

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION RELATIONNELLE AUPRÈS DE PARENTS
ADOPTIFS À L'INTERNATIONAL ET LEUR ENFANT : UN EXAMEN DE LA
SENSIBILITÉ ET DE L'INVESTISSEMENT PARENTAL

ESSAI DOCTORAL
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
PROFIL INTERVENTION

PAR
AMÉLIE BLONDIN

AVRIL 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont contribué à la réalisation de mon projet doctoral. Je tiens d'abord à remercier du fond du cœur ma directrice de recherche Chantal Cyr qui s'est montrée disponible, compréhensive et encourageante au fil des années. Son soutien sensible, sa précieuse supervision, ses judicieux conseils et sa grande expertise m'ont permis de bien me développer en tant que professionnelle en devenir. Elle m'a aussi vouée une confiance hors pair dans la coordination de divers projets dans son laboratoire de recherche. Mon implication dans ces projets cliniques concrets m'ont permis de maintenir ma motivation et de persévérer dans ce parcours exigeant qu'est le doctorat. Merci Chantal pour cette belle collaboration et toute ton implication tout au long de mon parcours !

Je tiens également à remercier toute l'équipe du laboratoire, collègues et amis, qui ont su m'aider et me soutenir de près ou de loin durant toutes ces années. Ce fût un plaisir de vous côtoyer et de partager cette expérience pleine de défis ! Un merci particulier à Valérie avec qui j'ai partagé de nombreuses heures dans l'apprentissage et l'appropriation d'un nouvel outil.

Je remercie aussi toutes les familles qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à cette recherche en s'engageant dans cette démarche clinique semaine après semaine. Sans votre généreuse implication, ce projet n'aurait pu se concrétiser. J'aimerais aussi remercier le Centre de recherche du Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire qui m'a octroyé une bourse d'études qui m'a permis de consacrer davantage de temps à la réalisation de mon projet doctoral.

Je remercie mes amis qui sont là depuis le début et qui ont toujours été présents pour moi. Les moments inoubliables, et indispensables, partagés ensemble, ainsi que vos encouragements sincères m'ont permis de mener à terme ce projet. Je pense entre autre à Karine avec qui j'ai partagé mon quotidien durant une bonne partie de mes études, à ma « gang » de la danse qui a certainement contribué à maintenir mon équilibre mental, à Marie-France et Samuel pour les nombreuses soirées de travail partagées, à Michèle avec qui j'ai développé une précieuse complicité, à mes collègues au travail et ma superviseure qui ont cru en moi, ainsi qu'à tous mes amis que je ne peux nommer ici qui, par leur présence et leur écoute, m'ont épaulé durant toutes ces années. Merci pour votre amitié !

Enfin, je tiens à remercier mes parents pour m'avoir soutenue et encouragée dans mon parcours universitaire. Votre amour inconditionnel, les valeurs que vous m'avez transmises, ainsi que vos douces attentions au quotidien sont au cœur de la réussite de mon projet. Je remercie aussi ma petite sœur Maude que j'ai vu grandir au fil de ces années et avec qui je partage une grande complicité. Un merci spécial à mon mari Jean-Sébastien qui s'est montré présent et patient dans cette épreuve qu'est l'accomplissement d'un doctorat. Pour ton soutien inconditionnel, malgré les multiples défis rencontrés, ce projet n'aurait pas été possible sans toi.

À ce petit être merveilleux qui grandit en moi et qui m'a donné le courage, la détermination et l'énergie pour rendre cet essai à terme avant ton arrivée. Nous sommes maintenant plus que prêts à faire ta rencontre ma petite cocotte...

