité humaine soit : le respect de la personne, la préoccupation pour le bien-être et la justice (Fortin & Gagnon, 2016). En lien avec le principe du respect de la personne, le consentement libre et éclairé de chaque participant a été obtenu à l'aide d'un formulaire d'informations et de consentement (voir Appendice F) comprenant toutes les informations essentielles sur le but de l'étude, les avantages possibles et les risques potentiels (Fortin & Gagnon, 2016). Les participants ont été informés dès le départ qu'ils pouvaient se retirer à tout moment de l'étude, et ce, sans préjudice. Toutefois, la

population à l'étude n'était pas considérée comme étant une population vulnérable (Burns & Grove, 2009; Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Toujours en lien avec le principe du respect de la personne, le respect de la vie privée des participants a été préservé par l'étudiante-chercheuse tout au long de l'étude. L'anonymat de chaque participant a été conservé. Les informations recueillies ont été traitées de manière confidentielle dans le respect de normes de confidentialité. Une clé de code a été utilisée afin de s'assurer de ne pas être en mesure d'identifier les participants. La rédaction des résultats a été soigneusement réalisée dans le but de rendre impossible l'identification des participants ou leurs propos. Les données recueillies via le questionnaire sociodémographique étaient uniquement utilisées pour la réalisation d'un portrait de l'échantillon à l'étude. La conservation des documents était faite uniquement sur le serveur sécurisé du projet de recherche tel que décrit dans le formulaire d'informations et de consentement (voir Appendice D). Aussi, le lieu choisi par le participant et par l'étudiante-chercheuse pour réaliser l'entrevue téléphonique respectait les principes de confidentialité afin que le participant puisse s'exprimer librement et ouvertement.

Pour éviter tout conflit d'intérêt, considérant que l'étudiante-chercheuse est elle-même infirmière clinicienne dans un milieu de soins de la Mauricie et du Centre-du-Québec, cette dernière s'est engagée à ne pas faire directement de sollicitation pour le recrutement du projet de recherche dans son milieu de travail. Aussi, un rappel de

précaution a été fait auprès des participants afin qu'ils ne divulguent pas à l'étudiante-chercheuse des noms ou des informations permettant d'identifier des patients en lien avec leurs expériences vécues en tant que professionnels.

En référence au principe de la préoccupation pour le bien-être, ce principe a été respecté en tout temps par l'étudiante-chercheuse et auprès de chaque participant puisque l'étudiante-chercheuse a été à l'affût des avantages et des inconvénients possibles pour le participant. Le premier inconvénient ayant été identifié comme étant potentiel de se produire concernait l'inconfort que les réflexions entourant les questions d'entretien pouvaient susciter chez le participant en lien avec des expériences antérieures ou actuelles. Afin de prévenir les risques et de diminuer les inconvénients, le participant était encouragé dès la lecture du formulaire de consentement à parler des inconforts, si inconforts il y avait, avec l'étudiante-chercheuse. Il était aussi incité à le faire durant l'entretien et à la fin de ce dernier. Ainsi, l'étudiante-chercheure était en mesure de le guider le participant vers une ressource en mesure de l'aider au besoin. En tout temps, le participant pouvait refuser de répondre à une question, demander un temps d'arrêt ou mettre fin à l'entretien.

Le deuxième inconvénient perçu comme potentiel par l'étudiante-chercheuse était la durée de l'entretien qui pouvait amener une fatigue chez le participant. À cet effet, la possibilité de prendre une pause en cours d'entretien était nommée par l'étudiante-chercheuse afin que le participant soit à l'aise de le demander au besoin. Aussi, il était

recommandé au participant de s'installer dans un endroit confortable pour la durée complète de l'entretien, qui était d'environ 30 minutes.

Les avantages encourus à participer au projet, étant aussi à prendre en compte afin de s'assurer du bien-être des participants, étaient supérieurs aux inconvénients possibles. Les avantages perçus étaient la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'adoption internationale, au Québec, du point de vue des professionnels de la santé en 1^{re} ligne et l'occasion de prendre un temps de réflexion par rapport à des expériences antérieures ou futures avec cette clientèle.

Scientificité

Selon Guba et Lincoln (1989), les critères de rigueur scientifique pour l'analyse des données d'une étude qualitative sont la crédibilité (validité interne), la transférabilité (validité externe), la fiabilité (fidélité) et la confirmabilité (objectivité). Pour Mucchielli (2011b), la validation des méthodes qualitatives fait référence à la capacité de produire des résultats ayant « une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié » (p. 265).

Afin de s'assurer de la crédibilité de la présente étude, l'étudiante-rechercheuse a utilisé la validation via l'accord inter-juge en ayant des échanges avec sa directrice de maitrise ayant beaucoup d'expérience au niveau de la méthode de collecte de données et d'analyse ainsi que sur le sujet à l'étude (Fortin & Gagnon, 2016). Cela lui a permis de s'assurer que

les résultats et l'interprétation de ceux-ci étaient crédibles. L'utilisation des notes du journal de bord a d'ailleurs facilité l'analyse de la crédibilité et les échanges entre l'étudiante-rechercheuse et la directrice de maîtrise. Les écoutes multiples des enregistrements, la transcription des données et la lecture répétée des verbatim ont aussi été des méthodes utilisées pour s'assurer de la crédibilité. Le cadre de référence du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) a lui aussi été utiliser à titre de référence pour s'assurer de toujours garder en tête durant l'analyse des données l'impact des différents systèmes sur la perception des infirmiers de 1^{ère} sur les besoins des familles adoptives dans l'analyse des résultats.

Pour ce qui est de la transférabilité à d'autres concepts ou d'autres groupes en lien avec les conclusions tirées de de présente étude, le contexte de l'étude a été défini de manière claire et détaillée par l'étudiante-rechercheuse ainsi que la population à l'étude (Fortin & Gagnon, 2016). Il était important pour l'étudiante-rechercheuse de détailler les étapes du protocole de recherche afin de rendre la reproduction de la présente étude possible même si toutefois les résultats pourraient différés si cette étude était reproduite comme ce sont des expériences personnelles qui sont étudiées.

Pour s'assurer de la fiabilité de l'étude, l'étudiante-rechercheuse s'est assurée de détailler le processus de collecte et d'analyse de données. Elle a aussi réalisé un protocole de recherche comprenant les outils qui ont été créés pour l'étude. Ces outils permettaient

une réPLICATION des méthodes de collecte de données pour chaque participant, et ce, de manière homogène et séquentielle.

Finalement, au niveau de la confirmabilité, afin de vérifier que l'interprétation et les significations attribuées aux résultats de l'étude soient vraisemblables, solides et crédibles, une analyse parallèle a été effectuée par la directrice de maitrise. Cela a permis de valider que des résultats similaires auraient été obtenus à partir des mêmes données par un autre chercheur que l'étudiante-rechercheuse elle-même.

Biais anticipés

Avant de débutter la présente étude, certains biais ont été anticipés par l'étudiante-rechercheuse. Tout d'abord, le biais de la désirabilité sociale a été soulevé. Ce biais consiste à un changement d'attitude de la part du participant dans le cadre de ses réponses afin de bien paraître aux yeux du chercheur. Afin de limiter ce biais, l'étudiante-rechercheuse n'a sollicité aucun participant en présentiel, par message ou par téléphone. Les participants devaient donc avoir un intérêt pour participer à partir de l'affiche de recrutement publiée sur les réseaux sociaux. De plus, l'étudiante-rechercheuse s'est assurée en début et en cours d'entretien que le participant se rappelle que le but du projet était d'explorer une situation et de la décrire et donc, qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Le deuxième biais identifié était le biais de confirmation. Ce biais se produit lorsque le chercheur a tendance à prendre en compte les informations qui confirment ses

hypothèses ou son opinion et à minimiser l'apport des informations qui vont à contresens avec ces dernières. Afin de s'assurer de ne pas tomber dans ce biais, l'étudiante-chercheuse a utilisé des questions ouvertes ne permettant pas de cibler des éléments précis à valider. De plus, elle a utilisé son journal de bord pour y noter les émotions des participants, mais aussi les émotions et les réflexions personnelles qu'elle vivait en lien avec les entretiens et les réponses des participants. Cette approche lui a permis de garder un regard plus objectif sur la situation et de faire preuve de réflexivité et de distanciation avec les réponses obtenues.

Puis, le troisième biais identifié était la présence de l'étudiante-chercheuse comme infirmière clinicienne dans un établissement où des participants pouvaient être intéressés à participer au projet de recherche. Afin de prévenir ce biais, aucune sollicitation n'a été faite par l'étudiante-chercheuse dans son milieu de travail. De plus, elle s'est engagée à ne pas communiquer d'informations sur son projet de maîtrise sur les heures de travail ou en dehors de son travail.

Finalement, le quatrième biais concerne quant à lui la fiabilité, puisque l'étudiante-chercheuse effectuait un seul entretien avec chaque participant. Afin de limiter l'impact qu'aurait pu avoir ce biais, l'étudiante-chercheuse a utilisé plusieurs outils de collecte de données, elle a enregistré les entretiens sur des bandes audio, elle a testé le protocole sur des membres de l'équipe de recherche pour laquelle elle travaille dans le domaine de l'adoption avant son utilisation et aussi, elle a tenu un journal de bord exhaustif tout au

long du projet. Le chapitre présenté a permis de présenter les aspects méthodologiques associés à cette présente étude. Le chapitre qui suit présentera maintenant les résultats de l'étude.

Chapitre 4

Résultats

Le chapitre qui suit présente les résultats de l'étude réalisée. Tout d'abord, le portrait sociodémographique des participants de l'échantillon est présenté. Ensuite, les quatre thèmes principaux ainsi que les sous-thèmes qui ont été identifiés en lien avec la perception des besoins des familles adoptives seront exposés. Ceux-ci proviennent de l'analyse des données des entretiens semi-dirigés et de la vignette clinique à partir de la méthode d'analyse qualitative de Paillé et Mucchielli (2016). Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner a aussi été utilisé à titre de cadre de référence.

À titre de rappel, afin de s'assurer que l'anonymat des participants soit respecté, les noms de ceux-ci ont été remplacés par des numéros. La clé qui relie les codes à l'identification des participants est accessible uniquement par la chercheuse et sa directrice de maitrise sur le serveur sécurisé du projet *Expériences Adoptions*. Tout élément pouvant mener à l'identification d'un participant, d'une famille, d'un client ou d'un milieu a été modifié pour respecter la confidentialité. Le masculin a été employé pour toute la population à l'étude afin que le genre du participant ne soit pas un facteur d'identification de celui-ci.

Portrait de l'échantillon

Les résultats de l'étude qualitative descriptive exploratoire présentée dans ce chapitre proviennent d'entretiens semi-structurés, d'une vignette clinique et des fiches d'informations sociodémographiques recueillis par téléphone en raison du contexte de la pandémie de COVID-19. La collecte de données s'est déroulée entre le 1^{er} juin 2020 et le

14 avril 2021. Les huit participantes et les deux participants ayant répondu à la publicité du projet publiée sur la page Facebook du projet *Expériences Adoptions* proviennent tous de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Le Tableau 1, à la page suivante, présente le portrait des participants en fonction de leur genre (masculin, féminin, non binaire), leur âge, leur profession ainsi que le plus haut niveau de scolarité qu'ils ont complété. Dans le Tableau 1, on peut observer que le nombre de participantes (n=8) est plus élevé que le nombre de participants (n= 2). La majorité des participants sont dans la mi-vingtaine ou au début de la trentaine. On note aussi que 9 participants sur 10 détiennent un titre d'infirmier clinicien.

En référence au Tableau 2, à la page suivante, un portrait du milieu de pratique professionnelle actuel des participants, du nombre total d'années d'expériences professionnelles et de l'occupation du poste actuel en termes d'années est présenté. Les milieux de pratique de l'échantillon étaient des milieux de 1^{re} ligne, soit l'urgence et le CLSC. Ces milieux étaient tous dans des zones régionales. Le nombre total d'années d'expérience était variable.

Tableau 1*Portrait des participants*

Genre	Âge	Profession	Plus haut niveau de scolarité complété
Féminin	25 ans	Infirmière clinicienne	Maitrise
Féminin	24 ans	Infirmière clinicienne	Baccalauréat
Féminin	25 ans	Infirmière clinicienne	Baccalauréat
Féminin	25 ans	Infirmière clinicienne	Baccalauréat
Masculin	32 ans	Infirmier clinicien	Baccalauréat
Féminin	35 ans	Infirmière clinicienne	Baccalauréat
Féminin	38 ans	Infirmière clinicienne	Baccalauréat
Féminin	57 ans	Infirmière technicienne	Diplôme d'études collégiales
Féminin	26 ans	Infirmière clinicienne	Baccalauréat
Masculin	24 ans	Infirmier clinicien	Baccalauréat

Tableau 2*Portrait du milieu de pratique professionnelle et de l'expérience professionnelle*

Milieu de pratique	N'ombre d'année(s) d'expérience totale	Nombre d'années d'occupation du poste actuel
CLSC	5 ans	1 an et demi
Urgence	3 ans	3 ans
Urgence	5 ans	2 ans
Urgence	2 ans	2 ans
Urgence/Soins intensifs	4 ans	1 an
Urgence/Soins intensifs	2 ans	2 ans
Psychiatrie externe (CLSC)	15 ans	2 ans
Urgence	15 ans	12 ans
Urgence	6 ans	6 ans
Urgence/Soins intensifs	2 ans	6 mois

Parmi les participants, quatre d'entre eux appartenaient au groupe ayant eu un contact avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel et les six autres appartenaient au groupe n'ayant jamais eu de contact avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel. Initialement, l'étudiante-rechercheuse aurait aimé être en mesure de recruter six participants dans chaque groupe, mais compte tenu du contexte de recrutement plus difficile en période de pandémie mondiale, ce nombre n'a pas été atteint pour les deux groupes.

Thèmes et sous-thèmes de l'étude

Comme il a été mentionné précédemment, l'analyse des informations recueillies durant cette étude a été faite à partir de l'analyse thématique de Mucchielli et Paillé (2016). Dans l'analyse thématique, la posture de l'étudiante-rechercheuse était influencée par l'approche écologique de Bronfenbrenner. D'ailleurs, un regard systémique sur la famille était essentiel à utiliser pour ce travail. Les thèmes et sous-thèmes qui sont présentés dans ce chapitre proviennent de l'analyse qui a été réalisée par l'étudiante-rechercheuse et sa directrice de recherche. Celle-ci a été faite à partir des verbatim provenant des transcriptions des entretiens de recherche. En parallèle, le journal de bord a été utilisé pour mieux contextualiser et comprendre les propos. Tout ce processus d'analyse nous permet d'expliquer comment nous en sommes venues à identifier quatre thématiques principales. Le Tableau 3 présente l'ensemble des thèmes et des sous-thèmes qui seront expliqués dans le chapitre et appuyés à partir d'extraits des entrevues réalisés.

Tableau 3

Résumé des thèmes et sous-thèmes de l'étude

Les connaissances – Du général au spécifique	La famille – Sa place dans les soins infirmiers en 1 ^{re} ligne	Le rôle infirmier – Actions et réactions	Le raisonnement clinique infirmier
Besoins physiques et psychologiques : du général au particulier	Faible présence des schémas de pensée englobant la famille	Mon rôle comme professionnel auprès d'eux : ai-je ma place?	D'où découlent les connaissances sur la réalité de l'adoption internationale
Notion de pédiatrie additionnée à celle de l'adoption : complexité vs réalité?	Notion de « bon parent » dans les familles adoptives	Référer : comment, quand, à qui et pourquoi le faire?	Accès aux réflexions cliniques
Surprises par-dessus surprises : la réalité des familles adoptives	Questionnement des parents : un indicateur de détresse parentale?	Des outils, oui s'il vous plaît!	--
Services en post-adoption : peut-être que oui, peut-être que non	Oui pour l'accompagnement, mais quel serait-il?	--	--
Motifs de consultation de la clientèle adolescente	--	--	--

Les connaissances – Du général au spécifique

Le premier thème qui ressort de l'analyse des données est le suivant : Les connaissances – Du général au spécifique. L'analyse des entretiens semi-dirigés et de la vignette clinique ont permis de faire émerger des faits intéressants au niveau de la diversité et de l'utilisation des connaissances des participants en lien avec la perception qu'ils avaient des besoins des familles québécoises qui adoptent via la filière de l'adoption internationale. Les cinq sous-thèmes qui suivent découlent du premier thème.

Besoins physiques et psychologiques : du général au particulier

Le premier sous-thème découlant du des connaissances est en lien avec les besoins physiques et psychologiques. Les besoins physiques qui ont été nommés par plusieurs participants étaient étroitement en lien avec les motifs de consultation des enfants en général. Un participant disait, par exemple : « Hum, bien quels que soient les problèmes, quand ce sont des jeunes enfants, on va voir des histoires de température ou parfois, ils se blessent un membre quelconque. En gros, c'est pas mal ça » (Participant 6).

Puis, lors des questions entourant la vignette clinique, il était plus facile pour les participants de faire émerger des besoins physiques qui étaient généraux et de les amener vers des besoins plus spécifiques avec lesquels ils étaient en mesure de faire des liens avec le contexte de l'adoption comme le mentionne ce participant :

D'après-moi, au niveau physique, ça doit être justement les pathologies qui ne viennent pas d'ici. [...] Quelque chose qu'il avait avant de s'en venir ou quelque chose qu'on n'a pas par chez nous de façon naturelle et donc qu'on est moins au courant (Participant 5).

Les besoins physiques qui étaient reliés au quotidien de la famille adoptive tels que l'alimentation, le sommeil et les soins d'hygiène ont été toutefois peu abordés, et ce, même par le biais de la vignette clinique, sauf pour les participants avec des connaissances personnelles et professionnelles en lien avec l'adoption :

Souvent, quand les enfants sont adoptés dans un autre pays et qu'ils arrivent à 2 ou 3 ans, le choc est énorme. Autant les parents vivent de l'insomnie, de l'insécurité, etc. La nouvelle alimentation, les besoins de vie de chaque jour ne sont pas les mêmes, donc oui beaucoup de soutien (Participant 8).

Notion de pédiatrie additionnée à celle de l'adoption : complexité versus réalité?

Le deuxième sous-thème découlant du thème des connaissance en lien avec la notion de pédiatrie additionnée à celle de l'adoption. Bien que les infirmiers de la présente étude travaillent en 1^{re} ligne et qu'ils sont donc en contact avec des patients de tous les âges, les participants semblaient voir la clientèle pédiatrique comme étant loin d'eux et de leur champ de pratique. Un participant le nommait en disant :

Bien, je pense que ce serait plus le côté psychosocial qui serait difficile à voir, surtout avec la clientèle pédiatrique, de savoir exactement où les référer. On a beaucoup de références pour les adultes, mais les jeunes enfants, je pense que c'est moins évident de savoir où les orienter, bien en fait, de savoir où orienter les parents (Participant 6).