À vous tous, merci infiniment de m'avoir permis d'aller au bout de mes aspirations ambitieuses !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	II
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES FIGURES.....	VII
RÉSUMÉ.....	1
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	2
1.1 PROBLÉMATIQUE.....	2
1.2 BREF HISTORIQUE DE L'ADOPTION À L'INTERNATIONAL.....	3
1.3 LA DÉMARCHE D'ADOPTION AU QUÉBEC (SAI,2017).....	5
1.4 PORTRAIT ACTUEL DE L'ADOPTION INTERNATIONALE AU QUÉBEC.....	6
1.4.1 LES SERVICES PRÉ ET POST-ADOPTION.....	7
CHAPITRE II	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	9
2.1 LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ADOPTÉS ET LEURS BESOINS SPÉCIFIQUES	9
2.2 LES PARENTS ADOPTIFS À L'INTERNATIONAL : LA SENSIBILITÉ ET L'INVESTISSEMENT PARENTAL	11
2.3 INTERVENIR AUPRÈS DES FAMILLES ADOPTIVES À L'INTERNATIONAL.....	14
2.3.1 LES SERVICES PRÉ- ET POST-ADOPTION.....	14
2.3.2 LES INTERVENTIONS DANS LE DOMAINE DE L'ATTACHEMENT	16
CHAPITRE III	
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	19
3.1 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE	19
CHAPITRE IV	
MÉTHODE	20
4.1 PARTICIPANTS	20
4.2 PROCÉDURE.....	22
4.3 INSTRUMENTS.....	24
4.3.1 QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	24
4.3.2 LA SENSIBILITÉ PARENTALE	24
4.3.3 LE SURINVESTISSEMENT PARENTAL.....	25
CHAPITRE V	
RÉSULTATS	29
5.1 ANALYSES PRÉLIMINAIRES	29

5.1.1 COMPARAISON DES GROUPES INTERVENTION RELATIONNELLE ET CONTRÔLE SUR LES VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET LES CARACTÉRISTIQUES LIÉES À L'ADOPTION DES ENFANTS.....	29
5.1.2 COMPARAISON DES GROUPES INTERVENTION RELATIONNELLE ET DE CONTRÔLE SUR LES VARIABLES À L'ÉTUDE.....	30
5.1.3 ANALYSES POUR LA DÉTECTION DE VARIABLES CONTRÔLES À INCLURE DANS LES ANALYSES PRINCIPALES.....	31
5.2 ANALYSES PRINCIPALES : EFFET DE L'INTERVENTION RELATIONNELLE SUR LA SENSIBILITÉ DU PARENT EN CONSIDÉRANT LE DEGRÉ D'INVESTISSEMENT PARENTAL.....	32
CHAPITRE VI	
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	34
6.1 RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ET CONTRIBUTION SCIENTIFIQUE DU PROJET.....	34
6.2 FORCES ET LIMITES DE L'ESSAI.....	37
6.3 RECHERCHES FUTURES.....	38
6.4 IMPLICATIONS CLINIQUES DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	39
APPENDICES.....	43
APPENDICE A: CERTIFICAT ÉTHIQUE ET APPROBATION DE MODIFICATION.....	44
APPENDICE B: DÉPLIANT DU PROJET.....	47
APPENDICE C: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	50
APPENDICE D: QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE.....	55
APPENDICE E: ENTREVUE « CECI EST MON ENFANT ».....	62
RÉFÉRENCES.....	64

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1. *Données descriptives des familles de l'étude*
- Tableau 2. *Exemples de critères d'évaluation ayant servi à codifier les réponses des parents et exemples de verbatims de parents bien investis et surinvestis*
- Tableau 3. *Comparaison des groupes Intervention relationnelle et contrôle sur les variables sociodémographiques et liées à l'adoption de l'enfant*
- Tableau 4. *Comparaison des groupes Intervention relationnelle et contrôle sur les variables cibles de l'étude*

LISTE DES FIGURES

Figure 1. *Effets de l'intervention : comparaison des groupes d'Intervention relationnelle et contrôle au post-test sur les variables ciblées par l'intervention*

RÉSUMÉ

Cet essai doctoral évalue l'efficacité d'un programme d'intervention de 8 rencontres fondé sur la théorie de l'attachement et la rétroaction vidéo auprès d'un échantillon de familles adoptives à l'international. Cette intervention a pour but de favoriser le développement de la sécurité d'attachement chez l'enfant via la promotion des comportements de sensibilité parentale. L'échantillon est composé de 62 dyades parent-enfant dont l'enfant adopté à l'international vit depuis au moins 3 mois avec ses parents adoptifs et est âgé entre 1 et 5 ans. Les familles ont été assignées aléatoirement à un des deux groupes de l'étude : 1) groupe Intervention relationnelle et 2) groupe contrôle (liste d'attente). Des mesures pré- et post-tests ont été réalisées sur le degré de sensibilité parentale et ont considéré le surinvestissement du parent au pré-test en tant que modérateur potentiel des effets de l'intervention.

Les résultats montrent l'efficacité de l'intervention relationnelle pour augmenter la sensibilité des parents adoptifs à l'international. Aussi, le degré de surinvestissement parental au pré-test tend à interférer (résultat marginal) avec la capacité du parent à bénéficier de l'intervention. D'autres études seront nécessaires pour confirmer ces résultats. Considérant le rôle protecteur de la sensibilité parentale dans le développement de l'attachement sécurisant et l'adaptation globale de l'enfant, l'intervention relationnelle se présente comme un programme de choix pour cette clientèle à risque de difficultés d'adaptation et en grande demande de services.

Mots-clés : Adoption internationale, intervention attachement, sensibilité parentale, investissement parental.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1.1 Problématique

Depuis une dizaine d'années, nous assistons à une baisse des adoptions internationales au Québec et le portrait des enfants adoptés se voit grandement changé. Ces derniers sont de plus en plus vieux, font partie de fratries (adoptions multiples simultanées de 2 enfants ou plus provenant d'une même famille) et présentent souvent des caractéristiques particulières, notamment des conditions médicales nécessitant des soins de santé spécialisés (Secrétariat à l'adoption international - *SAI*, 2017). De plus, en raison de leurs multiples placements/abandons passés, voire aussi leurs expériences de négligence et d'abus probables, les enfants adoptés de l'international sont susceptibles de présenter diverses difficultés à leur arrivée, tels que des troubles de comportement, des retards développementaux et des difficultés relationnelles. En particulier, les études ont montré combien plusieurs de ces enfants sont à risque de développer des modes relationnels dysfonctionnels avant l'adoption et de présenter des comportements d'attachement insécurisant, voire désorganisé, lorsqu'ils arrivent dans leur nouvelle famille adoptive (Van den Dries, Juffer, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009). Au final, le nouveau visage de l'adoption internationale est susceptible de fragiliser les capacités de soins des parents qui doivent faire face à de plus grands défis pouvant affecter leur investissement et leur sensibilité auprès de l'enfant. Il importe donc de mettre en place des services qui permettent le développement de facteurs de protection pour ces familles.

De nombreuses études montrent l'efficacité des interventions fondées sur la théorie de l'attachement et la rétroaction-vidéo pour favoriser la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement de l'enfant auprès d'une variété de clientèles (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2005 ; Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce & Pears, 2006; Fukkink, 2008; Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2005; Moss et al., 2011). Cependant, peu d'entre elles portent sur les parents et leurs enfants adoptés de l'international (Juffer et al., 2005; Juffer,

Hoksbergen, Riksen-Walraven, & Kohnstamm, 1997 ; Stams, Juffer, van IJzendoorn & Hoksbergen, 2001). Cet essai a donc pour but d'évaluer si l'intervention relationnelle, un programme fondé sur l'attachement et la rétroaction vidéo, est efficace pour améliorer la sensibilité de parents d'enfants adoptés de l'international, tout en considérant leur degré d'investissement parental présenté en début d'intervention.

Le premier chapitre de cet essai fait un bref historique de l'adoption à l'international et présente ensuite le contexte actuel de l'adoption internationale au Québec. Le deuxième chapitre consiste en la mise en contexte théorique justifiant la pertinence d'une intervention centrée sur l'attachement pour la clientèle à l'étude et le troisième chapitre présente les objectifs et hypothèses. Le quatrième chapitre décrit la méthode utilisée et le cinquième chapitre présente l'évaluation empirique de l'efficacité de l'intervention. Enfin, une discussion et conclusion des résultats sur les implications cliniques de l'intervention relationnelle pour cette clientèle est finalement présentée au dernier et sixième chapitre.

1.2 Bref historique de l'adoption à l'international

Le concept d'adoption existe depuis plusieurs siècles. Durant l'Antiquité, les hommes sans enfant adoptaient pour trouver des héritiers afin de perpétuer leur descendance. Aux 18^e et 19^e siècles, les églises et les crèches accueillaient les enfants abandonnés, souvent à la naissance. Cette démarche se faisait de façon anonyme et permettait de diminuer les abandons dans les rues et les meurtres d'enfants. Au 20^e siècle, l'adoption est souvent assumée par la famille et la population locale (SAI, 2017).