Le discours des participants était aussi similaire sur les besoins physiques. Ce qui était intéressant de remarquer, c'est que la notion de clientèle pédiatrique associée à celle de l'adoption semblait engendrer une impression encore plus grande de distance avec le champ de pratique chez les participants. Cet extrait d'un participant illustre bien comment cela semblait être exprimé comme un défi supplémentaire :

Oui, bien comme je le disais, les enfants ce n'est déjà pas ma clientèle [rires]. C'est sûr qu'un enfant, en plus qui vient d'un autre pays, dépendamment de l'âge qu'il a, c'est sûr que moi comme professionnelle, je me sens mal outillée pour nécessairement l'évaluer comme tel (Participant 3).

Il y avait aussi à travers les discours des participants une utilisation du « eux » et du « nous » qui était présente pour distinguer les enfants ayant été adoptés à l'international versus les enfants nés au Québec. Cette distinction ressortait surtout lorsque les participants soumettaient des hypothèses sur les besoins ou les interventions entourant les enfants. Voici trois extraits de participants différents qui illustrent bien cette tendance dans le discours. Le premier extrait est celui d'un participant qui dit :

Mettons une prise de sang ou c'est ça là, pour voir s'ils ont des antécédents connus. Mettons que nous ont fait au Québec, quand les enfants naissent, on le ferait à eux (Participant 2).

Puis, le deuxième extrait est celui d'un autre participant qui dit : « Humm... oui. Ces enfants-là, j'imagine qu'ils vont avoir des besoins particuliers au niveau de l'apprentissage (Participant 6) Finalement, le troisième extrait présente les propos d'un participant disant : « Je pense que oui, dans le sens que ces enfants-là, ça peut être parfois des enfants plus fermés qui parlent moins. Ce sont plus des enfants qu'il faut suivre et bien évaluer. Je ne sais pas trop là » (Participant 9).

Surprises par-dessus surprises : la réalité des familles adoptives

Le troisième sous-thème découlant du thème de la connaissance réfère au thème de surprises. À travers les questions de l'entrevue semi-dirigée, mais surtout à partir de la

vignette clinique sur la consultation de la petite Mia¹ et de sa famille, les répondants exprimaient leur surprise quant aux constats qu'ils faisaient sur la réalité des familles qui adoptent à l'international. Les constats qui étaient faits touchaient à différentes facettes entourant l'adoption. Voici quelques exemples d'extraits de différents participants partageant leurs réflexions et leurs constatations.

Un premier participant parlait du quotidien de la réalité associée à la parentalité dans un contexte récent d'adoption internationale :

Bien je pense que ça m'a fait réaliser que ça peut être difficile pour les parents de s'adapter à leur nouvelle réalité. C'est comme un rêve un peu qu'ils vivent, mais quand l'enfant arrive ils peuvent avoir de la difficulté à s'adapter, l'enfant peut être malade, il peut y avoir d'autres problèmes auxquels ils ne s'attendaient pas. Je pense que ça peut être difficile pour les parents et parfois on s'en rend peut-être moins compte de cette détresse-là (Participant 6).

Cet extrait illustre bien les liens qui sont faits à partir du constat que l'enfant peut avoir des problématiques de santé attendues ou non attendues qui entraînent un processus d'adaptation inévitable pour l'enfant et la famille adoptive, comme il est mentionné dans les écrits scientifiques sur le sujet.

Puis, un autre participant parle plutôt de sa surprise face à ce que peut engendrer l'absence d'informations sur la famille biologique de l'enfant adopté : « C'est de voir qu'ils [les parents] ne sont pas au courant, bien qu'ils n'aient pas l'information par rapport

¹ Noter que le prénom « Mia » était le prénom fictif utilisé pour l'enfant présenté dans la vignette clinique lors des entretiens.

aux parents, je comprends que c'est confidentiel, mais qu'ils ne savent pas le vécu de la petite » (Participant 7).

Finalement, bien qu'il y aurait une grande quantité de verbatim à présenter en lien avec la notion de surprise sur la réalité des familles adoptives, voici un dernier extrait qui présente bien comment un participant constate l'addition de plusieurs éléments qui rendent le parcours des familles adoptives rempli d'embuches :

Ils n'ont pas de ressources, ils sont laissés à eux-mêmes, ça me fait capoter. Pas de vaccins, ils ne savent pas les antécédents, ils n'ont pas de médecin attitré à l'arrivée, ils n'ont pas d'examens médicaux de prévus pour l'enfant. Je n'en reviens pas de ça. On dirait que je ne comprends pas mettons (Participant 2).

Services en post-adoption : peut-être que oui, peut-être que non

Le quatrième sous-thème découlant du thème des connaissances réfère au thème des services en post-adoption. Au niveau des perceptions des participants sur les besoins des familles adoptives, il y a une présomption sur les suivis et les services en post-adoption en place. En d'autres termes, il semble que la majeure partie des participants avaient en tête la perception que certains besoins étaient répondus systématiquement par des services en place. Voici un exemple de la représentation des services qui était faite par un participant, en faisant référence à la consultation de la famille dans la vignette clinique :

Je trouve ça dommage aussi qu'il n'y ait pas de suivi. Si eux sont venus à l'urgence, clairement, ils n'étaient pas au courant des organismes qui sont disponibles. J'assume qu'il y en a. Je crois qu'il doit y en avoir certains. Mais clairement, les gens qui sont dans le processus d'adoption devraient comme être au courant de ces ressources, même si tous les intervenants de la santé ne le savent pas. Clairement la personne qui s'occupe des adoptions devrait être au courant de quels services sont disponibles et de comment les utiliser pour être capable de les aider (Participant 5).

On peut voir que le participant est plus ou moins certain de la précision de ce qu'il avance comme propos sur les services disponibles, mais il reste qu'il croit qu'il en existe assurément. Encore une fois, il y avait une notion de surprise sur la réalité entourant cette fois-ci les services en post-adoption. Cette fois, cette notion apparaissait surtout sous la forme de question dans les propos des répondants.

La notion de surprise en lien avec cette réalité apparaissait souvent sous forme de question dans les propos des répondants. Un autre exemple est celui d'un des participants qui demandait à l'interviewer : « L'adoption internationale, ils ne font pas un suivi pour les vaccins puis tout? Ils sont “pitchés” comme ça? » (Participant 2). Puis, un autre participant questionnait à son tour dans le même ordre d'idées :

Puis au fait, considérant qu'elle est ici depuis 1 mois, c'est quand même un peu bizarre qu'elle n'ait pas encore rencontré de médecin depuis son arrivée? Ça fait déjà un mois qu'elle est au Québec et elle n'a pas eu d'évaluation médicale [...]Mon dieu! C'est quand même intense par exemple (Participant 1).

Les services en post-adoption étaient aussi nommés sous la forme d'hypothèse comme l'illustre bien cet exemple de verbatim d'un participant : « Peut-être qu'il y a des groupes de soutien ... des groupes ... de les mettre en contact avec d'autres gens » (Participant 5).

Motifs de consultation de la clientèle adolescente

Le cinquième et dernier sous-thème découlant du thème des connaissances réfère aux motifs de consultation de la clientèle adolescente. Par le biais des questions de l'entrevue semi-dirigée, lorsque les besoins de la clientèle adoptive étaient questionnés, la grande majorité des répondants parlaient des besoins entourant les enfants et quelques-uns mentionnaient ceux des parents. Les besoins des enfants devenus grands, soit adolescents, n'étaient pas mentionnés. C'est comme si la clientèle adoptive comprenait uniquement une famille composée de parents et d'enfants en bas âge. Le seul moment où les motifs de consultations des adolescents ont été soulevés provient des questions entourant des connaissances lors de contacts avec la clientèle dans un cadre professionnel. Les propos mentionnés sont toutefois étroitement liés avec la réalité représentée dans les écrits scientifiques.

La question de la recherche d'identité amenant des comportements ou des problématiques, surtout au niveau de besoins de santé psychologique, a été amenée comme motif de consultation pour la population adolescente ayant été adoptée. Un des participant disait : « Ce que je me rends compte, c'est qu'il y en a beaucoup qui sont en recherche d'identité. Mais au niveau physique, il n'y a pas tant de besoins que ça. C'était surtout comme l'émotif qui avait beaucoup de manques » (Participant 5).

Puis, un autre disait : « [En parlant du fait de ne pas connaitre ses antécédents médicaux au niveau génétique] C'est une autre réalité quand tu ne connais pas tes parents

biologiques, ça doit des fois venir te chercher un petit peu dans tes questionnements » (Participant 4).

Les comportements à risque menant à des consultations secondaires étaient aussi mentionnés par un participant :

Je voyais beaucoup de trouble de l'opposition, des troubles d'attachement. Il y en a qui se mettent à prendre de la drogue, ils font des psychoses. J'ai vu beaucoup d'anxiété chez les jeunes adoptés ... parfois ça menait à la psychose et la dépression (Participant 5).

La famille – Sa place dans les soins infirmiers en 1^{re} ligne

Le deuxième thème qui ressort de l'analyse des données est le suivant : La famille – sa place dans les soins infirmiers en 1^{re} ligne. Les résultats émergeant des entretiens de recherche ont permis de faire ressortir divers faits intéressants en ce qui a trait au concept de famille et de la place que cette dernière a dans la pratique infirmière en 1^{re} ligne. Les paragraphes suivants présentent les sous-thèmes ayant trait à ce sujet.

Faible présence des schémas de pensée entourant la famille

Le premier sous-thème découlant du thème de la famille réfère à la faible présence de schémas de pensée entourant la famille. Pour les participants, il était plus facile de partager leurs perceptions sur les besoins individuels que les besoins en termes de famille. Il y avait une séparation distincte entre les besoins des parents, les besoins du père versus ceux de la mère et les besoins de l'enfant. Voici un extrait de verbatim qui le représente bien

(prendre en compte que Mia qui est nommée ici, est l'enfant présenté dans la vignette clinique) :

Je pense que pour Mia c'est ça. Du côté des parents, comme je te l'avais dit un peu plus tôt, je ne sais pas à quel point ils ont été informés ou préparés à ça. Mais en ce moment, c'est sûr qu'il manque de soutien pour le couple. Ça l'a un impact direct et indirect envers l'enfant (Participant 3).

Il est aussi arrivé que certains participants, en lisant la vignette, se questionnaient à savoir si les questions portaient réellement sur la famille plutôt que sur les individus en soi : « Là, c'est vraiment sur la famille, c'est ça? » (Participant 2). Toutefois, il est important de souligner que lors de la vignette clinique, même si les participants reconnaissaient pour la plupart les besoins en termes d'individus, ils étaient en mesure d'identifier des besoins pour tous les membres de la famille. Voici un exemple qui illustre bien ce fait :

Bien clairement il y a une détresse psychologique au niveau des parents qui est assez importante, ça c'est sûr que c'est un problème prioritaire. C'est sûr que l'enfant a aussi quand même un besoin prioritaire... à court terme. L'enfant fait pour sûr de la fièvre, la malnutrition, elle ne fait pas ses nuits... En premier, c'est sûr qu'il faudrait soigner l'enfant, mais c'est sûr qu'on ne peut pas laisser les parents sans ressources à ce niveau-là (Participant 5).

Le participant perçoit une grande détresse au niveau des parents, mais n'aborde pas l'impact que cela peut avoir sur l'enfant, sur le couple, mais également sur la disponibilité des parents afin de développer la relation parent-enfant.

Notion de « bon parent » dans les familles adoptives

Le deuxième sous-thème découlant du thème de la famille réfère à la notion du bon parent dans les familles adoptives. Le discours des participants laisse présumer qu'il y

avait une évaluation implicite de la parentalité qui était faite à travers les éléments présentés dans la vignette clinique. On mentionnait par exemple : « À quelque part, ce sont des bons parents, ils l'ont amené à l'hôpital, ils veulent que ça aille mieux » (Participant 4). Tout comme un autre participant disait :

Un des points positifs, c'est qu'ils aient consulté. Que ce soit en GMF, urgence ou autre, le fait qu'ils aient consulté, je trouve que c'est positif pour eux... qu'ils aient dénoté des problématiques et qu'ils soient capables de les amener. Par contre, c'est sûr que si ça fait un mois qu'elle ne se nourrit pas et qu'elle a des diarrhées, puis tout, ça peut être long pour l'enfant. Parce que laisser un enfant pendant un mois qui ne « feel » pas, c'est quand même long. C'est peut-être une problématique sur comment gérer ça (Participant 7).

On retrouvait aussi dans les propos des participants une certaine comparaison entre les compétences parentales de la mère et celle du père. Il ne faut pas oublier ici que l'étudiante-rechercheuse et sa directrice de maîtrise ont conçu la vignette clinique dans le but qu'elle permette d'explorer la perception des besoins de la famille adoptive et non pas dans un contexte de compétence parentale individuelle. Toutefois, c'étaient des propos qui revenaient dans le discours de tous les participants. Voici deux exemples illustrant ce constat. Le premier participant l'exprime en disant :

Bien dans le fond, une autre affaire qui a retenu mon attention, c'est vraiment l'écart entre la conjointe et lui. Elle, on dirait, j'ai l'impression qu'elle se sent préoccupée par le fait que sa fille pleure tout le temps et qu'elle n'est pas capable de la consoler, si je comprends bien la situation. Donc, sa conjointe a vraiment l'air inquiète et on dirait que l'attachement s'est fait comme si c'était sa fille dans le fond. Tandis que son conjoint, c'est plus « Voyons donc... »... Il est plus détaché d'elle. Ça, ça me frappe aussi (Participant 10).

Le deuxième participant quant à lui disait : « Bien la première affaire, c'est le désespoir des parents. Ça ne fait pas 20 ans qu'elle est là et ça ne marche pas. Le père est réceptif, mais l'enfant ne veut pas le voir et la mère est à bout » (Participant 8).

Questionnement des parents : un indicateur de détresse parentale?

Le troisième sous-thème découlant du thème de la famille réfère à la notion de questionnement des parents. Un élément qui a été surprenant dans l'analyse des résultats est la notion de détresse parentale dans la vignette clinique. Il semble que les différents questionnements des parents dans la vignette clinique et la description de leur comportement aient été considérés comme des indices de détresse pour les parents auprès des participants. D'ailleurs, la détresse était l'élément qui était rapporté le plus à la question : « Qu'est-ce qui vous frappe le plus dans cette situation? ». Un participant a dit :

Deux choses, il y a la détresse des parents et l'autre chose, ce serait les symptômes physiques qui sont relevés pour la petite Mia. [...] Ils semblent en détresse et ils semblent avoir besoin d'aide pour s'adapter à leur nouvelle réalité (Participant 6).

Puis, un autre participant a dit quant à lui : « Ok, il y a la mère en détresse, je pense. Les deux parents ont de la difficulté à tisser un lien avec leur enfant, je pense » (Participant 7). Finalement, un participant mentionne aussi cette notion de détresse en faisant référence au comportement des parents :

Bien, le fait que les deux parents sont en désespoir... que la mère parte à pleurer et qu'elle quitte la pièce, c'est assez rare. Ça démontre une détresse qui n'est pas comme légère, qui n'est pas nouvelle là. Clairement, elle est épuisée et elle est au bout du rouleau. Elle a besoin d'aide à ce niveau-là. Le fait que le père en parle aussi (Participant 5).

En lien avec la notion de détresse qui est soulevée, les participants accompagnaient leurs propos en faisant mention de besoins de ressource, de soutien, d'accompagnement, etc. Ici, un des participants parle du besoin d'accompagnement en disant :

Bien je pense que les parents n'ont pas eu l'accompagnement adéquat quand ils ont reçu cet enfant-là il y a un mois pour leur expliquer comment ça fonctionne, les suivis à faire et les ressources qu'ils pourraient avoir de besoin (Participant 9).

Puis, un autre participant a fait référence à un besoin sous forme d'encadrement :

« Bien, moi que je pense qu'il faudrait que les familles soient plus encadrées que ça. Oui parce que là, on dirait qu'ils sont déjà à bout de ressources de la façon dont ils parlent » (Participant 2). Et finalement, ici, un participant a apporté la notion de réassurance : « La petite qui est dans un état misérable, mais avec les bons soins, probablement qu'elle se mettrait à bien aller. C'est ça qu'ils offrent aussi. C'est de les rassurer moi, je pense, ils ont besoin de se faire rassurer » (Participant 4).

Oui pour l'accompagnement, mais quel serait-il?

Le quatrième et dernier sous-thème découlant du thème de la famille réfère à l'accompagnement. Comme il a été mentionné dans le sous-thème précédent, les participants identifient et nomment un besoin d'accompagnement pour les parents adoptifs de Mia dans la vignette clinique. Toutefois, ils n'arrivent pas à identifier clairement le type d'accompagnement qui pourrait être offert à la famille. Un premier participant dit : « Oui, bien par la vignette, comme je te disais, ils auraient besoin de support et de normalisation. Clairement ils n'ont pas été informés sur des scénarios possibles qui pourraient arriver avec leurs enfants » (Participant 6). Un second participant a dit : « Humm, répondre à leurs questions, leur faire de l'enseignement, c'est ça » (Participant 9).

Il est intéressant de remarquer que les répondants ont proposés différentes formes d'accompagnement sous forme d'hypothèse qui peuvent laisser présumer qu'ils n'ont pas en tête une référence claire des services possibles où orienter les familles, mais qu'ils ont en tête des exemples de services qui pourraient être pertinents :

« C'est sûr qu'elle [la mère] manque de support moral et que ce soit de sa famille ou d'un organisme quelconque. Le père, je pense qu'il manque un peu d'enseignement ou de sensibilisation par rapport à qu'est-ce que c'est l'adoption ou comment faciliter l'intégration » (Participant 3).

« Ils auraient peut-être besoin de parler avec quelqu'un qui est passé par là. Moi je pense que c'est plus ça, ils ont besoin de savoir ce qui se passe. À quelque part ce sont des bons parents, ils l'ont amenée à l'hôpital, ils veulent qu'elle aille mieux. Ils se sentent dépassés c'est tout. Ils auraient peut-être même besoin d'un peu d'aide » (Participant 5).

Un des participants ayant des connaissances en lien avec la clientèle adoptive semble avoir plus de conviction dans le type d'accompagnement et le motif pour lequel ces familles nécessitent un accompagnement : « Le soutien, parce que ces parents-là, ils arrivent avec des enfants de parfois six mois, un an et deux ans. Ils n'ont jamais eu d'enfant, ils n'ont pas beaucoup de connaissances. Ils ont beaucoup d'insécurité » (Participant 8).

Le rôle infirmier – Actions et réactions

Le troisième thème qui ressort de l'analyse des données est en lien avec le rôle infirmier. La notion de rôle est un élément qui est ressorti du discours des participants à l'étude. Il était intéressant de recueillir leurs propos sur le rôle qu'ils ont auprès des familles qui adoptent et même auprès des familles en général en 1^{re} ligne. Ils utilisaient

des termes d'action et nommaient leur réaction pour décrire leur rôle. Les sous-thèmes suivants abordent cette notion.