L'adoption à l'international connaît un essor durant le 20^e siècle. Les deux guerres mondiales et celle du Vietnam entraînent l'abandon de plusieurs enfants. Plusieurs d'entre eux sont adoptés par des soldats et leur famille provenant de l'Amérique du Nord et de l'Europe. Au Québec, dans les années 1960, des enfants nés dans des conditions allant à l'encontre de la morale catholique sont adoptés par des pays étrangers (SAI,2017). Puis, dans les années 1970, le taux d'infertilité grandissant et la sensibilisation mondiale aux besoins des enfants abandonnés et

institutionnalisés motivent les parents à recourir à des agences d'adoption à l'international. C'est à partir des années 1990 que l'adoption internationale connaît son apogée (SAI, 2017). Les réglementations de divers pays comme la Chine, impliquant notamment la politique de l'enfant unique, telle que mise en place au début des années 1980, ou encore les impacts du régime Ceausescu ayant fragilisé un nombre important d'enfants au courant de ces mêmes années font monter en flèche le nombre d'enfants disponibles à l'adoption. Au Québec, la modification de la réglementation entourant les procédures d'adoption facilitent les démarches des parents, notamment en permettant que les évaluations psychosociales des couples postulant aient lieu en privé, plutôt qu'uniquement via les Centre Jeunesse, un plus grand nombre de couples recourent aux procédures d'adoption (Gaumond, 1995). Si bien qu'en 2004, selon l'ONU et le SAI, l'adoption internationale atteint un sommet mondial de plus de 40 000 adoptions d'enfants à travers le monde, dont 908 au Québec.

En 1993, 98 états et pays se sont réunis pour développer des balises communes entourant l'adoption à l'internationale. Au terme de cette démarche, un consensus a permis l'élaboration de la Convention de la Haye qui prévoit des mesures garantissant que l'adoption d'un enfant se fait dans le meilleur intérêt de celui-ci et dans le respect de ses droits fondamentaux. Chaque état doit prioriser que l'enfant puisse continuer d'évoluer dans sa famille d'origine. Toutefois, dans les situations où cela n'est pas possible, les dispositions communes prévues à cette convention visent le développement harmonieux et l'épanouissement des enfants via son adoption par une famille adoptive permanente qui lui offrira sécurité/protection, stabilité, amour et compréhension. Ces lignes directrices permettent de protéger les enfants et de prévenir les enlèvements, la vente et la traite d'enfants (Conférence de la Haye de droit international privé, 2017).

Au cours de la dernière décennie, les statistiques mondiales démontrent une diminution du nombre d'adoptions internationales. Malgré les nombreux enfants institutionnalisés à travers le monde, les pays tentent de préserver les liens familiaux d'origine ou privilégient l'adoption par la famille élargie ou la communauté nationale Certains pays en émergence, auparavant considérés comme grandement défavorisés, connaissent même actuellement un essor économique et ont maintenant davantage de ressources, notamment financières, pour soutenir les familles afin de maintenir les enfants à l'intérieur du pays. C'est le cas de plusieurs pays d'Asie comme la Chine

et le Vietnam. Ainsi, le nombre d'enfants disponibles à l'adoption internationale diminue et les enfants alors disponibles font partie de fratrie (2 enfants ou plus d'une même famille adoptée en même temps), sont plus âgés ou présentent des besoins médicaux ou psychologiques particuliers (SAI, 2017). D'autres pays prohibent l'adoption internationale, notamment dans les pays musulmans. Ces pays prévoient des dispositions différentes pour les enfants abandonnés de leur communauté (ex.: tutelle, *Kafala*).

1.3 La démarche d'adoption au Québec (SAI,2017)

Avant de débiter un projet d'adoption, les parents doivent considérer plusieurs aspects. Selon les pays de provenance des enfants, les critères de sélection des adoptants peuvent varier en fonction de l'âge de ces derniers, leur statut marital et leur situation socio-économique. Pour élaborer leur projet, les adoptants doivent choisir un pays d'origine et s'associer à un organisme agréé par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux avec lequel ils signent un contrat. Une fois les documents complétés avec l'organisme agréé, ceux-ci sont transmis au Secrétariat de l'Adoption Internationale (SAI) qui s'assure de la conformité des documents et confirme l'ouverture du dossier d'adoption.

Par la suite, les postulants doivent obligatoirement faire l'objet d'une évaluation psychosociale. Cette évaluation vise à s'assurer que les adoptants possèdent les compétences parentales requises pour prendre soin d'un enfant. Seule une évaluation concluant à une recommandation positive d'adoption peut permettre aux adoptants de poursuivre leur démarche. Le dossier d'évaluation est ensuite transmis au pays étranger par l'organisme agréé. Le SAI confirme alors aux autorités étrangères que les parents ont fait l'objet d'une évaluation psychosociale confirmant leurs aptitudes à s'occuper d'un enfant. Cette évaluation permettra au pays d'origine de procéder au meilleur jumelage possible pour l'enfant. Suite au dépôt du dossier, plusieurs années peuvent s'écouler avant que les parents reçoivent la proposition d'un enfant. Advenant que des changements significatifs surviennent dans la situation du couple (séparation, enfant biologique, etc.), les adoptants devront se soumettre à une nouvelle évaluation psychosociale. La proposition d'un enfant à adopter est finalement présentée aux adoptants par

l'organisme agréé avec lequel ils se sont associés via les autorités étrangères du pays ciblé qui émettront leur décision finale.

Lorsque tous les documents sont conformes et que la proposition est acceptée par les adoptants, le SAI donne son accord pour la poursuite des démarches. Une lettre de non-opposition à la démarche est alors délivrée et envoyée au Ministère de l'Éducation, de la Diversité et de l'Inclusion. Une lettre officielle est aussi transmise aux autorités du pays d'origine. Les parents adoptifs se rendent ensuite dans le pays d'origine pour effectuer les démarches administratives et judiciaires, ainsi que pour rencontrer l'enfant. Des documents officiels sont délivrés et un examen médical de l'enfant est réalisé. Le pays d'origine émet un certificat attestant de la conformité des démarches d'adoption qui est remis au SAI afin d'officialiser l'adoption. La décision de placement officiel doit être présentée aux autorités canadiennes par les adoptants, conjointement avec le Directeur de la Protection de la Jeunesse. Celle-ci est suivie d'une demande pour obtenir un jugement d'adoption. Un nouveau certificat de naissance est alors délivré par le Canada, ainsi que le statut de citoyenneté canadienne. Une fois ces procédures internes complétées, des documents sont retournés au pays d'origine pour confirmer que les démarches sont finalisées et conformes à la Convention de la Haye. Des rapports d'évolution périodiques sont ensuite exigés de la part des adoptants afin de documenter le développement et l'adaptation de l'enfant adopté dans son nouveau milieu de vie.

1.4 Portrait actuel de l'adoption internationale au Québec

Les données présentées par le SAI du Québec montrent que le portrait des enfants adoptés de l'international a beaucoup changé depuis 30 ans. En particulier, le nombre d'adoptions a diminué drastiquement. De 1990 à 2004, autour de 805 enfants étaient adoptés chaque année au Québec, alors que ce nombre a diminué à environ 516 adoptions/année de 2005 à 2010 et à une moyenne de 231/année de 2011 à 2017. Par ailleurs, au début des années 2000, près du trois quarts des enfants accueillis au Québec étaient des filles chinoises (Chicoine et al., 2003), alors qu'en 2016 60% des enfants adoptés a été des garçons. Aussi, les enfants adoptés sont de plus en plus vieux. La moyenne d'âge des enfants adoptés en 2016 était de 49,9 mois en comparaison à 32,1

mois en 2007 et de 23,3 mois dans les années 1990 (Breton, 2008; SAI, 2017). Les adoptions de fratrie sont aussi plus fréquentes qu'avant. En 2016, l'adoption de fratrie au sein d'une même famille biologique représentait 25% des adoptions totales. Une donnée importante montre également qu'en 2016, les pays d'origine identifient que 44% des enfants adoptés à l'international présentaient des problèmes de santé physique ou psychologique (SAI, 2017), notons que ce pourcentage serait possiblement plus élevé s'il tenait également compte de la perception du parent adoptif. Bien que nous possédons peu d'information sur l'évolution du taux d'enfants présentant de tels besoins dits spéciaux, il demeure qu'en 2014, cette proportion représentait seulement 26% des enfants adoptés.