Mon rôle comme professionnel auprès d'eux : ai-je ma place?

Le premier sous-thème découlant du thème du rôle infirmier réfère au rôle comme professionnel. Le rôle de l'infirmier en lien avec la perception qu'il a des besoins des familles québécoises qui adoptent via la filière de l'adoption internationale semblait être difficile à définir. La notion de famille semblait faire ressortir encore plus un écart ou un détachement face au rôle que peut jouer l'infirmier dans ce contexte. Les participants le nommaient de manière très franche comme le montre l'extrait qui suit :

Bien moi, je pense que nous, en tant qu'infirmière, on ne sait pas assez de choses. Souvent, on est forcé à faire évaluer le tout par une travailleuse sociale qui va s'occuper du reste, mais on ne revient jamais avec les résultats qu'elle a eus. [...] Je pense qu'on devrait avoir des retours et être informés par rapport à ça, même si ce n'est pas notre travail personnel (Participant 9).

Un autre participant en parle en détaillant l'intervention qu'il propose mais qui, selon lui, n'est pas dans son rôle : « J'ai dit de parler à d'autres parents qui ont adopté, mais ça, ce n'est pas de notre ressort de les mettre en contact avec des parents qui ont adopté » (Participant 2).

Il y a aussi un participant qui mentionne qu'il est important de travailler en interdisciplinarité auprès des familles qui adoptent à l'international, mais qui ne nomme pas l'infirmier comme un membre de l'équipe : « Donc, vraiment de traiter les cas d'adoption en interdisciplinarité : nutritionniste, ergothérapeute, psychologue, médecin et infectiologue au besoin, selon les résultats de laboratoire » (Participant 1).

On voit aussi dans le discours des participants que certains d'entre eux perçoivent que l'infirmier peut jouer un rôle, mais il semble y avoir une certaine confusion sur la façon dont ils peuvent le faire et sur le milieu de pratique de l'infirmier en question :

« Je sais qu'il y a une infirmière comme nous dans la région qui fait de la pédopsychiatrie, je sais qu'elle fait autre chose, elle pourrait faire un suivi, mais je ne sais pas vraiment son ... ses ressources qu'elle pourrait offrir dans le fond » (Participant 5).

Malgré tout, il semble aussi y avoir une réflexion qui s'amorce dans le rôle infirmier à travers les réponses des participants à la suite de la présentation de la vignette clinique. Ils nomment des hypothèses de la façon dont ils pourraient se mettre en action face à la réaction qu'ils ont en connaissance de la situation. Un participant explique sa réflexion en disant :

Je pense que premièrement, ce serait de traiter le problème physique. C'est sûr et aussi d'informer les parents, les diriger vers les ressources qui vont les aider. [...] Je pense que ce serait bien de les rediriger et de les mettre en confiance, de faire une relation d'aide avec eux au triage par exemple » (Participant 7).

Un autre participant amène sa réflexion au sens plus large sur sa perception des besoins des familles adoptives :

Bien, c'est sûr que la question est large, dans le sens que comme infirmier, pourquoi je les rencontre? Est-ce qu'ils ont des besoins physiques? C'est quoi le besoin spécifique? C'est sûr que moi, je pense que je me collerai à leurs préoccupations, leurs raisons de consultation principale, ce qui ne va pas (Participant 10).

Référer : comment, quand, à qui et pourquoi le faire?

Le deuxième sous-thème découlant du rôle infirmier est en lien avec le fait de référer. En l'absence de points de repères concrets au niveau de la pratique clinique, il semble que les professionnels en soins infirmiers sont amenés à recourir systématiquement, la majeure partie du temps, aux références vers d'autres intervenants. Un des participants utilise ici la référence à un autre professionnel en nommant le motif de la connaissance en adoption : « Il faudrait qu'ils rencontrent un travailleur social, un psychologue ou peu importe le professionnel de la santé qui va les aider, mais qui sont habitués de faire ça avec les adoptions » (Participant 2).

Même dans leur champ de pratique professionnelle comme infirmiers, les participants semblent avoir recours à la référence vers d'autres intervenants à titre d'action face au contexte de consultation de la famille qui adopte à l'international. Par exemple, un participant dit : « Bien, je réfléchis et je pense que le best, ce serait de régler ses problèmes physiques avec le médecin et de faire tous les soins adéquats » (Participant 10). Alors qu'un autre participant quant à lui dit :

On n'aura pas nécessairement le temps [...] de faire les demandes ... les référer soit à un organisme ou à une nutritionniste, parce que ça va être des demandes qu'on ne pourra pas nécessairement faire comme il faut, puisqu'il faut une

évaluation médicale derrière ça. Nous, en tant qu'infirmier, on se sent impuissant (Participant 1).

La notion de famille a aussi une influence sur les choix de professionnels vers qui les infirmiers de 1^{re} ligne réfèrent. Il semble y avoir une distance dans le rôle infirmier auprès des familles, alors que le rôle des travailleurs sociaux auprès de ces dernières semble être évident. Par exemple, ici un participant nomme le lien qu'il fait entre problématique familiale et nécessité d'avoir recours à un intervenant social dans la gestion du cas : « Souvent, quand tu as des problématiques familiales, tu rentres une travailleuse sociale dans le dossier » (Participant 5). Le prochain participant nomme aussi le recours à une évaluation par un intervenant social afin de permettre à la famille d'avoir des ressources : « Je pense qu'à l'urgence, on pourrait demander une évaluation par une travailleuse sociale parce que c'est plus des ressources qui vont pouvoir être données en externe par la suite » (Participant 9). Finalement, un autre participant nomme explicitement qu'il serait porté à faire une demande de référence en travail social pour que celle-ci puisse orienter la famille : Hum, je pense que j'essaierais de les référer à la travailleuse sociale du CLSC, mais directement vers quelle ressource ... il y a d'autres ressources dans la communauté. Je ne saurais pas vers quelle diriger » (Participant 6).

Les infirmiers semblent toutefois à l'aise de référer vers les autres professionnels afin de s'assurer que les besoins des familles soient bien répondus. Ils ne sont pas dans l'inaction face à la situation, mais ils semblent percevoir leur rôle comme étant éloigné des besoins de celles-ci.

Des outils, oui s'il vous plaît!

Le troisième et dernier sous-thème découlant du thème du rôle infirmier est en lien avec le besoin d'outils. Les participants ont exprimé le besoin d'avoir des outils qui leur permettraient de mieux effectuer leur travail auprès des familles adoptives, surtout en lien avec les spécificités du pays d'origine. Toutefois, ils n'ont pas nommé de besoins en ce qui a trait aux impacts de la trajectoire de vie des enfants et des conditions en pré-adoption sur le développement de l'enfant. Un participant parle du manque d'outils en lien avec la vaccination : « On n'a pas assez d'outils pour savoir s'ils ont eu des vaccins ailleurs quand les enfants arrivent... Je ne sais pas » (Participant 9).

Un autre participant parle du manque de ressources d'informations et même d'une problématique d'accès à l'information sur le terrain pour avoir des informations plus en lien avec les maladies infectieuses des pays d'origine ou des particularités en lien avec la santé tel qu'exprimé dans cet extrait :

Au niveau de l'adoption, peut-être savoir la place exacte d'où la personne vient, ça permet de dire s'il y a des maladies qui sont à risque dans ces régions-là particulièrement. Encore là, même si on avait cette information, moi dans les milieux de travail que j'ai faits, je n'avais pas nécessairement accès à ça autre que si j'allais voir sur Internet [...] Je crois que ça aiderait d'avoir un dossier d'adoption plus détaillé (Participant 5).

Finalement, un participant, tout comme plusieurs autres, présente une suggestion d'outils et soulève même la notion de formation qui pourrait être pertinente au plan clinique pour permettre de bien assumer le rôle infirmier auprès de ces familles :

Donc, cet enfant-là, au lieu de se ramasser à l'urgence, eux autres ils auraient comme un PIQ (Protocole d'immunisation du Québec), bien il pourrait y avoir un guide d'adoption où chaque région a ses particularités. On pourrait en avoir un à l'urgence, on pourrait avoir des formations de base à l'urgence pour dire « ok telle région, telle affaire » (Participant 8).

Le raisonnement clinique infirmier

Le quatrième et dernier thème qui ressort de l'analyse des données est en lien avec le raisonnement infirmier. Les entretiens de recherche ont permis à l'étudiante-rechercheuse d'avoir un accès privilégié au processus de raisonnement clinique des participants à l'étude. Il était intéressant d'accéder à leurs réflexions et aux liens qu'ils font à travers leurs propos. Les sous-thèmes suivants présentent les propos qui représentent le mieux ce qui a été découvert dans le cadre des entretiens.

D'où découlent les connaissances sur la réalité de l'adoption internationale

Le premier sous-thème découlant du thème du raisonnement clinique infirmier réfère aux connaissances. À travers le raisonnement clinique des participants, il était intéressant d'entendre leurs propos en lien avec la ou les sources de leurs connaissances sur l'adoption. Un participant le partageait en disant :

Je sais que parfois, dans les orphelinats, bien je pense que j'ai vu ça dans les films ou dans ma technique ou dans mon bac, on n'a jamais vraiment abordé ça ou de cours spécifiques là-dessus, mais dans les orphelinats, ce n'est pas nécessairement « jojo » (Participant 1).

Les répondants faisaient preuve d'une grande ouverture et de franchise dans leurs réponses, tel qu'en témoigne l'extrait suivant :

Bien, je ne sais pas si c'est biaisé, je ne sais pas, je ne connais pas exactement le processus d'adoption, surtout que j'imagine que c'est particulier dans chaque pays d'adoption et je sais qu'il y a plusieurs clauses internationales. [...] Moi, mes seules connaissances sur l'adoption, ça se limite au journal le "Devoir". [Rires] (Participant 10).

On observe donc encore une fois ici que les connaissances sont du général au spécifique et que les connaissances générales semblent provenir de médias plutôt que d'une formation académique ou clinique. Un autre participant partageait quant à lui l'impact que peut avoir une connaissance plus approfondie du sujet sur la pratique clinique auprès des membres de la famille adoptive :

Moi je suis chanceuse, j'ai continué à aller à l'école, je me suis beaucoup informée, j'ai lu. [...] À force de lire là-dessus, on se rend compte que c'est beaucoup plus profond chez l'enfant. Donc, ça l'a modifié ma façon de voir les choses. C'est plus facile aussi pour moi maintenant d'avoir un lien de confiance avec ces gens-là (Participant 4).

Aussi, durant certains entretiens, lorsque les questions des participants ou le sujet s'y prêtaient bien en lien avec les propos énoncés par ces derniers, l'étudiante-rechercheuse les questionnait à savoir si l'adoption était un sujet qui avait été abordé dans leur parcours scolaire ou professionnel. Un participant a répondu, tel qu'exprimé dans l'extrait de verbatim ci-dessous :

Non, non zéro, Mon évaluation des besoins et de comment conseiller se basent sur mes connaissances générales, mes connaissances que j'ai acquis en soins général. Je ne me considère pas comme adéquatement outillée pour régler une problématique comme pas reliée à ma formation (Participant 5).

Un autre participant avait une réponse similaire en disant :

Non, non ... non en fait pas du tout. C'est que j'avais de la misère à répondre aux questions. Je me disais : Comment j'évaluerais un enfant d'ici? C'est sûr que oui

on y va selon notre jugement, mais ils ne nous en parlent pas tant dans nos cours (Participant 2).

Il était aussi intéressant de voir que ce n'était pas seulement au niveau scolaire qu'il semblait y avoir peu de transferts de connaissances ou de la formation, mais aussi au niveau de la pratique clinique, tel qu'exprimé par un participant : « Je n'ai pas vu ni dépliant. Mettons au travail, ils n'ont pas parlé de ces ressources-là et pas à l'école non plus (Participant 1).

Accès aux réflexions cliniques

Ce dernier sous-thème réfère à l'accès aux réflexions cliniques des participant. Un des grands priviléges pour l'étudiante-rechercheuse a été d'avoir accès au processus de réflexion des participants tout au long de l'entretien. Tout d'abord, ils étaient capables d'exprimer qu'ils ne connaissaient pas la réponse ou qu'il n'avaient pas d'exemple précis pour répondre à la question. Par exemple, un participant a dit : « Souvent, c'est plus des problèmes sociaux et psychosociaux que des problèmes physiques quand c'est une clientèle de même, mais il n'y a pas d'exemples qui me viennent en tête » (Participant 9).

Les participants réfléchissaient à voix haute, comme s'ils étaient réellement dans la situation clinique, s'imaginant face à cette clientèle. Ils se questionnaient à voix haute et tentaient de faire des liens avec d'autres connaissances qu'ils possédaient, tout en cherchant l'approbation de l'interviewer. En voici un exemple :

Bien, il me semble, mais ça faisait longtemps qu'ils l'avaient adopté... donc peut-être que ça n'a même pas rapport avec ça. Sinon, on dirait qu'il n'y a rien qui me vient en tête ... peut-être la malaria mettons ... ou je ne sais pas (Participant 2).

Certains exprimaient même comment ils auraient réagi face à la situation clinique présentée dans la vignette : « Mettons, j'ai lu un peu la vignette et moi face à cette situation-là, je serais comme : *Mon dieu, je me sens aussi mal outillée que vous, je ne saurais pas comment vous aider* » (Participant 3).

Un autre exemple provenant des verbatims illustre bien que le participant semble réfléchir à comment il perçoit la situation en même temps qu'il répond à l'étudiante-rechercheuse :

Bien, je pense que la première question que je leur demanderais, ça serait : Comment ça va? Ça se peut que ce soit plus dur... Non, je ne le sais pas en fait, je parle à travers mon chapeau. J'imagine que ça doit être plus difficile d'élever un enfant qui n'est pas le tien. Ça doit être difficile de s'adapter à la personne (Participant 2).

Un autre élément qu'il était possible d'observer à travers les réflexions cliniques des infirmiers de 1^{ère} ligne questionnés était leur réflexe de se mettre en action dans la mise en œuvre de suggestions d'outils ou de pistes de solutions pour les familles et pour eux en tant que professionnels à partir de leurs réflexions et des éléments soulevés dans les échanges de l'entretien.

Un participant proposait une ligne d'accès pour les familles tout en amenant en plus le fait que cette ligne permettrait peut-être pour eux la consultation à l'urgence, tel qu'exprimé dans cet extrait:

Je ne sais pas si ça existe ou pas, mais une ligne d'accès où ils peuvent appeler et poser leurs questions au fur et à mesure et pas attendre que ce soit une problématique assez importante et d'avoir besoin de se présenter à l'urgence. D'avoir des réponses avant ça? (Participant 5).

Un autre participant avait aussi une idée en ce sens tout en donnant plus de détails sur le type de services que pourrait offrir une ligne téléphonique pour ces familles, tel que retrouvé dans l'extrait qui suit :

Bien tu vois, ça me surprend qu'au niveau de l'adoption, qu'il manque mettons si je pourrais dire ça... un kit de base pour se préparer, pour enseigner aux parents comment faire leurs transitions et aussi qu'il n'y ait pas des ressources où les parents peuvent appeler. Encore là j'imagine, mais je ne le sais pas... des ressources comme le 811, mais spécialement côté adoption et ethnicité (Participant 3).

Il était aussi intéressant de voir qu'il y avait des participants qui, au fil de l'entretien, arrivaient à voir le rôle que l'infirmier pourrait avoir auprès de la famille dans un contexte d'adoption internationale :

Ça faciliterait vraiment l'adoption d'avoir une infirmière qui ne fait que ça suivre des dossiers d'adoption. Accompagner les parents tout au long du processus d'adoption (Participant 1).

Il y avait aussi une ouverture sur ce que la connaissance de ressources ou les connaissances en général pourraient avoir comme impact pour aider les infirmiers de 1^{re} ligne dans leur rôle auprès des familles et sur leur perception des besoins de celles-ci. Finalement, on pouvait observer dans les réponses des entretiens que la vignette clinique

permettait aux participants d'avoir des repères, ce qui leur permettait ensuite plus facilement de développer leur réponse et d'exposer par le même fait leur raisonnement clinique infirmier.

Chapitre 5

Discussion

Ce chapitre présente la discussion des résultats de la présente étude exploratoire de type qualitative descriptive qui avait comme objectif d'explorer la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles québécoises adoptant via la filière de l'adoption internationale. Il est possible de faire des liens entre les résultats de la présente étude et les connaissances actuelles existant déjà sur le sujet. Puis, les retombées attendues au niveau des volets clinique, de l'enseignement et de la recherche sont abordées. Finalement, les avantages et les limites de l'étude sont présentés.

Tout d'abord, parmi les résultats présentés, il est pertinent de s'intéresser en premier lieu à ceux touchant le portrait de l'échantillon à l'étude. Plusieurs éléments de ce dernier sont intéressants à approfondir. Tout d'abord, il est important de se rappeler que le recrutement des participants s'est déroulé durant le confinement de la pandémie mondiale de COVID-19 au Québec. Cette situation particulière a eu pour effet de favoriser un recrutement uniquement par des entretiens téléphoniques en raison des règles sanitaires en place dans la province. Bien que les entretiens téléphoniques ne permettent pas à l'interviewer de voir physiquement les réactions des participants, ils permettent de porter une attention particulière au ton de la voix, au débit, à la terminologie ainsi qu'aux onomatopées qui sont utilisées. L'étudiante-rechercheuse a noté ses impressions dans le journal de bord et les a utilisées durant l'analyse des verbatim. Ce qui était aussi intéressant au niveau du recrutement concernait les motifs de participation à la recherche. Tous ont mentionné qu'il était important pour eux de participer à l'avancement de la recherche. Plusieurs ont ajouté qu'il était agréable pour eux de discuter d'un autre sujet

que la COVID-19 qui prenait une place importante dans les discussions entourant la pratique infirmière durant la période de recrutement.

Parmi les quatre participants ayant eu des contacts avec la clientèle adoptive, deux d'entre eux avaient aussi des connaissances personnelles en lien avec l'adoption. Bien que le nombre de participants dans la présente étude ne permette pas de tirer de conclusion de ce constat, il reste important de spécifier pour l'étudiante-rechercheuse que ces participants avaient plus de connaissances sur les besoins des familles adoptives et qu'il semblait plus facile pour eux de créer des liens avec ces dernières. Il serait intéressant pour la recherche et pour le milieu clinique d'explorer l'impact des connaissances personnels sur l'adoption en lien avec pratique infirmier auprès des familles québécoises et la perception des besoins de ces familles dans le futur.

De plus, au niveau de l'échantillon, il est possible de voir dans le Tableau 1 (voir page 84), que le nombre de participantes était plus élevé que le nombre de participants. Cette disparité quant au sexe des participants est représentative de la profession infirmière puisque selon le *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2018-2019* fourni par l'OIIQ, la proportion de l'effectif infirmier de sexe masculin est de 11,3 % (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2019).

Aussi, dans le Tableau 1 (voir page 84), on note que neuf participants sur dix détiennent un titre d'infirmier clinicien. Cette représentation peut s'expliquer par les

exigences des employeurs dans les centres de santé, depuis quelques années, de détenir un baccalauréat afin d'accéder aux postes d'infirmiers en 1^{re} ligne. Parmi ces participants, deux d'entre eux ont obtenu leur baccalauréat par la formation initiale, cinq par le DEC-BAC et un participant par le baccalauréat de perfectionnement.

Sans vouloir entrer dans cette discussion complexe, nous observons dans le cadre de cette étude que les infirmiers qui ont davantage de formation possède une plus grande facilitée à se transposer dans une situation qu'ils ne connaissent pas. Il faut noter que le baccalauréat est d'ailleurs de plus en plus valorisé et qu'il tend à devenir un futur prérequis obligatoire à la profession infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2022). L'OIIQ a tenu des travaux au courant de l'année 2021. L'ensemble des experts soulignaient l'importance du baccalauréat pour norme. Le Québec est la seule province où le baccalauréat n'est pas la norme d'entrée à la profession. Certes, cette proposition de l'OIIQ soulève des débats à plusieurs niveaux.

Ce qui est intéressant et important de prendre en compte au niveau de ces différents parcours scolaires, c'est que le cours de pédiatrie est obligatoire uniquement pour les participants ayant réalisé la formation du baccalauréat initial. Pour les six autres participants, le cours de pédiatrie était optionnel. Compte tenu que les services de 1^{re} ligne rencontrent des patients âgés de quelques jours à une centaine d'années, il serait important de réfléchir à la place de la pédiatrie dans le cursus scolaire des infirmiers.

Il est possible de remarquer que le nombre d'années d'occupation du poste actuel des participants est relativement bas (voir Tableau 2 page 84). Cela peut s'expliquer par le roulement de personnel actuel très élevé dans les domaines de la santé et des services sociaux. Toutefois, le nombre total d'années d'expérience quant à lui était variable. Si l'on prend la théorie de « Novice à Expert » de Benner (1982), il y avait parmi les participants 3 débutants, 5 compétents, 1 performant et 1 expert. Cette variabilité dans le niveau de compétence n'a pas été un élément représentatif des différences majeures dans les résultats obtenus à travers le discours des participants. Le N de l'échantillon ne permet pas de faire des généralités entre les groupes qui étaient trop hétérogènes.

On remarque aussi que les milieux de pratique des participants de l'échantillon sont principalement l'urgence et le CLSC (voir Tableau 2 page 84). Encore une fois, il est possible de faire l'hypothèse que les participants ayant eu un contact avec des familles adoptives dans un cadre professionnel soient dans ces milieux de pratique comme ceux-ci représentent des lieux de consultation fréquents pour les personnes n'ayant pas accès à un médecin de famille ou à un suivi systématique de soins. Ces milieux se retrouvaient essentiellement dans les régions du Québec. D'ailleurs, dans son *Rapport sur l'expérience des familles et des personnes adoptées en matière de santé, de soins et de services* (Germain & Lacharité, 2022), l'équipe du projet *Expériences Adoptions* rapporte que les parents adoptifs sont des « itinérants de services » à travers le réseau public et privé et qu'ils sont proactifs dans la recherche de services en 1^{re} ligne, ce qui signifie en d'autres mots qu'ils n'ont pas de services systématiques ou de trajectoires simples et qu'ils doivent

eux-mêmes chercher à travers le système de santé les portes d'entrée dans les services qu'ils requièrent pour répondre à leurs besoins. Dans ce même rapport, ils soulèvent aussi que les parents font mention d'un manque d'accessibilité des services liés à l'adoption dans les régions (Germain & Lacharité, 2022).

Les connaissances — Du général au spécifique

Dans le domaine des sciences infirmières, surtout en 1^{re} ligne, les professionnels de soins sont amenés à avoir une connaissance globale dans plusieurs domaines. Dans le discours des participants on remarque deux choses. D'abord les participants semblent utiliser des connaissances générales qu'ils appliquent à l'ensemble des enfants et de leur famille. Puis, il y ajoute des connaissances qu'ils ont sur l'impact du contexte de l'adoption internationale sur les besoins de ces familles.

Besoins physiques et psychologiques : du général au particulier

Il semble qu'aucune étude n'ait encore été faite sur la perception des infirmiers sur les besoins des familles qui adoptent à l'international comme il a été mentionné précédemment. Toutefois, si on prend l'exemple de l'étude de Rykkje (2007), plusieurs répondants nommaient que les besoins en lien avec des problèmes qui sont généralement liés aux enfants biologiques étaient explorés par les infirmières dans les centres de santé publique et que les infirmières semblaient avoir peu de connaissances sur les besoins spécifiques à l'adoption. Les répondantes de l'étude de Rykkje allaient jusqu'à dire

qu’elles sentaient qu’elles étaient « hors critère » par rapport aux suivis réguliers du centre de santé (Rykkje, 2007).

Cette observation faite à travers les propos des participants vient renforcer ce qui est mentionné par Roach et ses collaborateurs (2023). Ces auteurs indiquent, dans leur revue systématique, que la littérature scientifique rapporte un besoin d’augmenter le support et les ressources pour les professionnels de la santé en vue de soutenir les enfants adoptés à l’international présentant des problèmes de santé physique chroniques et des « handicaps ». Les études rapportent aussi que les professionnels de la santé de 1^{re} ligne se doivent d’avoir une connaissance sur les besoins médicaux des enfants qui sont adoptés à l’international et qu’ils doivent être en mesure d’aider aussi les parents à comprendre les besoins de leurs enfants (Cochran et al., 2014; Miller et al., 2016; Roach et al., 2023).

À la lumière des résultats obtenus dans la présente étude, il semble pertinent de se questionner sur la façon dont, aux plans clinique et éducationnel, nous pourrions améliorer les connaissances du général au spécifique auprès des infirmiers de 1^{re} ligne en ce qui a trait aux connaissances sur les besoins des enfants et des familles qui adoptent via la filière de l’adoption internationale. Certaines hypothèses en lien avec cette réflexion seront discutées plus loin dans ce chapitre. Il ne faut toutefois pas oublier de mentionner qu’il est encourageant et rassurant de voir le travail de réflexion derrière le discours des infirmiers de 1^{re} ligne pour faire appel à leurs connaissances générales afin de se diriger vers des hypothèses de besoins plus spécifiques en lien avec la clientèle adoptée à l’international.

Notion de pédiatrie additionnée à celle de l'adoption : complexité versus réalité?

Il était intéressant pour l'étudiante-rechercheuse et sa directrice de maîtrise de découvrir comment la notion de pédiatrie semblait être un élément de complexité pour les infirmiers de 1^{re} ligne. Il ne s'agit pas d'une hypothèse qui avait été envisagée préalablement à travers la question de recherche. Les statistiques disponibles entourant les consultations pédiatriques rendent cette observation sur la vision de la pédiatrie en contexte de services de 1^{re} ligne encore plus intéressante. Il est important de noter que les données sur les consultations en GMF ou en CLSC n'étaient pas disponibles. Cependant, les données sur les consultations dans les urgences pour les enfants étaient disponibles. En fait, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2021), en 2019-2020, ce sont plus de 644 950 visites qui ont été faites par la clientèle pédiatrique dans les urgences du Québec, ce qui représente quand même 17,5 % de la totalité des visites pour cette période. La clientèle pédiatrique semble donc être une clientèle à laquelle sont exposés les infirmiers de 1^{re} ligne dans le cadre de leur travail.

Parallèlement à ces statistiques sur le nombre de visite de la clientèle pédiatrique dans les milieux où œuvrent les infirmiers en 1^{ère} ligne, un article de Blanchette et al (2021) paru dans la revue *Soins d'urgence* en mai 2021 indique que près de 40 % des enfants qui sont traités dans les urgences générales ne recevraient pas le traitement adéquat à leur condition (Translating Emergency Knowledge for Kids, 2019). On y indique aussi que la clientèle pédiatrique a des besoins qui lui sont spécifiques et qu'une sous-exposition pourrait entraîner le professionnel à avoir une diminution de son sentiment

d'autoefficacité et de ses connaissances (Blanchette et al., 2021; Goldman et al., 2018; McNeil, 2016; Remick et al., 2013). Finalement, dans les conclusions de l'étude, les auteures mentionnent que les soins pédiatriques sont sous-optimaux dans les urgences générales malgré la formation en pédiatrie fournie dans le cursus scolaire (Blanchette et al., 2021). Elles indiquent aussi que l'absence de formation continue et la sous-exposition de la clientèle à ces infirmières de premières lignes ont des effets néfastes pour les enfants mais que toutefois, la formation jumelée à un aide-mémoire pourrait être une forme d'intervention éducationnelle permettant une amélioration des connaissances (Blanchette et al., 2021). À la lumière de ces faits, les observations faites par l'étudiante-rechercheuse dans le discours des participants de la présente étude pourraient être possiblement expliquées par cette situation. Toutefois, plus d'études sur le sujet devraient être faites pour en tirer des conclusions.

En plus de l'aspect clientèle pédiatrique qui était investigué à travers l'exploration de la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles québécoises qui adoptent via la filière de l'adoption internationale, l'ajout du contexte d'adoption semblait être une perte de repère additionnelle pour les infirmiers. Il s'agit d'un phénomène qui a été nommé dans la revue systématique de Roach et al. (2023) avec comme hypothèse que c'est le fait que les adoptions internationales soient modestes qui entraîneraient une formation et une expérience limitée pour les professionnels de la santé de 1^{re} ligne. D'ailleurs, Cochran et al. (2014) ajoutent aussi que pour les professionnels de 1^{re} ligne, le manque d'expérience dans les soins des enfants ayant été adoptés à l'international pourrait

même amener les professionnels à se sentir dépassé (*overwhelming*) et à poser encore plus de difficultés dans les soins lorsque ce sont des enfants adoptés à l'international présentant des enjeux de santé globale particuliers.

Une réflexion qu'il reste à avoir sur la réalité des soins entourant les enfants adoptés à l'international et leur famille est reliée à la déclaration de l'American Academy of Pediatric qui a défini, en 2000, les soins des enfants adoptés à l'international comme étant une spécialité en pédiatrie (Germain & Esquivel, 2019). Bien que cette définition ait été donnée dans le contexte où la majeure partie des soins de santé de la famille adoptive, au Québec, se fait dans un contexte de soins de 1^{re} ligne et non uniquement dans des centres ayant des services spécialisés, nous pourrions nous demander si cette définition s'applique à la réalité d'ici. Si oui, alors comment serait-il possible de maximiser les connaissances ou les services reliés à cette spécialité pour les rendre accessibles aux prestataires de soins en 1^{re} ligne?

Surprises par-dessus surprises : la réalité des familles adoptives

Dans l'article de Germain et Esquivel (2019), il y est fait mention que dans les premiers mois suivant l'adoption, les parents doivent parfois jouer davantage un rôle de soignant que les parents conventionnels. D'ailleurs, les auteures ajoutent que cette fonction pour le parent, qui n'était pas anticipée, peut être appuyée par les connaissances et le soutien des infirmières de pédiatrie autant pour les inquiétudes du quotidien que celles présentes dans des situations de soins majeures. Dans le discours des participantes de la

présente étude, il semble que cette réalité, qui peut parfois être surprenante pour les parents, semble l'être aussi pour les professionnelles de soins de 1^{re} ligne interrogés. Il est intéressant de voir comment les participantes semblent, au fur et à mesure du développement de leur pensée, percevoir ce que le contexte de l'adoption internationale peut avoir comme impact sur le quotidien de ces familles. Il ne semble pas que ce soit uniquement dans l'étude ici présente que la réalité des familles adoptives soit une surprise pour les professionnels de soins. On retrouve par exemple ce constat dans un article de Miller et al. (2016) dans lequel il est dit que pour les parents, il peut y avoir une perception que les professionnels de soins en santé ont un manque de connaissances sur les problèmes reliés à l'adoption, les dynamiques familiales ainsi que sur les problèmes de santé mentale communs. Smit (2010), pour sa part, mentionne que les parents de son étude nommaient une connaissance limitée de tests de dépistage entourant les maladies génétiques ou virales pouvant être décelées à l'enfance.

Des profils d'enfants présentant des atteintes au niveau de la santé physique, des composantes neurodéveloppementales (TDAH, trouble du langage, etc.) et présentant des troubles neurosensoriels ont été recensés en nombre important dans le projet mené par *Expériences Adoptions* qui avait pour but de dresser un portrait de l'état de santé des personnes adoptées au Québec entre 1982 et 2002 (Germain & Lacharité, 2022). Ces données renforcent le fait que le nombre de consultations associées aux besoins des personnes adoptées et de leurs familles, dès le moment de l'adoption et tout au long de

leur vie, nécessite que les intervenants en santé soient sensibles à leur réalité. C'est d'ailleurs ce que mentionnent Mitchell et Jenista (1997, p. 125) en disant :

L'héritage d'être né dans un autre pays et d'avoir été adopté restera avec l'enfant toute sa vie. L'infirmière praticienne doit toujours garder cela à l'esprit lorsqu'elle prodigue des soins de santé initiaux et de longue durée. [...] Les connaissances et la sensibilité du praticien aux questions liées à la santé des enfants adoptés à l'étranger détermineront en fin de compte dans quelle mesure les besoins médicaux de l'enfant sont satisfaits [traduction libre].

Jenista est d'ailleurs une des pionnières au niveau de la recherche en pratique clinique auprès des familles en adoption internationale et à inspirer plusieurs auteurs au fil des ans, dont l'American Academy of Pediatrics qui se prononce aussi en ce sens en disant que les professionnels de la santé sont dans une position unique pour guider les enfants adoptés et leur famille vers des soins optimaux (Jones & Schulte, 2019).

Il semble important, à la lumière des résultats de la présente étude et de celle de l'équipe du projet *Expériences Adoptions*, qui a aussi rapporté que des parents, au Québec, faisaient mention qu'ils avaient une certaine réserve à parler de la santé de leurs enfants parce qu'ils ne se sentaient pas écoutés ou bien parce que les intervenants ne semblaient pas savoir quoi dire ou quoi faire face à leur situation (Germain & Lacharité, 2022), de continuer les études sur ce constat. Il serait intéressant de voir comment la réalité des familles adoptives au niveau des besoins de santé physique, psychologique et social au quotidien peut être présentée aux professionnels de la santé en 1^{re} ligne afin de leur permettre une ouverture, une sensibilité et des connaissances en lien avec cette réalité. D'ailleurs, Smit (2010) nomme qu'il pourrait être pertinent de rappeler aux professionnels

qui interviennent auprès de ces familles que les parents adoptifs sont parfois des nouveaux parents. Ils peuvent nécessiter le même type d'accompagnement qu'une famille qui se présente avec un enfant naissant.

Services en post-adoption : peut-être que oui, peut-être que non

Comme il a été mentionné plus tôt lors de la présentation de la problématique de recherche, les services en post-adoption sont des éléments clés pour la réussite de l'intégration de l'enfant adopté et sa famille (Chicoine et al., 2012; Dhami et al., 2007; Mason & Narad, 2005; Miller et al., 2016). Les résultats obtenus à travers le discours des participants de la présente étude semblent illustrer une certaine présomption de services en post-adoption en place au Québec. Les infirmiers de 1^{re} ligne semblaient confiants quant à l'existence de services en post-adoption, mais la forme de leurs réponses indiquait que la perception qu'ils avaient de ces services était plus ou moins précise. Leur réaction face à l'apprentissage comme quoi il n'y avait pas de trajectoire systématique post-adoption au niveau des soins de santé laissait démontrer une sensibilité face à cet enjeu pour les familles adoptives.

Les écrits scientifiques rapportent que d'être en mesure d'identifier les bons services pour les familles selon leurs besoins, au moment le plus adéquat et de les aider à gérer leurs problématiques grâce à ces services peut amplifier l'impact positif de ces services sur ces familles (Dhami et al., 2007). Il est toutefois rapporté aussi que même dans les régions où il y a des ressources qui existent en post-adoption pour les familles, ces

dernières ont souvent de la difficulté à les localiser et à y avoir accès (Bergsund et al., 2018). À la lumière de ces faits, il semble encore plus important de se pencher aussi sur un moyen de rendre accessibles les informations sur l'existence, la localisation et l'accès des services en post-adoption au Québec pour que les infirmiers de 1^{re} ligne puissent bien y référer les familles si nécessaire.

Motifs de consultation de la clientèle adolescente

L'adolescence semble être une période de la vie qui, au niveau de la santé en 1^{re} ligne, est parfois oubliée ou plutôt peu mentionnée, la famille étant perçue comme étant composée de parents et d'enfants en bas âge. Toutefois, certains participants ont mentionné avoir eu dans le cadre de leur pratique des contacts avec la jeune clientèle adoptée pour des motifs associés à la quête identitaire et même à des situations de consommation ou de problématiques au niveau de la santé mentale. Cette réalité semble se refléter aussi dans les écrits scientifiques sur le sujet, bien qu'elle ne soit pas abondante. Par exemple, Askeland et al. (2017) soulèvent eux aussi que l'adolescence est une période où les personnes adoptées peuvent rencontrer des difficultés associées à leur quête identitaire. Les propos de la présente étude corroborent les résultats de l'étude réalisée au Québec auprès des personnes adoptées par l'équipe du projet *Expériences Adoptions* en lien avec des diagnostics en santé mentale ou des problématiques de consommation (Germain & Lacharité, 2022). D'ailleurs, il est aussi mentionné dans le rapport de recherche du projet *Expériences Adoptions* que la porte d'entrée des services en santé mentale demeure majoritairement la 1^{re} ligne (Germain & Lacharité, 2022). Être sensible

à la réalité des familles adoptives et des enjeux de ces dernières sur le long terme et à différentes étapes de la vie d'une personne adoptée semble donc être une notion à laquelle les infirmiers de 1^{re} ligne devraient être sensibilisés pour bien comprendre les motifs de consultation de cette clientèle.

La famille – Sa place dans les soins infirmiers en 1^{re} ligne

Tout comme il été présenté dans la section résultats préalablement, les paragraphes suivants présenteront la discussion entourant le thème de la famille et de sa place dans la pratique infirmière en 1^{er} ligne en lien avec les résultats de recherche obtenus et les écrits scientifiques existants.