1.4.1 Les services pré et post-adoption

Les familles adoptives à l'international, dans l'attente de leur enfant, ont généralement une grande volonté de chercher de l'information concernant l'adoption via des formations ou des lectures par exemple. Elles sont donc habituellement bien au fait des enjeux liés à l'adoption internationale et au développement de l'enfant. De plus, elles n'hésitent pas à aller consulter les ressources nécessaires si elles en ressentent le besoin, soit auprès de leur famille, des amis ou de professionnels (Palacios et al., 2009). Plusieurs des familles québécoises participent d'ailleurs à des formations pré et post-adoption afin d'être bien documentées et de se préparer aux enjeux associés à l'adoption (Breton, 2005). Celles-ci sont généralement offertes par leur agence d'adoption ou par les CIUSSS qui offrent des services spécialisés aux familles adoptives à l'international. Différentes associations (ex. : Fédération des parents adoptants du Québec) regroupant des parents adoptants existent aussi pour soutenir les familles avant et après l'arrivée de l'enfant adopté. Ces groupes prennent différentes formes : regroupement annuel, formations offertes, forum en ligne, lectures proposées, etc. La consultation médicale dans une clinique spécialisée pour les enfants arrivant de pays étranger est aussi un service disponible pour tous les enfants adoptés. Les pédiatres spécialisés sont bien au fait des différentes problématiques, souvent beaucoup moins fréquentes dans les pays industrialisés, que peuvent présenter les enfants adoptés à l'international. Ces cliniques offrent aussi des consultations préventives pour les parents avant qu'ils visitent le pays d'origine de leur enfant. Peu d'études ont cependant examiné l'effet de ce

type de préparation et de soutien sur l'adaptation de ces familles. Une étude réalisée dans le cadre de l'*International Adoption Project* (Gunnar, Van Dulmen, and the International Adoption Project Team, 2007) a trouvé un lien entre la participation des parents aux formations pré-adoption et le fait qu'ils consultent les services médicaux une fois l'enfant arrivé. Dans ce contexte, la participation à des formations pré-adoption agit comme une démarche préventive positive permettant de détecter des problèmes de santé sans quoi ceux-ci auraient été découverts plus tardivement.

Malgré toute cette préparation et le soutien entourant les démarches d'adoption, mais aussi malgré le rattrapage développemental des enfants suite à leur adoption, il demeure que les enfants de parents adoptifs à l'international sont surreprésentés parmi la clientèle de familles recevant des services cliniques en santé mentale (Bimmel et al., 2003; Groza et al., 2003; Juffer & van IJzendoorn, 2005). Le travail méta-analytique de Juffer et Van IJzendoorn (2005) montre d'ailleurs que la représentation des enfants adoptés dans les cliniques de santé mentale ($d = 0,72$) est plus importante que les troubles de comportement présentés par les enfants ($d = 0,16$). Selon les auteurs, cet écart serait dû au fait que les parents adoptifs sont portés à recourir à des services cliniques plus rapidement que les autres parents en raison de leur statut socio-économique élevé et leur plus grande connaissance des ressources cliniques. Une étude préliminaire de Cyr, Dubois-Comtois, Boulos, Blondin, St-André et Tessier (2010) suggère cependant que cette surreprésentation pourrait plutôt être associée à la présence d'un degré de stress plus élevé chez un sous-groupe de parents adoptifs.

Que les motifs de consultation soient liés à des problèmes développementaux (ex. : troubles de langage), de comportement ou même relationnels, ou associés à des préoccupations ou un stress parental plus élevé, il demeure que ces familles présentent des besoins spécifiques qui ne sont peut-être pas adéquatement répondus par les services actuels et le manque d'études d'intervention dans le domaine ne permet pas d'orienter les familles vers des services ayant montré leur efficacité auprès de cette population. Il importe donc de bien cibler les difficultés et besoins de ces familles et de développer des services spécifiques à leurs besoins.

CHAPITRE II

CONTEXTE THÉORIQUE

2.1 Le développement des enfants adoptés et leurs besoins spécifiques

Les enfants adoptés à l'international sont à risque de présenter de nombreuses difficultés développementales, incluant des dysfonctions sur le plan relationnel et de la régulation neurophysiologique, ainsi que d'importants retards cognitifs. Bien que ces difficultés peuvent être liées aux conditions tératogènes lors de la grossesse et à des traumatismes survenus avant et en lien avec leur abandon, elles sont aussi en grande partie associées à la négligence, la malnutrition et le manque de stimulation cognitive et relationnelle qui caractérisent les milieux institutionnels dans lesquels ils sont placés (Fensbo, 2004; van IJzendoorn & Juffer, 2005; Gunnar, Bruce, & Grotevant, 2000). Le travail méta-analytique de van IJzendoorn et Juffer (2006) montre combien les conditions de grande adversité que rencontrent ces enfants dans les premières années de vie institutionnelle affectent leur développement physique, physiologique, cognitif, moteur et socio-émotionnel; et plus ils sont exposés aux conditions de vie institutionnelles et adoptés tardivement, plus leurs difficultés sont importantes.