Faible présence des schémas de pensée entourant la famille

Il ressort des résultats de la présente étude que les participants évaluent les besoins des individus plutôt que ceux de la famille. Ils voient les besoins de la mère, du père, de l'enfant et du couple, mais pas ceux de la famille. Il semble toutefois que la notion de famille ne soit pas un enjeu uniquement dans le contexte d'adoption, mais plutôt en général dans les soins de 1^{re} ligne. Lacharité et Gagnier (2009, p. 184) rapportent que : « Dans une société qui promeut les valeurs individuelles, l'intégration d'une approche familiale aux services de 1^{re} ligne pose des défis particuliers tant pour les familles que pour les intervenants de la santé et des services sociaux. ». Toutefois, comme il est mentionné dans de nombreuses études et rapporté dans la revue de la littérature effectuée par Roach et al. (2023), les enjeux de santé physique et psychologique, ainsi que les défis développementaux des enfants adoptés à l'international, ont un effet sur tous les membres

de la famille, ce qui rend primordiale la prise en compte de la famille et des besoins de cette dernière. Comme le rappellent Germain et Esquivel (2019) dans leur article, les infirmières et infirmiers devraient avoir en tête que le contexte de l'adoption a des répercussions dans toutes les sphères familiales de la vie des familles adoptives. Donc, ne pouvant ignorer le rôle de la famille dans les soins de santé, comme plusieurs études antérieures l'ont déjà rapporté (Weihs et al., 2002), il apparaît important de poursuivre les recherches sur le sujet dans un futur rapproché. Il serait intéressant d'explorer la notion de famille dans le contexte des soins de 1^{re} ligne au Québec, autant pour les familles ayant adopté à l'international qu'auprès des familles en général. Il semble y avoir des informations importantes qui n'ont pas encore été explorées dans ce domaine et qui pourraient s'avérer pertinentes pour la pratique clinique en sciences infirmières. L'approche écologique utilisée comme cadre de référence dans la présente étude ainsi que par d'autres auteurs antérieurement comme Schweiger et O'Brien (2005) pourrait être une piste de départ pour soutenir les futures recherches en s'assurant d'avoir une vision systémique de la famille et des inter influences de cette dernière avec les autres systèmes.

Notion de « bon parent » dans les familles adoptives

Parmi les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude, il est ressorti dans le discours des participants des propos suggérant qu'avec les éléments présentés dans la vignette clinique, ils étaient en mesure de faire ressortir certains éléments des compétences parentales des parents présentés. Ils utilisaient la notion de « bon parent » qu'ils associaient avec des actions posées par les parents fictifs de la vignette. De plus, ils

faisaient pour plusieurs une distinction entre les soins qui étaient apportés par la mère et ceux apportés par le père. Bien que la parentalité ne soit pas un concept visé par la présente étude, il semble important de garder cet élément en considération dans la réflexion, puisqu'il amène l'étudiante-rechercheuse à se questionner sur les éléments ayant mené à ce type d'analyse chez les participants. Peu de temps après l'adoption, les familles peuvent facilement se sentir submergées par l'intégration d'une routine tout en essayant d'établir une relation d'attachement et de répondre à tous les besoins médicaux de l'enfant (Roach et al., 2023). Elles vivent un nombre incroyable de changements en peu de temps et bien qu'elles aient anticipé ce moment pendant des mois, voire des années, la situation ne représente pas pour autant un plus petit défi (Smit, 2010). Des études rapportent que les services en post-adoption sont des éléments clés pour la réussite de l'intégration de l'enfant adopté et de sa famille (Chicoine et al., 2012; Dhami et al., 2007; Mason & Narad, 2005; Miller et al., 2016). Il serait donc intéressant d'explorer davantage le sujet de la perception de la parentalité dans un contexte d'adoption internationale et d'explorer l'impact de l'adoption sur les interventions des infirmiers de 1^{re} ligne.

Questionnement des parents : indicateur de détresse parentale?

Devenir parent est une transition majeure dans la vie d'un individu qui apporte avec elle un grand lot de défis et de questionnements (Devault & Dubeau, 2012; McKellar et al., 2009). Devenir parent via l'adoption internationale apporte à cette expérience un lot de défis supplémentaires dans le quotidien (Germain et al., 2021). Les questionnements peuvent toucher une multitude d'éléments, que ce soit en lien avec l'état de santé de

l'enfant, son développement, son poids, sa taille, son sommeil, etc. (Chicoine et al., 2003). D'ailleurs, les écrits scientifiques actuels suggèrent que les enfants adoptés à l'international et leur famille sont plus susceptibles de consulter pour des soins de santé physique que la population générale (Smit, 2010).

Dans la présente étude, la vignette clinique présentée se voulait donc être une représentation d'exemples de questionnement que des parents pourraient avoir en lien avec l'état de santé d'un enfant adopté. Toutefois, ce questionnement qui pourrait sembler légitime en raison du contexte d'adoption internationale semblait être pour les participants des indices de détresse parentale. Il faut se rappeler ici que la recherche d'informations pour répondre à des questionnements en tant que parent permet d'avoir un certain sentiment de contrôle et d'augmenter la confiance en ses capacités (Svensson et al., 2006). La section « Adoption internationale » de l'ABCdaire encourage d'ailleurs des suivis et des évaluations médicales en post-adoption auprès des professionnels de la santé (Chicoine, 2014). Ceci vient supporter le type de questionnements que les parents de la vignette clinique soulèvent en plus des motifs de consultation pour les problématiques de santé aiguës présentées. En croisant ces écrits scientifiques et le discours des participants il est possible de se questionner à savoir s'il s'agit d'une méconnaissance de la réalité des familles adoptives en ce qui a trait à leurs besoins en matière de santé. Est-ce ce qui amène les participants à suggérer la présence de détresse ou s'il s'agit d'un tout autre phénomène?

Oui pour l'accompagnement, mais quel serait-il?

Dans le rapport du projet *Expériences Adoptions* (2022), il est mentionné que les parents avaient une retenue à parler de la santé de leur enfant aux intervenants parce qu'ils ne se sentaient pas nécessairement écoutés ou parce qu'ils avaient l'impression que les intervenants ne semblaient pas savoir comment gérer ces enjeux (Germain & Lacharité, 2022). Ce constat est en cohérence avec le discours des participants de la présente étude. Les participants nommaient un besoin d'accompagnement pour les familles adoptives, mais n'étaient pas en mesure de préciser le type d'accompagnement et par qui l'accompagnement devrait être fait. Une première étape afin d'identifier les interventions infirmière et l'accompagnement nécessaire des familles pourrait être de développer la recherche sur le rôle infirmier auprès de ces familles. C'est d'ailleurs en ce sens qu'une partie de la conclusion de la revue de littérature de Roach et al. (2023) abonde en nommant qu'il y a des lacunes dans la reconnaissance du rôle dans lequel l'infirmier contribue dans la prestation des soins aux enfants adoptés à l'international et ayant des problèmes de santé particuliers. De plus, selon ces mêmes auteurs, il faut des recherches supplémentaires afin de déterminer de quelle façon les infirmiers peuvent mieux soutenir les familles adoptives à travers la coordination des soins, l'éducation et le soutien émotionnel.

Le rôle infirmier – Actions et réactions

Tout comme il été présenté dans la section résultats préalablement, les paragraphes suivants présenteront la discussion entourant le thème du rôle infirmier en lien avec les résultats de recherche obtenus et les écrits scientifiques.

Mon rôle comme professionnel auprès d'eux : ai-je ma place?

En premier lieu, tout comme dans le discours des participants, il semble émerger dans les écrits scientifiques un besoin de poursuivre les études dans le domaine des sciences infirmières et de l'adoption internationale. En deuxième lieu, le rôle de l'infirmier de 1^{re} ligne auprès des familles semble aussi être un sujet qu'il serait pertinent d'explorer à plusieurs niveaux. Les participants ne semblaient pas percevoir leur rôle à proprement parler auprès des familles et nommaient souvent la référence à plusieurs autres professionnels qu'eux pour répondre aux besoins des familles.

Pourtant, les infirmiers rencontrent dans le cadre de leur prestation de soins de santé des personnes adoptées et des familles adoptives à plusieurs reprises, et ce, parfois sans même le savoir. Les recherches dans le domaine des sciences infirmières sur l'adoption internationale sont quasi inexistantes (Rykkje, 2007). L'article de Roach et al. (2023) présente la seule revue de littérature réalisée à ce jour au sujet de l'adoption internationale du point de vue du rôle infirmier dans la pratique auprès de la population d'enfants adoptés à l'internationale et leur famille adoptive. Puis, dans les écrits scientifiques, on retrouve aussi l'article de Germain et al. (2019) qui a été publié dans le but d'informer plus spécifiquement les infirmières de pédiatrie sur les besoins des familles ayant adopté à l'international compte tenu du rôle important que ces dernières ont dans le parcours des soins et des services auprès d'elles. On ajoute à ceci l'article de Rykkje (2007) traitant des soins infirmiers dans le cadre de la pratique en santé publique, plus particulièrement avec

les familles adoptives. Finalement, il y a aussi l'article de Narad et Mason (2004) porte sur les mythes et réalités entourant l'adoption internationale afin d'aider les infirmières de pédiatrie à démystifier les mythes pour éduquer et soutenir les parents en lien avec les préoccupations principales qu'ils peuvent avoir.

Parallèlement aux articles scientifiques, on retrouve dans le domaine de l'adoption au Québec, le livre *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)* rédigé par Chicoine et ses collègues en 2003, où le rôle de l'infirmière à la clinique de santé internationale du Centre Hospitalier Universitaire de Ste-Justine est présenté comme essentiel dans les soins des familles qui adoptent. On retrouve aussi dans le guide *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* de M. Wright et Leahy (2014) de nombreuses indications sur le rôle de l'infirmière auprès de la famille. On y affirme d'ailleurs que : « Au cours de leur évaluation et de leurs interventions, les infirmières ne doivent jamais négliger les liens qui existent entre la santé, la maladie et la famille » (p. 3).

À la lumière de ces faits et du discours des participants, il semble que la sensibilisation au rôle que les infirmiers peuvent jouer dans le cadre de leur pratique clinique représente un élément primordial à développer afin d'assurer des soins accessibles pour tous.

Référer : comment, quand, à qui et pourquoi le faire?

En lien avec le sous-thème présenté ci-dessus, il semble que la difficulté ou la confusion en lien avec le rôle de l'infirmier en 1^{ère} ligne auprès des familles ayant adopté à l'international et même auprès des familles en général amenait souvent les participants à nommer l'utilisation de la référence aux autres professionnels de la santé et des services sociaux comme intervention. L'absence de repères concrets dans leur pratique clinique semblait être la source de cette intervention. Certes, référer à un autre professionnel de la santé à la suite d'une évaluation infirmière est appropriée pour l'individu et la famille tant que cette intervention est la meilleure selon les besoins identifiés (OIIQ, 2016). D'ailleurs, Wright et Leahey (2014) mentionnent que les infirmières peuvent intervenir de nombreuses manières auprès des familles puisque leurs compétences, leurs habiletés et leur imagination leur sont propres.

Dans le discours des participants, il y avait une tendance à identifier l'utilisation de la référence vers un autre professionnel comme intervention. Toutefois, il semblait y avoir une ambiguïté sur les services vers lesquels ils orienteraient la famille et les motifs précis de la réorientation ou de la référence. Cela concorde donc partiellement avec les meilleures pratiques en sciences infirmières auprès des familles qui constituent à décider tout d'abord s'il y a lieu d'intervenir après l'évaluation et à ensuite prendre en considération la dynamique familiale, son propre niveau de compétences et les ressources dont les infirmiers disposent pour guider leur pratique (Wright & Leahey, 2014). Toutefois, le comportement des infirmiers de la présente étude pourrait être expliqué par

la tendance qu'auraient les infirmiers à définir l'étendue de leur pratique à partir des tâches qu'ils effectuent au quotidien dans leur pratique (Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008) au lieu de les définir en lien avec l'ensemble des fonctions et des responsabilités de leur rôle professionnel (Besner et al., 2005; Déry, 2013).

Tout comme Wright et Leahey (2014) le mentionnent, il est nécessaire de poursuivre les études sur les interventions destinées aux familles en général. Il semble qu'à la lumière des résultats obtenus dans la présente étude, il serait d'autant plus pertinent de s'intéresser aux interventions infirmières auprès des familles lors des soins de 1^{re} ligne en portant une attention plus particulière sur l'utilisation des références aux autres professionnels pour explorer s'il s'agit d'un phénomène fréquent ou isolé. Il faut aussi mentionner ici que le sous-thème identifié traite particulièrement de la référence à d'autres professionnels de soins dans le cadre de la pratique infirmière à titre d'intervention principale. Il va de soi que les soins auprès des familles adoptives à l'international sont indissociables de l'interdisciplinarité. D'ailleurs, l'importance et les bénéfices d'une équipe interdisciplinaire lors des soins de santé des enfants adoptés et de leur famille restent des éléments très présents dans les écrits scientifiques. Bien que les infirmiers ne soient pas nommés comme membres de l'équipe soignante dans les écrits, il semble difficile de concevoir ces soins de santé sans la participation des infirmiers (Cochran et al., 2014; Emery et al., 2020; Jones & Schulte, 2019; Miller et al., 2016; Roach et al., 2023). Une méconnaissance et une ambiguïté de l'étendue de la pratique infirmière au sein des équipes professionnelles semblent d'ailleurs être un facteur important à explorer

davantage dans de futures études. Il semble que ce facteur ait un impact important sur le rôle et la place des infirmiers au sein de l'équipe de soins (Déry et al., 2016; Dubois et al., 2012)

Des outils, oui s'il vous plaît!

Dans leur quotidien auprès des familles, les infirmiers sont exposés à la complexité et au caractère unique des familles qu'ils rencontrent (Wright & Leahey, 2014). L'adoption a des impacts sur les besoins de l'enfant adopté et sa famille tout au long de sa vie. Cela fait en sorte qu'ils nécessitent un soutien des professionnels de la santé à différentes étapes (Roach et al., 2023). D'ailleurs les participants de l'étude ont fait mention de la nécessité d'avoir des outils pour bien exercer leur rôle auprès de ces familles. Les répondants identifiaient le besoin d'outils qui pourraient leur permettre de répondre aux besoins des familles selon ce qu'ils percevaient auprès de ces dernières comme étant dans leur champs de pratique. Par exemple, ils nommaient le besoin d'outils pour la vaccination ou d'avoir des informations sur les pathologies relatives au pays d'origine de l'enfant. Ce besoin semble concorder avec ce que rapportent Wright et Leahey (2014) en disant :

Bien que les travaux de recherche qui décrivent les réactions des familles en bonne santé ou qui doivent composer avec une maladie puissent leur être utiles, ces infirmières effectuent leurs interventions dans le feu de l'action, et veulent d'abord et avant tout acquérir des habiletés concrètes qui puissent leur servir auprès des familles (p. 12).

Ce qui est intéressant, c'est que le besoin d'outils nommés par les participants de la présente étude correspond à ce qui a aussi été soulevé comme constat dans l'étude de

l'équipe *Expériences Adoptions*. Dans cette étude réalisée au Québec de 2019 à 2022, il a été soulevé comme piste de solution aux besoins de ressources et d'outils pour les intervenants, de développer des outils de transfert de connaissances permettant de faire des liens entre le milieu de l'adoption, les milieux de santé, le milieu social, le milieu de l'éducation et du communautaire (Germain & Lacharité, 2022). Il a aussi été proposé d'ajouter une adaptation des services actuels déjà offerts aux familles en y ajoutant des informations pertinentes en lien avec l'adoption et de mettre en lien les services de 1^{re} ligne avec les pôles d'excellence en adoption internationale (Germain & Lacharité, 2022). Il semble donc que le besoin d'outils pour accompagner les infirmiers de 1^{re} ligne dans leur pratique clinique pour répondre aux besoins des familles québécoises ayant adopté à l'international soit fondé. Il serait d'ailleurs pertinent d'explorer comment la sensibilisation des intervenants aux réalités de l'adoption internationale pourrait modifier le type d'outils qu'ils aimeraient posséder pour les aider dans leur pratique clinique.

Le raisonnement clinique infirmier

Tout comme il a été présenté dans la section résultats préalablement, les paragraphes suivants présenteront la discussion entourant le thème du raisonnement clinique infirmier en lien avec les résultats de recherche obtenus et les écrits scientifiques existants.

D'où découlent les connaissances sur la réalité de l'adoption internationale

Les connaissances en sciences infirmières regroupent différents savoirs, utiles et significatifs qui permettent aux infirmiers d'avoir une compréhension des situations

clinique et d'établir un plan dans le processus de soins des patients (Reed & Lawrence, 2008). Ce sont ces savoirs, qui sont bâtis à partir des connaissances théoriques et expérientielles, qui permettent le développement et la pratique professionnelle des infirmiers (Reed & Lawrence, 2008). D'ailleurs, dans le mémoire présentant les états généraux intitulé *Profession infirmière : une vision pour un avenir en santé* publié par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2021, il est indiqué que :

Ce sont ces connaissances scientifiques et ces compétences acquises lors de leur formation initiale et dans leur pratique clinique qui amènent l'infirmière et l'infirmier à exercer un jugement critique, d'être en mesure de prendre les décisions sur la base de leur évaluation et de faire preuve d'un leadership tout au long de la trajectoire de soins. La formation qui les prépare à exercer leur profession revêt donc un caractère majeur, puisqu'elle détermine les connaissances et les compétences à exercer de façon professionnelle et sécuritaire (p. 9).

En ayant en tête ces notions en ce qui a trait aux connaissances en sciences infirmières ainsi que leur rôle pour la pratique clinique, il est intéressant de discuter de ce que les participants ont rapportés sur leurs connaissances en lien avec leurs perceptions des besoins des familles québécoises ayant adopté à l'international. Les participants ont exprimé avoir peu de connaissances sur l'adoption internationale. Ils ont aussi nommé que les sources de leurs connaissances provenaient majoritairement des médias plutôt que de leur formation académique ou clinique. Certains ont expliqués qu'ils avaient fait leurs propres démarches pour obtenir les informations qu'ils détiennent actuellement sur l'adoption. La grande majorité des infirmiers de l'étude ont nommé ne pas avoir eu de formation durant leur parcours scolaire, et ce, que ce soit d'un parcours collégial, d'une combinaison du parcours collégial et universitaire (DEC-BAC) ou de la formation initiale (Baccalauréat en sciences infirmières). Ils ont aussi mentionnés que les formations reçus

en milieu de travail n’abordaient pas l’adoption internationale. Ils ajoutaient aussi que dans les répertoires d’informations auxquels ils ont accès dans leur milieu de travail, les informations sur l’adoption internationale n’étaient pas disponible non plus.

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus auprès des professionnels de la santé et des services sociaux dans le cadre du projet *Expériences Adoptions*. Dans ce projet, les professionnels expliquaient n’avoir eu aucune formation en lien avec l’adoption internationale et que pour appuyer leur travail lorsqu’elles étaient en contact avec des familles adoptives, elles utilisaient les livres, les articles ou des rapports du congrès sur le sujet (Germain & Lacharité, 2022). Il en a résulté dans les recommandations émises par l’équipe de recherche la nécessité de sensibiliser les intervenants dans les différents secteurs de soins et de services (Germain & Lacharité, 2022).

Le fait d’être plus sensible aux expériences vécues par les familles qui adoptent à l’international pourrait aider à la compréhension de leur réalité et faciliter les demandes d’aide (Germain & Lacharité, 2022). D’ailleurs, cette proposition de sensibiliser pour augmenter les connaissances des infirmiers sur l’adoption internationale semble d’autant plus pertinente en raison des constats de l’étude de Rykkje (2007) au Danemark. Dans cette étude qui a été réalisée auprès de 13 familles ayant adopté à l’international, il a été soulevé que le manque de connaissances était un obstacle en soi lors des demandes d’aide aux infirmières. Il ressort de l’étude que lorsque les parents ayant adopté constataient que les infirmières qu’ils rencontraient connaissaient moins bien l’adoption qu’eux, ils étaient

plus hésitants à aller chercher de l'aide. On peut donc conclure qu'il est important de sensibiliser les infirmiers de 1^{re} ligne à la réalité des familles adoptant à l'international pour leur permettre d'avoir des connaissances de base sur lesquelles fonder leur raisonnement clinique dans leur pratique.

Accès aux réflexions cliniques

La complexification des besoins en matière de santé dans la population fait désormais partie de la réalité quotidienne des infirmiers (OIIQ, 2021). On estime que les infirmiers doivent faire preuve d'une autonomie professionnelle dans leur pratique en utilisant leur expertise clinique et leur esprit critique, scientifique et innovant (OIIQ, 2021). Il va sans dire que la pratique auprès des familles ayant adopté à l'international présentant une augmentation des besoins spéciaux chez les enfants en termes de santé depuis quelques années en fait partie (Brodzinsky, 2011; Dartiguenave, 2012).

Les infirmiers utilisent le raisonnement clinique pour évaluer et répondre aux besoins de leur clientèle. Il en va de même pour répondre aux besoins des familles adoptives. Selon la définition de Tanner (2006), le raisonnement clinique est un processus par lequel les infirmiers portent des jugements sur une situation. Celui-ci comprend la confrontation des hypothèses aux données probantes et le choix de ce qui est le plus approprié. Il fait aussi appel au raisonnement pratique et à l'intuition. Il comprend quatre étapes, soit (1) le constat; (2) l'interprétation; (3) la réaction; et (4) la réflexion (Tanner, 2006). Il serait

influencé par le contexte, l'expérience personnelle et professionnelle de l'infirmier et la relation de celui-ci avec le patient (Tanner, 2006).

Dans le présent projet de recherche, un accès aux réflexions cliniques des infirmiers semblait émerger du discours. Les participants étaient en mesure de discuter ouvertement du constat qu'ils avaient de leurs connaissances sur la situation clinique présentée, dans la vignette par exemple, et sur les soins en lien avec l'adoption internationale aussi. Ils exprimaient leur interprétation de la situation clinique tout en partageant leurs multiples réactions, questionnements et réflexions sur la situation. Il était possible de voir leur raisonnement progresser et même de voir qu'ils étaient en mesure de proposer des pistes de solution pour les aider dans leur pratique clinique à la suite de leurs réflexions.

Il était impressionnant de constater comment leurs réflexions cliniques au fil des entretiens, comment ils organisaient les nouvelles informations, les nouveaux constats, les nouvelles hypothèses et les nouvelles interrogations qu'ils avaient à travers leur raisonnement. D'ailleurs, plusieurs auteurs disent qu'au-delà de la somme des connaissances, c'est l'organisation de ces connaissances qui permet d'avoir un raisonnement clinique qui soit efficace et performant (Chapados et al., 2014; Charlin, 2001; Elstein & Schwart, 2000; Norman, 2006).

Un élément qui a retenu l'attention de l'étudiante-rechercheuse et de sa directrice de maitrise quant aux réflexions cliniques des infirmiers dans le présent projet était l'effet de

l'utilisation de la vignette clinique dans le discours de ces derniers. La situation de soins décrite dans la vignette clinique donnait des repères aux infirmiers, ce qui leur permettait de développer et de décrire leur réflexion sur la perception des besoins des familles qui adoptent via la filière de l'adoption internationale. Il était intéressant de voir que ce n'était pas uniquement en lien avec le cas clinique présenté que les participants décrivaient leur raisonnement, mais aussi en lien avec l'adoption internationale en général par la suite. Comme il a été mentionné précédemment, les participants étaient en mesure de développer leur pensée du général au spécifique soit à partir du concept d'individu, puis de famille et finalement des individus au sein d'une famille ayant adopté. Ce constat semble être une piste pour le développement sur le plan de l'enseignement et la formation des infirmiers de 1^{re} ligne sur la réalité des familles adoptant à l'international et leurs besoins.

Les écrits scientifiques indiquent d'ailleurs plusieurs points positifs à l'utilisation de cette stratégie d'enseignement et d'apprentissages, car elle permet de mobiliser différents savoirs infirmiers (Bélanger & Cohen, 2021). Elle permet aussi à l'infirmier qui apprend à être conscient de son rôle en tant que professionnel et de bien appréhender la complexité que peuvent avoir les situations cliniques requérant leurs soins (Bélanger & Cohen, 2021). La vignette permet aussi de faire des apprentissages plus en profondeur, car l'infirmier cherche à comprendre ce qui ressort de la situation pour faire des liens entre la théorie et la pratique (Bélanger & Cohen, 2021; Fullan et al., 2018; Ramsden, 2003). À la lumière de ces faits, il paraît pertinent de prendre en compte la possibilité d'utiliser les vignettes de cas clinique pour l'enseignement et la formation des infirmiers dans le contexte de

l'adoption internationale et même pour d'autres contextes de situations où les soins peuvent s'avérer plus complexes.

Limites de l'étude

La présente étude expose certaines limites qui seront présentées dans les paragraphes suivants. Le premier biais qu'il faut prendre en considération se situe au niveau de la taille de l'échantillon qui est relativement petite ($N = 10$). Le petit échantillon fait en sorte que les résultats ne sont pas transférables à l'ensemble de la population à l'étude. Toutefois, la présente étude est un point de départ qui permettra de poursuivre les recherches sur le sujet. Elle permet de mieux comprendre et de documenter pour la première fois la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins de familles québécoises qui adoptent via la filière de l'adoption internationale.

L'objectif initial de recrutement était de 12 participants, dont six participants dans le groupe n'ayant jamais eu de contact avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel et six participants dans le groupe ayant eu au moins un contact avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel. L'échantillon final comprenait six participants dans le groupe avec contact et quatre participants dans le groupe sans contact. Compte tenu du contexte de la pandémie de COVID-19 durant lequel s'est déroulé le recrutement, mais aussi de la saturation des données obtenues au cours de ces entretiens, l'étudiante-rechercheuse était très satisfaite de l'échantillon obtenu pour la présente recherche qualitative. Le contexte des mesures sanitaires en place au Québec durant le recrutement a mené à des

modifications dans la méthodologie, puisque les entretiens ont dû être réalisés à distance via téléphone.

Une deuxième limite concerne le titre professionnel de l'étudiante-rechercheuse et son domaine d'intérêt en recherche. L'étudiante-rechercheuse a fait preuve de prudence en lien avec son approche durant le recrutement et les entretiens. Elle a tenté d'être le plus neutre possible lors de l'analyse des résultats.

Finalement, les participants de l'étude provenaient tous de régions et aucun ne provenait de grands centres où il y a des cliniques en adoption spécialisée comme à Montréal par exemple. Il se peut donc que cela ait eu une incidence sur les résultats obtenus.

Retombées de l'étude

À la suite de la présente étude, il est possible d'identifier plusieurs retombées et éléments de réflexion dans le but d'améliorer l'accompagnement des intervenants de 1^{re} ligne dans leur formation et leur pratique auprès des familles québécoises adoptant via la filière de l'adoption internationale tout en améliorant les soins et services offerts à ces familles. Ces recommandations sont formulées sur le plan de trois volets, soit le volet clinique, le volet enseignement et le volet recherche, sous forme de pistes de réflexion.

Pistes de réflexion pour le volet clinique

Sur le plan du volet clinique, les infirmiers de 1^{re} ligne ont démontré qu'ils ont un intérêt à avoir des connaissances globales plus approfondies sur la réalité des familles adoptives et les services qui leur sont offerts ou une sensibilisation sur le sujet. Ils ont aussi démontré une grande créativité dans leurs propos en allant dans des propositions de services qui, selon eux, pourraient être pertinents pour leur pratique clinique et surtout pour les soins et services offerts aux familles. Les résultats de la présente étude ne sont pas suffisants pour procéder à l'élaboration d'un plan ou d'une liste d'interventions précises permettant de répondre aux besoins au plan clinique nommés par les participants, mais ils permettent de débuter une réflexion sur les moyens d'amorcer une démarche en ce sens.

Il ressort aussi des résultats qu'il y aurait place à une sensibilisation à faire auprès des infirmiers de 1^{re} ligne en lien avec le rôle qu'ils peuvent jouer auprès des familles, des enfants et des adolescents. Il semble y avoir un défi qui dépasse le cadre unique lié à l'adoption internationale et qui touche les familles en général au point de vue systémique. Ce serait donc une amorce prioritaire pour ensuite aborder les enjeux de l'adoption dans la pratique clinique de 1^{re} ligne (Urgence, CLSC, GMF).

Pistes de réflexion pour le volet enseignement

Dans le présent projet, plusieurs éléments ressortent au point de vue de l'enseignement. Tout d'abord, au niveau de la pédiatrie, il semble y avoir un besoin en ce

qui a trait à la formation liée à cette clientèle dans le cadre de soins en 1^{re} ligne autant dans le contexte de formation initiale que la formation continue pour permettre aux infirmiers d'être en mesure de mettre en pratique les apprentissages. La majorité des infirmiers voient des enfants au quotidien dans le cadre de leur fonction en 1^{er} ligne. Il semble important qu'ils aient des connaissances sur leur rôle auprès d'eux ainsi que des connaissances sur les soins qui sont adaptés à eux et à leur âge.

Ensuite, en ce qui a trait à la famille, il serait essentiel que cette dernière soit présentée lors de l'enseignement sur la prestation des soins de santé, et ce, dans chaque domaine de soins enseignés durant le parcours scolaire des infirmiers. Par exemple, dans le cadre d'un cours de soins d'urgence, il serait pertinent de former les futurs professionnels sur les besoins que les familles accompagnant les patients peuvent avoir dans ces situations et comment interagir, dialoguer, enseigner, rassurer et parfois encadrer les familles. La famille est un élément clé et doit être vue de manière systémique dans le cadre de l'enseignement et de l'application des soins en sciences infirmières (Charron, 2012). De plus, il ne s'agit pas seulement de connaitre la notion de système dans la famille, mais aussi d'être en mesure de savoir comment l'appliquer dans la pratique infirmière au quotidien.

Il est essentiel que tous les infirmiers œuvrant en 1^{re} ligne et dans les autres milieux soient sensibilisés à la famille. Cette dernière est toujours présente et importante dans le cadre des soins. Par exemple, les infirmiers de 1^{ère} lignes doivent être en mesure d'adapter

leur pratique aux enfants et à leur famille pour être ensuite en mesure d'adapter celles-ci aux familles en contexte d'adoption internationale.

Aussi, il est ressort de la présente étude le besoin de sensibilisation au plan de l'adoption internationale. Il s'agit d'une réalité qui touche plusieurs individus et plusieurs familles. Avoir une sensibilité sur le sujet ou des connaissances générales qui proviendraient majoritairement de l'enseignement reçu et non des médias ou des expériences personnelles permettrait aux futurs professionnels d'être plus outillés dans le cadre de leur travail et de leur approche auprès de ces familles adoptives.

Finalement, l'utilisation de la vignette clinique s'est avérée très formatrice durant la présente étude. Il semble que la vignette permette de mettre en contexte les connaissances, les apprentissages et le raisonnement infirmier. Ce type d'outils pourrait être pertinent pour accompagner l'enseignement et la formation des étudiants en sciences infirmières sur les éléments qui viennent d'être présentés et peut-être même pour plusieurs autres réalités associées aux différents contextes de soins.

Pistes de réflexion pour le volet recherche

Sur le plan de la recherche, comme il a été mentionné au début dans les chapitres précédents, il ne semble pas exister d'étude similaire à celle qui a été réalisée dans la présente recherche. Il semble donc très pertinent, à la lumière des résultats obtenus, de poursuivre les études sur le sujet dans un avenir rapproché. Des recherches pourraient être

bénéfiques pour les familles adoptives, les infirmiers et les infirmières en général provenant de milieux tels que la 1^{er} ligne, la santé scolaire, la santé mentale, les équipes de recherche en adoptions internationales, les établissements d'enseignement et même aux les établissements de soins et de services de santé. De plus, pour les professionnels de la santé, il reste beaucoup d'informations à découvrir en lien avec les soins et les services des familles québécoises qui adoptent à l'international. Par ailleurs, plusieurs études pourraient aussi être faites en lien avec le rôle des infirmiers de 1^{re} ligne auprès de diverses clientèles ou même en lien avec les méthodes d'enseignement en référence à la pratique clinique dans le contexte de soins prodigués aux enfants adoptés et à leur famille.

Chapitre 6

Conclusion

NOMBREUSES SONT LES FAMILLES QUÉBÉCOISES FORMÉES PAR LES PARENTS ET LES ENFANTS ISSUS DE L'ADOPTION INTERNATIONALE (GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2019). AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES, L'ADOPTION INTERNATIONALE A FAIT FACE À DE NOMBREUX CHANGEMENTS AUX PLANS POLITIQUE, SOCIAL, ÉCONOMIQUE ET LÉGISLATIF (GERMAIN & ESQUIVEL, 2019). CES CHANGEMENTS ONT APPORTÉ UNE AUGMENTATION DES BESOINS DES FAMILLES ADOPТИVES, ET CE, PARTICULIÈREMENT DANS LE DOMAINÉ DE LA SANTÉ (BRODZINSKY, 2011; DARTIGUENAVE, 2012; GERMAIN & ESQUIVEL, 2019; ROACH ET AL., 2023). AU QUÉBEC, L'ÉTUDE DU PROJET *Expériences Adoptions* A D'AILLEURS PERMIS DE CONSTATER QUE LES ENFANTS QUI SONT ADOPTEΣ À L'INTERNATIONAL ÉTAIENT SUSCEPTIBLES DE PRÉSENTER DES PROBLÈMES DE SANTÉ SIMILAIRES À CEUX RENCONTRÉS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE, MAIS À UNE FRÉQUENCE PLUS ÉLEVÉE TOUT EN PRÉSENTANT PLUSIEURS AUTRES PROBLÈMES MOINS RÉPANDUS DANS LA POPULATION (GERMAIN & LACHARITÉ, 2022). IL A AUSSI ÉTÉ RAPPORTÉ QUE LES PARENTS MENTIONNAIENT LA COMPLEXITÉ D'OBTENIR ACCÈS À DES SERVICES SURTOUT POUR LES FAMILLES QUI N'AVAIENT PAS UN MéDECIN DE FAMILLE OU UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE POUR LEUR ENFANT ADOPTE, ET CE, AUTANT AU PUBLIC QU'AU PRIVÉ (GERMAIN & LACHARITÉ, 2022). CE PROBLÈME ÉTAIT D'AILLEURS EXACERBÉ POUR LES SERVICES EN RÉGION (GERMAIN & LACHARITÉ, 2022). PARALLÈLEMENT, IL FAUT GARDER EN TÊTE QUE LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES ACTUELS RAPPORTENT QUE LES SERVICES EN POST-ADOPTION ONT UN RÔLE CLÉ À JOUER POUR PERMETTRE UNE BONNE INTÉGRATION DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE (CHICOINE ET AL., 2012; DHAMI ET AL., 2007; MASON & NARAD, 2005; MILLER ET AL., 2016) ET QUE CES SERVICES ONT AUSSI UN RÔLE IMPORTANT POUR ÉVITER LES RISQUES DE RUPTURE D'ADOPTION (GERMAIN & LACHARITÉ, 2022; JEANNIN, 2017).

La présente étude qualitative descriptive avait pour but d'explorer la perception des infirmiers de 1^{re} ligne sur les besoins des familles québécoises qui adoptent via la filière de l'adoption internationale. Les écrits scientifiques rapportent très peu d'études sur le sujet (Rykkje, 2007), et ce, plus particulièrement en ce qui a trait aux sciences infirmières (Roach et al., 2023). La présente étude se voulait d'autant plus pertinente pour le domaine de la recherche. Prenant le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979) à titre de cadre de référence, cette étude a été réalisée auprès de dix infirmiers de 1^{re} ligne du Centre-du-Québec. Les données ont été collectés par une entrevue semi-structurée, une vignette clinique et une fiche d'informations sociodémographiques.

L'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2016) a été utilisée et a permis de faire ressortir quatre grands thèmes principaux à travers les résultats qui sont les suivants :

- (1) Les connaissances – Du général au spécifique
- (2) La famille – Sa place dans les soins infirmiers en 1^{re} ligne
- (3) Le rôle infirmier – Actions et réactions
- (4) Le raisonnement clinique infirmier

Chacun de ces thèmes regroupait aussi des sous-thèmes apportant des précisions sur les constats observés dans le discours des participants. L'approche écologique de Bronfenbrenner (1979) a permis à l'étudiante-rechercheuse de conserver une vision systémique de la famille à travers la méthodologie et l'analyse des résultats de recherche. Les résultats de la présente étude ont permis à l'étudiante-rechercheuse d'identifier un

besoin de sensibiliser les infirmiers de 1^{re} ligne sur la réalité des familles ayant adopté à l'international et l'effet que cette réalité a sur leurs besoins en matière de santé physique, mentale et psychosociale.

Il ressort aussi un besoin et un intérêt pour des connaissances globales sur l'adoption internationale auprès des infirmiers de 1^{re} ligne. D'ailleurs, leur besoin de connaissances ne semble pas s'arrêter uniquement sur ce qui concerne les familles adoptant à l'international, mais aussi sur la pratique infirmière auprès des familles et de la clientèle pédiatrique en général, sans oublier les adolescents.

Les résultats de l'étude ont aussi mis en lumière un besoin d'explorer pour les futures études la perception du rôle des infirmiers dans le cadre de leur pratique auprès des familles et des enfants en contexte de 1^{re} ligne via la filière de l'adoption internationale, mais aussi dans un contexte général. Un désir d'être outillé adéquatement pour exercer le rôle infirmier selon les besoins identifiés par l'évaluation des besoins des familles adoptives ressort aussi.

Finalement, l'accès privilégiés aux réflexions cliniques des infirmiers de 1^{re} ligne dans la présente étude a permis à l'étudiante-rechercheuse de voir l'impact potentiel que l'utilisation d'une vignette clinique peut avoir dans l'exploration du raisonnement infirmier dans le cadre de la recherche. Ce constat permet d'ailleurs de suggérer que des études sur les moyens de sensibiliser les infirmiers de 1^{re} ligne pourraient être faites en se

basant sur l'enseignement et la formation à partir d'utilisation de stratégies d'apprentissage comprenant les études de cas via les vignettes cliniques.