Entre autre, les résultats de cette méta-analyse montrent que les enfants adoptés de l'international présentent des retards significatifs de plus de deux écart-types et demi sous la moyenne des enfants de leur âge quant à leur développement physique (taille, poids et circonférence crânienne; Van IJzendoorn et al. 2006). Dans l'année suivant l'adoption, les études montrent cependant combien l'adoption représente une intervention des plus efficaces. Notamment, un rattrapage significatif est observé pour la taille et le poids. Toutefois, la circonférence crânienne reste sous la moyenne des enfants non-adoptés de leur âge. Des retards significatifs d'environ un écart-type et demi sont aussi observés au plan intellectuel à l'arrivée de l'enfant dans son pays d'accueil, mais ces écarts ne sont généralement plus observables quelques années après l'adoption. Les enfants adoptés sont cependant plus à risque de développer des problèmes d'apprentissage que leurs pairs non-adoptés, notamment car ils présentent généralement

de moins bonnes habiletés langagières (Van IJzendoorn, Juffer, & Poelhuis, 2005, méta-analyse; Dalen & Theie, 2014). Au plan physiologique, les enfants adoptés présentent un taux de cortisol circadien plus élevé que les enfants non-adoptés du même âge. Cette hormone joue un rôle important dans la régulation physiologique et émotionnelle du stress, et plus l'âge à l'adoption et le temps passé en institution sont élevés, plus l'élévation de sécrétion de cette hormone l'est également. Au plan comportemental, les enfants adoptés présentent davantage de troubles du comportement intériorisés et extériorisés en comparaison à leurs pairs non-adoptés (Juffer & van IJzendoorn, 2005). Dans l'ensemble, toutes ces difficultés sont accentuées plus l'âge à l'adoption est élevé (plus de 12 mois), si l'enfant provient d'un pays d'Europe de l'Est (souvent associé à une consommation d'alcool et de drogues plus grande durant la grossesse) et s'il est un garçon (Gunnar, Van Dulmen, and the International Adoption Project Team, 2007; Tessier, Larose, Moss, Nadeau, & Tarabulsky, 2005; van IJzendoorn & Juffer., 2006).

Sur le plan de l'attachement, davantage d'enfants adoptés de l'international présentent des comportements d'attachement de type insécurisant, particulièrement de type désorganisé (Tessier et al., 2005; Van den Dries, Juffer, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009). De plus, van IJzendoorn et Juffer (2006) montrent que parmi l'ensemble des sphères développementales, la sécurité d'attachement de l'enfant envers son nouveau parent est, malgré un rattrapage suite à l'adoption, une des sphères les moins propices à une amélioration. Les enfants qui montrent un attachement désorganisé ne présentent pas de stratégies d'attachement cohérentes leur permettant de se référer à leur donneur de soins lors d'une situation de stress. Plutôt, face à leur figure d'attachement, ils adoptent des comportements d'approche et d'évitement, ou les deux de façon contradictoire, ou demeure sans ressource face à la situation (figé, apeuré, confus). De nombreuses études montrent que l'attachement désorganisé est le type d'attachement le plus fortement lié à des difficultés d'adaptation socio-affective, des troubles de comportement, des déficits cognitifs, une faible estime de soi et représente ainsi un important facteur de risque dans le développement de psychopathologies comme l'anxiété et la dépression (Carlson, 1998; van IJzendoorn et al. 1999, méta-analyse).

En somme, l'adoption internationale, laquelle offre une famille permanente aux enfants adoptés, constitue en soi une intervention efficace permettant aux enfants de rattraper une majeure

partie de leurs retards développementaux (van IJzendoorn & Juffer, 2006). Cependant, ce rattrapage semble moins significatif pour certains groupes d'enfants ou moins manifeste pour certaines sphères développementales, comme celle de l'attachement. Les difficultés que présentent les enfants, en particulier sur le plan de l'établissement d'une relation d'attachement avec leurs parents adoptifs représentent donc un défi de taille à relever pour ces derniers, voire aussi pour certains une source potentielle de préoccupation importante. C'est que les études montrent clairement l'importance de l'attachement sécurisant comme facteur de protection dans le développement des enfants, autant au plan social, cognitif, affectif que physiologique et pour le développement du cerveau de l'enfant (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005; Spangler & Grossmann, 1993). Il est en fait un très bon prédicteur de la santé mentale et de la capacité d'adaptation ultérieure de tout enfant (Sroufe et al., 2005).