La pratique clinique en sciences infirmières auprès des familles québécoises adoptant via la filière de l'adoption internationale reste encore à étudier sous plusieurs angles. Les domaines de la recherche, de la pratique clinique et de l'enseignement doivent être mis en collaboration pour favoriser les soins auprès de ces familles dans le quotidien, mais aussi pour soutenir adéquatement les futurs infirmiers de 1^{re} ligne ainsi que ceux qui le sont actuellement. Il faut garder en tête que les enfants adoptés à l'international aujourd'hui deviendront des adolescents, des adultes et puis des ainés et que nous devons en tant qu'infirmier être en mesure de leur donner les meilleurs soins de santé possibles tout au long de leur trajectoire de vie, ainsi qu'à la famille qui les entoure.

Références

- Aldersey, H. M., Chinh Huynh, D., & Whitley, R. (2016). A systematic examination of the nature and content of vignettes in schizophrenia research. *Journal of Mental Health*, 25(3), 189-196. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057325>
- André-Trévennec, G., & Lebrault, M. (2017). Adoption internationale. Tendances à travers 3 enquêtes réalisées par l'OAA Médecins du Monde auprès de parents adoptants entre 1990 et 2012. Que retenir pour l'accompagnement des enfants « besoins spéciaux » et prévenir les ruptures du lien parent-enfant?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 65(4), 225-244. <https://doi.org/10.1016/J.NEURENF.2017.02.002>
- Archambault, H. (2019, 10 juillet). *Épuisement, retraite hâtive, changement de carrière : trop de départs dans les hôpitaux*. Le journal de Montréal.
- Asbil, G., Vandoorne, C., & Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain : Réflexion et action pour la Promotion de la santé* [Thèse de doctorat inédite]. Université Liège, Belgique.
- Askeland, K. G., Hysing, M., La Greca, A. M., Aarø, L. E., Tell, G. S., & Sivertsen, B. (2017). Mental health in internationally adopted adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(3), 203-213. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.009>
- Baden, A. L., Gibbons, J. L., Wilson, S. L., & McGinnis, H. (2013). International adoption: Counseling and the adoption triad. *Adoption Quarterly*, 16(3-4), 218-237. <https://doi.org/10.1080/10926755.2013.794440>
- Barter, C., & Renold, E. (1999). The use of vignettes in qualitative research. *Social Research Update: Departement of Sociology of Surrey*, 25.
- Barth, R. P., & Miller, J. M. (2000). Building effective post-adoption services: What is the empirical foundation. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 49(4), 447-455. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00447.x>
- Bélanger, L., & Cohen, C. (2021). Les stratégies d'apprentissage et d'enseignement requises pour mobiliser les savoirs infirmiers : constats et réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 18(1), 26-36. <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/wp-content/uploads/2023/01/BelangeretCohen2021RevueInfClinicienneVol18no1pp26-36.pdf>

- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407. <https://doi.org/10.1097/00000446-198282030-00004>
- Benner, P. (1995). *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Inter Éditions.
- Bergsund, H. B., Drozd, F., Hansen, M. B., & Jacobsen, H. (2018). Pre-adoption training: Experiences and recommendations from adoptive parents and course trainers. *Children and Youth Services Review*, 95(1), 282-289. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.11.008>
- Besner, J., Doran, D., McGillis, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., Morrisson, J., & Watson, L. (2005). A systemic approach to maximizing nursing scopes of practice. *Alberta RN*, 62(1), 14-15.
- Blanchette, M., Le May, S., & Desjardin, S. (2021). Formation continue sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique pour les infirmières d'urgence générale. *Soins d'urgence*, 2(1), 41-50. <https://doi.org/10.1866/23875>
- Bledsoe, J. M., & Johnston, B. D. (2004). Preparing families for international adoption. *Pediatrics in Review*, 25(7), 242-250. <https://doi.org/10.1542/pir.25-7-242>
- Borozny, K. (2015). Development and evaluation of a training program to increase knowledge and understanding of international adoptee issues in clinical psychology doctoral students [ProQuest Information & Learning]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 76(3-B(E)).
- Bouchard, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. *Service social*, 36 (2-3), 454-477. <https://doi.org/10.7202/706373ar>
- Bradshaw, S., Bem, D., Shaw, K., Taylor, B., Chiswell, C., Salama, M., Bassette, E., Kaur, G., & Cummins, C. (2019). Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity – a scoping review. *BMC Pediatrics*, 19(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1648-7>
- Brodzinsky, D. M. (2011). Children's understanding of adoption: Developmental and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(2), 200-207. <https://doi.org/10.1037/a0022415>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *American Psychological Association*, 22(6), 723-742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>.

- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage Publications.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6^e éd.). Saunders Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.03.009>
- Chapados, C., Audétat, M.-C., & Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11(1), 37-40.
- Charlin, B. (2001). Le raisonnement clinique, quelques données issues de la recherche. *Pédagogie médicale*, 2(1), 5-6. <https://doi.org/10.1051/pmed:2001014>
- Charron, D. (2012). Approche systémique familiale. Dans M. Formarier (Éd), *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd., pp.75-79). Assoiation de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0075>
- Chicoine, J.-F. (2014). Adoption internationale. ABCdaire suivi collaboratif des 0 à 5 ans. <https://enseignement.chusj.org/ENSEIGNEMENT/files/a1/a1d2f2cb-1c01-4cfb-8fb2-0347edb8377b.pdf>
- Chicoine, J.-F., Germain, P., & Lemieux, J., (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*. Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Chicoine, J.-F., Germain, P., & Lemieux, J. (2012). Adoption internationale, familles et enfants dits « à besoins spéciaux ». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 49(2), 155-183. <https://doi.org/10.3917/ctf.049.0155>
- Cochran, M. E., Nelson, K. R., & Robin, N. H. (2014). International adoption of children with birth defects: Current knowledge and areas for further research. *Current Opinion in Pediatrics*, 26(6), 621-625. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000144>
- Collard, C. (1988). Enfants de Dieu, enfants du péché: anthropologie des crèches québécoises de 1900 à 1960. *Anthropologies et sociétés*, 12(2), 97-123. <https://doi.org/10.7202/015025ar>
- Convention de La Haye de droit international privé. (2018). *Convention de La Haye de 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale : 25 ans de protection des enfants dans le cadre de l'adoption internationale : 1993-2018*. <https://assets.hcch.net/docs/17776d93-9f84-4eb2-8849-2de497588529.pdf>

- Creswell, J.W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Sage Publications.
- Dartiguenave, C. (2012). Adoption internationale : évolution des risques de santé chez les enfants. *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 105(2), 109-114. <https://doi.org/10.1007/s13149-012-0215-3>
- Dekker, M. C., Tieman, W., Vinke, A. G., van der Ende, J., Verhulst, F. C., & Juffer, F. (2017). Mental health problems of Dutch young adult domestic adoptees compared to non-adopted peers and international adoptees. *International Social Work*, 60(5), 1201-1217. <https://doi.org/10.1177/0020872816651699>
- Déry, J. (2013). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Montréal, QC.
- Déry, J., Clarke, S. P., D'amour, D., & Blais, R. (2016). Education and role title as predictor of enacted (actual) scope of practice in generalist nurses in a pediatric academic health science center. *The Journal of Nursing Administration*, 46(5), 265-270. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000341>
- Devault, A., & Dubeau, D. (2012). La transition à la paternité. Dans F. de Montigny, A Devault, & C. Gervais (Éds), *La naissance de la famille. Accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp. 20-35). Chenelière Éducation
- Dhami, M. K., Mandel, D. R., & Sothman, K. (2007). An evaluation of post-adoption services. *Children and Youth Services Review*, 29(2), 162-179. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.06.003>
- Dubois, C-A., D'amour, D., Tchouaket, É., Rivard, M., Clarke, S. & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BCM Health Services Research*, 12(1), 286-300. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-286>
- Eanes, A. Y., & Fletcher, A. C. (2006). Factors associated with perceived parenting competence among special needs adoptive mothers. *Families in Society*, 87(2), 249-258. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3518>
- Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Raaska, H., & Lapinleimu, H. (2018). The network structure of childhood psychopathology in international adoptees. *Journal of Child & Family Studies*, 27(7), 2161-2170. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1046-z>

- Elstein, A., & Schwartz, A. (2000). Clinical reasoning in medicine. Dans J. Higgs, G. M. Jensen, S. Loftus, & N. Christensen (Éds), *Clinical reasoning in the Health Professions* (2^e éd., pp. 95-106). Butterworth-Heinemann-Elsevier.
- Emery, A., von Spiegel, J., Sayer, R., Khandaker, N., & Anderman, L. (2020). Parent perspectives on schooling experiences of internationally adopted youth with disabilities. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 25(2), 1-15. <https://doi.org/10.18666/ldmj-2020-v25-i2-10473>
- Esquivel, A. M. (2021). *Étude exploratoire sur l'expérience affective parentale dans les cas des adoptions internationales lors du séisme en Haïti de 2010* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Foli, K. J., & Gibson, G. C. (2011). Training ‘adoption smart’ professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 463-467. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01715.x>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation.
- Fullan, M., Quinn, J., & McEachen, J. (2018). *L'apprentissage en profondeur : s'ouvrir au monde, changer le monde*. Presses de l'Université du Québec.
- Germain, P., & Esquivel, A. (2019). The importance of nursing support for families with international adoptees. *Journal of Pediatric Nursing*, 46(1), 124-125. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.007>
- Germain, P., Esquivel, A., & Brault, R. (2021). *Se bricoler une famille : incursion dans le monde de la recherche en adoption*. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1910/O0003692570_LesCahiersDuCEIDEF_vol_8.pdf
- Germain, P., & Lacharité, C. (2022). *Expériences Adoptions : Mieux connaître l'expérience des familles et des personnes adoptées en matière de santé, de soins et de services afin de soutenir le développement du plein potentiel des personnes et de prévenir les ruptures du lien parent-enfant*. Rapport de recherche. CEIDEF.
- Goldman, M. P., Wong, A. H., Bhatnagar, A., Emerson, B. L., Brown, L. L., & Auerbach, M. A. (2018). Providers’ perceptions of caring for pediatric patients in community hospital emergency departments: A mixed-methods analysis. *Academic Emergency Medicine*, 25(12), 1385-1395. <https://doi.org/10.1111/acem.13509>
- Gonzales, L., Davidoff, K. C., Nadal, K. L., et al. (2015). Microaggressions experienced by persons with mental illnesses: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 234-241. <https://doi.org/10.1037/prj0000096>

- Goubau, D., & O'Neill, C. (1997). L'adoption, l'Église et l'État : les origines tumultueuses d'une institution légale. *Les Cahiers de droit*, 38(4), 769-804. <https://doi.org/10.7202/043465ar>
- Gouvernement du Québec. (2000). *Les solutions émergentes*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2011). *Guide d'intervention en adoption internationale*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-116-02F.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2019). *Plan d'action 2019-2024 – Bâtir le futur ensemble. Secrétariat à l'adoption internationale*. Direction des communications du ministère de la Santé et de Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-116-09W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2020). *L'adoption internationale au Québec. Statistiques 2019*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-116-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2022). *L'adoption internationale au Québec. Statistiques 2021*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-116-03W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2023a). *Légis Québec : m-35.1.3 - Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/M-35.1.3>
- Gouvernement du Québec. (2023b). *Infirmière ou infirmier. Description et tâches*. <https://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/infirmier>
- Gray, I., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8^e éd.). Elsevier Health Sciences.
- Grotevant, H. D., & McDermott, J. M. (2014). Adoption: Biological and social processes linked to adaptation. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 235-265. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115020>
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation Evaluation*. Sage Publications.
- Gunnar, M. R., van Dulmen, M., & The International Adoption Project Team. (2007). Behavior problems in post institutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 19(1), 129-148. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070071>

- Hartinger-Saunders, R. M., Troutaud, A., & Johnson, J. M. (2015). Post adoption service need and use as predictors of adoption dissolution: Findings from the 2012 National Adoptive Families Study. *Adoption Quarterly*, 18(4), 255-272. <https://doi.org/10.1080/10926755.2014.895469>
- Hughes, R. (2008). *Vignettes*. Dans L. Given (Éd.), *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (pp. 919-920). Sage Publications.
- J. Turgeon, C. Hervouet-Zeiber, P. Ovetchkine, M. Gauthier, A.-C. Bernard-Bonnin., & M. Weber, (2014). *Dictionnaire de pédiatrie Weber*, 3e éd. Montréal, QC: Chenelière éducation.
- JaeRan, K. (2017). You can't run into a burning building without getting burned yourself: An ecological systems perspective of parents choosing out-of-home care for an intercountry adopted child. *Families in Society*, 98(3), 169-177. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2017.98.28>
- Jasmin, E. (2013). *Évaluation écosystémique des besoins des enfants au primaire ayant un trouble de l'acquisition de la coordination (ou une dyspraxie) pour favoriser leur participation sociale*. Université de Sherbrooke. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6389>
- Jeannin, C. (2017). *Vers une plus grande compétence : apprendre des échecs de l'adoption internationale*. Centre International de Références pour les droits de l'enfant privé de famille. https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/24406/2017Manuel%20echec%20adoption%20internationale%20SSI_2017.pdf
- Jones, V. F., & Schulte, E. E. (2019). Comprehensive health evaluation of the newly adopted child. *Pediatrics*, 143(5), e20190657. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0657>
- Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 293(20), 2501-2515. <https://doi.org/10.1001/jama.293.20.2501>
- Keller, R. M., & Galgay, C. E. (2010). Microaggressive experiences of people with disabilities. Dans D. W. Sue (Éd.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 21-259). John Wiley & Sons.

- Kirk, D. H. (1984) *Shared fate: A theory of adoption and of adoptive relationship*. Ben Simon Publications.
- Lacharité, C., & Gagnier, J.-P. (2009). *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action*. Gaëtan Morin éditeur.
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthode de recherche en soins infirmiers*. Pearson ERPI.
- Mason, P., & Narad, C. (2005). International adoption: A health and developmental prospective. *Seminars in Speech and Language*, 26(1), 1-9. <https://doi.org/10.1055/s-2005-864211>
- McDonald, S. M. (2011). Perception: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(1), 2-9. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2011.01198.x>
- McKellar, L., Piccombe, J., & Henderson, A. (2009). "Coming ready or not!" Preparing parents for parenthood. *British Journal of Midwifery*, 17(3), 160-167. <https://doi.org/10.12968/BJOM.2009.17.3.40078>
- McNeill, N. (2016). *Self-efficacy and select characteristics in nurses who respond to a pediatric emergency* [Thèse de doctorat inédite]. Walden University ScholarWorks, Minneapolis, États-Unis. <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4671&context=dissertations>
- Miller, L. C., Chan, W., Tirella, L., & Perrin, E. (2009). Outcomes of children adopted from Eastern Europe. *International Journal of Behavioral Development*, 33(4), 289-298. <https://doi.org/10.1177/0165025408098026>
- Miller, L. C., Pérouse de Montclos, O., & Sorge, F. (2016). Special needs adoption in France and USA 2016: How can we best prepare and support families? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(5), 308-316. <https://doi.org/10.1016/J.NEURENF.2016.05.003>
- Miller, L. C., Pinderhughes, E., Pérouse de Montclos, M.-O., Matthews, J., Chomilier, J., Peyre, J., Vaugelade, J., Sorge, F., de Monléon, J.-V., de Truchis, A., & Baubin, O. (2021). Feelings and perceptions of French parents of internationally adopted children with special needs (SN): Navigating the triple stigma of foreignness, adoption, and disability. *Children and Youth Services Review*, 120, 105633. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105633>
- Miller, L. C., & Sorge, F. (2019). 31-health aspects of international adoption. Dans J. S. Keystone, P. E. Kozarsky, B. A. Connor, H. D. Nothdurft, M. Mendelson, & K. Leder

- (Éds), *Travel medicine* (4^e éd, pp. 303-309). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-54696-6.00031-8>
- Miller, R. L., & Brewer, J. D. (2003). *The A-Z of Social Research*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9780857020024>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2021). *Guide de gestion des urgences. Pédiatrie* <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-pediatrie/>
- Mitchell, M. A., & Jenista, J. A. (1997). Health care of the internationally adopted child. Part 2: Chronic care long-term medical issues. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 11(3), 117-126. [https://doi.org/10.1016/S0891-5245\(97\)90063-8](https://doi.org/10.1016/S0891-5245(97)90063-8)
- Mucchielli, A. (Éd.) (2011a). Chapitre II. Les conceptions innéistes des motivations et le niveau biologique des facteurs de conduite. Dans *Les motivations* (pp. 20-47). Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, A. (2011b). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Armand Colin.
- Narad, C., & Mason, P. W. (2004). International adoptions: Myths and realities. *Pediatric Nursing*, 30(6), 483-487.
- Nations Unies. (2023). *Convention relative aux droits de l'enfant*. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Norman, G. (2006). Building on experience – the development of clinical reasoning. *New England Journal of Medicine*, 355(21), 2251-2252. <https://doi.org/10.1056/NEJM e068134>
- O'Dell, K. E., McCall, R. B., & Groark, C. J. (2015). Supporting families throughout the international special needs adoption process. *Children and Youth Services Review*, 59(1), 161-170. <https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2015.11.008>
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: An examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Research*, 21(1), 58-71. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2008.19691>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3^eéd.) https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2019). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2018-2019. Le Québec et ses régions.* https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2018-2019.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2021). *Profession infirmière : une vision pour un avenir en santé. Mémoire. États généraux de la profession infirmière.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/19.pdf/734e5d65-be4a-7787-8274-5f9f789f33ae>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2022). *Une réponse à la hauteur des besoins de santé de la population québécoise.* Mémoire présenté à l'Office des professions du Québec pour réviser la norme d'entrée à la profession infirmière. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/une-reponse-a-la-hauteur-des-besoins-de-sante-de-la-population-quebecoise>

Organisation mondiale de la santé. (1946, 19 juin – 22 juillet). *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé – Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.* Communication présentée à la Conférence internationale sur la Santé, New York, États-Unis. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88278/Official_record2_fre.pdf;sequence=1

Ouellette, F. R. (1996). *L'adoption. Les acteurs et les enjeux autour de l'enfant.* Institut Québécois de recherche sur la culture, Les Presses de l'Université Laval.

Ouellette, F. R. (1998). Les usages contemporains de l'adoption. Dans A. Fine (Éd.), *Adoptions. Ethnologie des parentés choisies.* Éditions de la Maison des sciences de l'homme. <https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.621>

Ouellette, F. R., & Méthot, C. (2000) *L'adoption tardive internationale. L'intégration familiale de l'enfant du point de vue des parents et des grands-parents.* INRS Culture et Société (Université du Québec).

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>

Pinderhughes, E., Matthews, J., Deoudes, G., & Pertman, A. (2013). *A changing world: Shaping bestpractices through understanding the new realities of intercountry adoption.* Donaldson Adoption Institute.

Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. & Haggerty, J. (2007). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la*

- première ligne au Québec. Rapport de recherche.* https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/814_resumeservpremligne.pdf
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8^e éd.). Wolter Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins.
- Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., Séguin, R., Belhumeur, C., Germain, P., Amyot, I., & 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. <https://doi.org/10.1080/01650250500206257>
- Radio-Canada. (2019). *Lancement d'une étude québécoise sur l'adoption.* <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1385693/lancement-etude-quebecoise-adoption-enfance-uqtr>
- Ramsden, P. (2003). *Learning to teach in higher education* (2^e éd.). Routledge Falmer.
- Reed, P., & Lawrence, L. (2008). A paradigm for the production of practice-based knowledge. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 422-432. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00862.x>
- Remick, K., Snow, S., & Gausche-Hill, M. (2013). Emergency department readiness for pediatric illness and injury. *Pediatric Emergency Medicine Practice*, 10(12), 1-13.
- Roach, A., Sherburne, E., & Snethen, J. (2023). Intercountry adoption of children with complex health conditions and disabilities: A systematic review. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 28(1), e12398. <https://doi.org/10.1111/jspn.12398>
- Rykkje, L. (2007). Intercountry adoption and nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 507-514. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00503.x>
- Schweiger, W. K., & O'Brien, M. (2005). Special needs adoption: An ecological systems approach. *Family Relations*, 54(4), 512-522. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2005.00337.x>
- Secrétariat aux services internationaux à l'enfant [SASIE]. (2022). *L'adoption internationale au Québec.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-116-03W.pdf>
- Secrétariat aux services internationaux à l'enfant [SASIE]. (2023a). *Textes de référence.* https://adoption.gouv.qc.ca/fr_textes-de-reference

- Secrétariat aux services internationaux à l'enfance [SASIE]. (2023b). *Historique de l'adoption internationale*. https://adoption.gouv.qc.ca/fr_historique-de-ladoption-internationale
- Shenaar-Golan, V. (2017). Hope and subjective well-being among parents of children with special needs. *Child & Family Social Work*, 22(1), 306-316. <https://doi.org/10.1111/cfs.12241>
- Smit, E. M. (2010). International adoption families: A unique health care journey. *Pediatric Nursing*, 36(5), 253-258.
- Starfield, B., Cassady, C., Nanda, J., Forrest, C. B., & Berk, R. (1998). Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care. *Journal of Family Practice*, 46(3), 216-226. <https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2023-04/starfield-1998.pdf>
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2006). The concerns and interests of expectant and new parents: Assessing learning needs. *The Journal of Perinatal Education*, 15(4), 18-27. <https://doi.org/10.1624/105812406X151385>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Translating Emergency Knowledge for Kids. (2019) *Highlights from our 2018-19 Annual Report*. https://trekk.ca/system/assets/assets/attachments/410/original/Annual_Report_Summary-2019-final.pdf?1566310182
- Verbovaya, O. (2016). Theoretical explanatory model of international adoption failure: Attachment and ecological systems perspectives. *Adoption Quarterly*, 19(3), 188-209. <https://doi.org/10.1080/10926755.2015.1113219>
- Vigil-Ripoche, M.-A. (2012). Besoin - demande – ressource. Dans M. Formarier (Éd), *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd., pp. 93-97). Association de recherche en soins infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0093>
- Wainsten J.-P. (2012). *Larousse médical* (Nouv. éd). Larousse.
- Walker L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*. Pearson.
- Weihs, K., Fisher, L., & Baird, M. (2002). Families, health, and behavior: A section of the commissioned report by the Committee on Health and Behavior: Research,

Practice, and Policy Division of Neuroscience and Behavioral Health and Division of Health Promotion and Disease Prevention Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Families, Systems and Health*, 20(1), 7-46. <https://doi.org/10.1037/h0089481>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (4^e éd.). ERPI.

Appendice A
Affiche de recrutement

Étude exploratoire sur la perception des infirmières et infirmiers sur les besoins des familles adoptant via la filière de l'adoption internationale au Québec.

Nous sommes à la recherche de participants pour participer à cette étude dans le cadre d'un projet de maîtrise en sciences infirmières réalisée à l'UQTR. Ce projet s'inscrit dans le projet Expériences Adoptions dirigé par Patricia Germain inf. PhD, CEIDDEF, Dep. Sciences infirmières, UQTR.

Le but est de recueillir des informations sur les perceptions des intervenants de première ligne, spécifiquement les infirmières et infirmiers de première ligne sur les besoins biopsychosociaux des familles ayant adopté à l'internationale, au Québec.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter Roxanne Brault inf. B.sc :

Roxanne.Brault@uqtr.ca
(819)-313-1297

Pour participer, il faut :

- Être un membre actif de l'OIIQ
- Posséder au moins 1 année d'expérience en 1^{ère} ligne (1680 heures)

Et soit :

- Avoir été en contact au moins 1 fois avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel

Ou

- Ne jamais avoir été en contact avec la clientèle adoptive dans un cadre professionnel

Appendice B

Guide d'entretien auprès des infirmières et infirmiers de 1^{re} ligne

Canevas d'entretien Infirmiers et infirmières de première ligne

Objectif : Explorer la perception des infirmiers et infirmières de première ligne sur les besoins des familles adoptant via la filière de l'adoption internationale au Québec.

Perception : La perception n'est jamais objective. C'est une façon unique pour un individu ou un groupe de voir un phénomène qui implique le traitement de stimuli et qui intègre des souvenirs et des expériences dans le processus de compréhension (McDonald, 2011).

Adoption internationale au Québec : L'adoption internationale au Québec comprend toutes les adoptions faites hors province et en dehors du Canada (SAI, 2019).

Besoin : Un besoin est donc un état de tension insatisfaisant lié à une nécessité (biologique, psychologique ou sociologique) existentielle, orientée vers une catégorie d'objets «satisfacteurs» qui pousse l'individu à rechercher un état d'équilibre plus satisfaisant par l'atteinte d'objets appartenant à un certain ensemble (Mucchielli, 2011).

GROUPES AYANT EU DES CONTACTS AVEC LA CLIENTÈLE ADOPTIVE

1. Pouvez-vous me parler de votre expérience auprès des familles adoptives ? (Contexte, clientèle)
2. Quel type d'intervention, d'accompagnement ou de suivi pratiquez-vous auprès de cette clientèle ?
3. Selon votre expérience, quels sont les besoins les plus rencontrés par la clientèle adoptive dans le cadre des soins de santé (physique, mentale, sociale) ?
4. Y a-t-il des questionnements ou des préoccupations qui sont exprimés de manière fréquente par cette clientèle dans le cadre de votre pratique ? Si oui, pouvez-vous les nommer ?
5. Avez-vous des connaissances particulières en lien avec l'adoption provenant de votre vie personnelle?
 - 5.1 Si oui: En quoi ces connaissances vous aident-elles dans l'identification des besoins de ces familles?

GROUPES N'AYANT PAS EU DE CONTACT AVEC LA CLIENTÈLE ADOPTIVE

1. Selon vous, quels sont les besoins les plus rencontrés par la clientèle adoptive dans le cadre des soins de santé (physique, mentale, sociale) ?

2. Pensez-vous qu'il y a des questionnements ou des préoccupations qui seraient plus sujets à ressortir auprès de cette clientèle dans le cadre de votre pratique ?

3. Avez-vous des connaissances particulières en lien avec l'adoption provenant de votre vie personnelle?

3.1 Si oui: En quoi ces connaissances vous aident-elles dans l'identification des besoins de ces familles?

Liste de références

- McDonald, S. M. (2011). Perception: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(1), 2-9. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2011.01198.x>
- Mucchielli, A. (Éd.) (2011a). Chapitre II. Les conceptions innéistes des motivations et le niveau biologique des facteurs de conduite. Dans *Les motivations* (pp. 20-47). Presses Universitaires de France.
- SAI. (2019). Adopter au Canada. Repéré à : http://adoption.gouv.qc.ca/fr_adopter-au-Canada.

Appendice C
Vignette clinique

Vignette clinique

Mise en contexte

Je vais vous demander de vous imaginer dans votre milieu de travail (que ce soit à l'urgence, au sans rendez-vous de votre GMF ou de votre CLSC). La raison de la consultation est de la fièvre depuis 3 jours.

La famille de la petite Mia, 3 ans, se présente à vous. Mia est une jeune fille provenant de Thaïlande et qui est arrivée au Québec via la filière de l'adoption internationale il y a environ 1 mois. Ses parents consultent, car l'enfant ne cesse de faire de la fièvre, et ce, depuis 3 jours. Il n'y a pas d'autres symptômes. Vous remarquez que l'enfant est très petite tant au niveau de son poids que de sa taille.

Sa mère dit qu'elle ne fait pas ses nuits, qu'elle se réveille sans cesse et qu'elle crie. Ils ont beau tenter de la rassurer, il n'y a rien à faire. Mia pleure pendant des heures. La mère semble inquiète et ne cesse de répéter : « *Ça été tellement long tout le processus avant qu'ils nous laissent rencontrer Mia, et maintenant nous ne savons même pas comment la consoler? Mais quels parents sont incapables de consoler leurs enfants, dites- moi?* » Puis elle éclate en sanglots et quitte la pièce pour aller se calmer.

Pendant qu'elle est en dehors de la pièce, le père vous dit : « *Non, mais y'a pas juste ça. Avez-vous vu sa peau comme c'est affreux? Mais qu'est-ce que ça peut bien être ? Est-ce que ça va finir par partir?* ». Il ajoute aussi : « *Ma femme voulait qu'on adopte pour avoir notre propre famille, mais on va se le dire, cet enfant-là me laisse uniquement l'aider à se nourrir, elle ne veut jamais que je la prenne dans mes bras ni que je la console. Comment suis-je censé réagir ? Elle essaie de me le cacher, mais je le sais bien qu'elle aussi à de la difficulté avec notre petite Mia. Je suis présent le soir et la fin de semaine uniquement à cause du travail* ».



Vous apprenez aussi que Mia a souvent des diarrhées. Elle va relativement bien, mais on vous indique qu'elle souffrait de malnutrition à son arrivée. Quand vous questionnez les antécédents médicaux de l'enfant et de ses parents biologiques, les parents de Mia vous indiquent qu'ils n'ont eu aucune information lors de l'adoption. D'ailleurs, ils aimeraient savoir comment fonctionnent les vaccins pour leur petite fille, car ils n'ont pas encore eu le temps de faire voir Mia par leur médecin de famille.

Questions vignette clinique

1. Qu'est-ce qui vous frappe le plus dans cette situation ?
 2. Pouvez-vous identifier des éléments qui vous laissent supposer les besoins de Mia dans cette vignette ?
 3. Pouvez-vous identifier des éléments qui vous laissent supposer les besoins des parents de Mia dans cette vignette ?
 4. Pouvez-vous me nommer des éléments qui sont liés à l'histoire d'adoption ?
 5. Selon vous, qu'est-ce qui serait important de faire pour Mia et sa famille ?

Appendice D
Fiche d'informations sociodémographiques

Renseignements sociodémographiques

1. Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin
- Non-binaire (Je ne m'identifie pas à aucun des sexes proposés)

2. Quel est votre âge actuel ? _____

3. Quel métier exercez-vous ?

- Infirmier/infirmière
- Infirmier/Infirmière clinicien/ne
- Infirmier/Infirmière praticien/ne spécialisé(e)
- Infirmier/Infirmière clinicien/ne spécialisé(e)
- Infirmier/Infirmière (Ph.D)

4. Quel est votre plus haut niveau scolaire complété ?

- Diplôme d'études collégiales (DEC)
- Diplôme universitaire de premier cycle (certificat, baccalauréat)
- Diplôme universitaire de deuxième cycle (Maitrise, DESS)
- Diplôme universitaire de troisième cycle (Doctorat, Post-doctorat)
- Autre, veuillez préciser svp : _____

5. Dans quelle région administrative du Québec pratiquez-vous votre métier ?

6. Dans quel milieu exercez-vous ?

- CLSC
- Groupe de médecine familiale (GMF)
- Pratique privée
- Hôpital, veuillez préciser le département _____
- Autre, veuillez préciser svp : _____

7. Depuis combien d'années exercez-vous cette profession ? _____

7.1 Depuis combien d'années occupez-vous votre poste actuel ? _____

Appendice E
Certificat éthique



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **Étude exploratoire sur la perception des infirmières et infirmiers de première ligne sur les besoins des familles québécoises adoptant via la filière d'adoption internationale**

Chercheur(s) : Roxanne Brault
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : **CER-20-265-07.12**

PÉRIODE DE VALIDITÉ : **Du 03 avril 2020 au 03 avril 2021**

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuree de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création **Date d'émission :** 03 avril 2020

Le 13 mai 2020

Madame Roxanne Brault
Étudiante
Département des sciences infirmières

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche vous remercient de leur avoir acheminé une demande de modifications pour votre protocole de recherche intitulé **Étude exploratoire sur la perception des infirmières et infirmiers de première ligne sur les besoins des familles québécoises adoptant via la filière d'adoption internationale** (CER-20-265-07.12) en date du 10 mai 2020.

Le comité a accepté les modifications consistant à :

- Faire les entretiens par téléphone;
- Envoyer le formulaire de consentement et d'information, la fiche d'information sociodémographique et la vignette clinique par courriel aux participants;
- Adapter le formulaire d'information et de consentement en conséquence.

Cette décision porte le numéro CER-20-267-08-01.08.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE



FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat de la recherche et de la création

FL/mct

c. c. Mme Patricia Germain, professeure au Département des sciences infirmières

APPENDICE F
Formulaire d'informations et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Étude exploration sur la perception des infirmières et infirmiers de première ligne sur les besoins des familles adoptant via la filière de l'adoption internationale au Québec
Mené par :	Roxanne Brault, inf. B.Sc, Sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières
Sous la direction de :	Patricia Germain, Inf. Ph.D, Sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières , Professeur régulier
Source de financement :	Aucune source de financement
Déclaration de conflit d'intérêts :	Non

Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la perception des infirmiers et infirmières de première ligne sur les besoins des familles adoptant via la filière de l'adoption internationale au Québec, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.



Objectifs et résumé du projet de recherche

L'objectif de ce projet de recherche est de décrire la perception des infirmiers et infirmières de première ligne sur les besoins des familles ayant adoptés via la filière de l'adoption internationale au Québec et ce dans le contexte où ils ou elles sont exposées ou non à ce type de clientèle dans leur pratique actuelle.

Les informations recueillies permettront d'obtenir des données pertinentes à la recherche dans le domaine des services aux personnes adoptés et aux familles adoptives ayant adoptés à l'international, au Québec dans le cadre d'interventions infirmières.

Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à un entretien téléphonique comprenant des questions ouvertes sous la forme de discussion en lien avec vos expériences avec les familles ayant adoptés via la filière de l'adoption internationale au Québec dans le cadre de vos interventions à titre d'infirmier ou d'infirmière de première ligne d'une durée de plus ou moins 30 minutes.

Ensuite, une vignette clinique d'une page vous sera présentée suivie de quelques questions ouvertes en lien avec celle-ci. La vignette sera rédigée en français. Une durée de plus ou moins 30 minutes est estimée pour la lecture de la vignette et la discussion des réponses aux questions associées. La vignette clinique vous sera rendue accessible en version PDF via un courriel envoyée par la chercheure principale lors de la rencontre téléphonique fixée.

Finalement, un formulaire comprenant des questions sociodémographiques sera complété par le participant et l'étudiante-chercheure d'une durée approximative de 5 minutes. Une copie vierge de ce document aura été envoyée aussi par courriel par la chercheure principale en début de rencontre. Il faudra ensuite que le participant le complète et le fasse parvenir par courriel à la chercheure principale suite à l'entretien téléphonique.

L'entretien téléphonique complet d'une durée approximative allant de 45 à 60 minutes sera enregistré sur bande audio à l'aide d'un appareil permettant l'enregistrement audio des échanges téléphoniques et leur transfert dans un dossier sur le serveur sécurisé du projet Expériences Adoptions. Tous les entretiens seront enregistrés sur bande audio afin d'assurer la saisie de toutes les informations. Les entretiens se feront par téléphone dans un lieu assurant la confidentialité de l'échange L'heure et la date de l'entretien téléphonique seront fixées selon votre disponibilité.

Risques et inconvenients

Il est possible que le fait de raconter votre expérience ou de répondre aux questions qui vous sont posées suscite chez vous un inconfort.

Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiante-chercheure. Celle-ci pourra vous guider vers une ressource en mesure de vous aider. Vous pouvez en tout temps interrompre l'entretien et de cibler les questions auxquelles vous ne voulez pas répondre sans aucun préjudice.



Dans le cas où cet inconfort impliquerait une demande d'aide, explicite ou implicite, d'aide, l'étudiante-rechercheuse vous invite à utiliser les services d'aide de votre région : CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Numéro de téléphone : 819-375-3111. Adresse du site web : <https://ciusssmcq.ca/>.

Avantages ou bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'adoption d'un point de vue d'un professionnel de la santé en première ligne est un bénéfice prévu à votre participation. Aussi, cette étude vous offre une occasion de prendre un temps de réflexion par rapport à votre expérience avec cette clientèle.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation financière n'est accordée pour votre participation.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par la codification des participants. Les données seront conservées sur le serveur sécurisé du projet Expériences Adoptions. Après l'enregistrement des documents à fournir via les échanges par courriel sur le serveur sécurisé, les courriels seront détruits de manière confidentielle et sécuritaire. Les seules personnes qui y auront accès seront Roxanne Brault et Patricia Germain. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront conservées durant 4 ans puis ensuite détruites de façon confidentielle. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de mémoire, d'articles ou d'affiches scientifiques ou lors d'un congrès, ne permettront pas d'identifier les participants et seront uniquement utilisés aux fins décrites dans le présent document.

Dans le cas d'une utilisation ultérieure des données dans le cadre d'autres projets de recherche :

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche portant sur l'adoption internationale? Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR avant leur réalisation. Vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire dans un disque dur externe protégé par un mot de passe dans un classeur barré dont seuls Roxanne Brault et Patricia Germain y auront accès. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code. Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pouvez demander la destruction de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet de recherche.

Je consens à ce que mes données de recherche soient utilisées à ces conditions : Oui Non

Participation volontaire



Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si vous décidez de vous retirer, veuillez noter que vos données vous concernant seront détruites de manière confidentielle.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Roxanne Brault à l'adresse courriel suivante : Roxanne.Brault@uqtr.ca.

Surveillance des aspects éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Roxanne Brault, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Étude exploratoire sur la perception des infirmiers et infirmières de première ligne sur les besoins des familles adoptant via la filière de l'adoption internationale au Québec*.

J'ai été informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement.

J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction.

J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques. Mon nom n'apparaîtra donc jamais dans aucune publication.

Je consens à être enregistré.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que le chercheur responsable du projet ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés. Oui Non