2.2 Les parents adoptifs à l'international : la sensibilité et l'investissement parental

La qualité de l'attachement que développe l'enfant est étroitement associée à la sensibilité de son parent (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1982; Cyr & Moss, 2001; DeWolff & van IJzendoorn, 1997). La sensibilité parentale réfère à la capacité du parent de décoder, voire reconnaître et bien interpréter, les signaux émis par son enfant et à y répondre de façon juste et appropriée et dans un délai acceptable pour l'enfant (Ainsworth et al., 1978). La privation de soins parentaux due au placement en milieu institutionnel, ainsi que la pauvreté et le manque de stimulation cognitive et émotionnelle qui caractérisent ces milieux font que la plupart des enfants adoptés ont vécu à un moment ou à un autre de leur parcours des expériences de soins insensibles. Il n'est pas étonnant qu'un nombre important de ces enfants n'ont pu développer de lien d'attachement avec une figure sélective, encore moins un lien sécurisant avec celle-ci, leur permettant de développer une confiance envers l'adulte comme une personne pouvant les protéger et répondre à leurs besoins. Les enfants adoptés peuvent donc sembler ne présenter aucun besoin et même parfois repousser leur parent adoptif lorsque ce dernier offre une aide ou tente de favoriser la proximité et le contact physique. Dans ces cas, un sentiment de rejet est inévitablement ressenti par le parent et c'est d'ailleurs ce que certaines études ont montré chez des parents d'accueil et d'enfants ayant été négligés avant leur placement (Dozier, Lindhiem, & Acherman, 2005). Ces

difficultés relationnelles rencontrées par les familles adoptives suite à l'arrivée de leur enfant peuvent diminuer l'estime de soi des parents adoptifs à l'égard de leurs compétences parentales et interférer avec leur sensibilité parentale. Sur le plan clinique, la sensibilité parentale devient donc une cible d'intervention clé pour l'adaptation des familles adoptives.

Certaines études ont montré que la capacité du parent d'être sensible aux besoins de son enfant est façonnée par la perception qu'il a de pouvoir influencer positivement le développement de ce dernier (Jones & Prinz, 2005). Selon Bates et Dozier (2002), cette perception de pouvoir influencer positivement l'enfant réfère à l'investissement du parent envers son enfant. Selon eux, un parent investi accepte son enfant tel qu'il est, lui procure des soins bienveillants et est convaincu que ses comportements ont une influence sur ce dernier. Les études, auprès d'échantillons de parents d'accueil c'est-à-dire des parents qui accueillent un enfant de façon temporaire pour une période variant de quelques mois à de nombreuses années, montrent que plus le parent est investi envers son enfant, plus il adoptera des comportements sensibles à son égard (Albus & Bates, 1999; Dubois et al., 2015). Cependant, ce degré d'investissement est significativement plus faible chez certains parents d'accueil, soit ceux ayant vécu des traumatismes antérieurs non-résolus à ce jour, lesquels représentent malheureusement un nombre important de parents d'accueil (Dubois-Comtois et al., 2015). Chez les parents adoptifs à l'international, les études indiquent un portrait plutôt opposé. Précisément, les études montrent que ceux-ci sont plus investis auprès de leur enfant que la majorité des parents de familles biologiques (Gibson, 2009; Hamilton, Cheng, & Powell, 2007; Levy-Shiff, Zoran, & Shulman, 1997). Mais le sont-ils trop? Dans ces études, l'investissement parental réfère principalement à l'investissement de temps passé avec l'enfant et sa famille, de ressources matérielles mises à la disposition de l'enfant, d'accompagnement dans ses activités éducationnelles et sociales, ainsi que de ressources pour promouvoir sa santé. Gibson (2009) et Hamilton et ses collègues (2007) concluent que les parents adoptifs tendent effectivement à enrichir la vie de leur enfant en investissant davantage de ressources pour l'éducation et les activités personnelles que les parents d'enfants biologiques. Ils suggèrent que les parents agissent ainsi afin de compenser pour les manques matériels et relationnels qu'ils ont connus avant leur adoption. D'un point de vue de l'investissement émotionnel, l'étude de Lévy-Shiff et ses collègues (1997) décrit les parents adoptifs comme étant plus surprotecteurs, manifestant des comportements intrusifs et de contrôle, à l'égard de leur enfant en comparaison à des parents d'accueil. De tels

comportements de surprotection ne correspondent pas à la définition de comportements parentaux dits sensibles et viendraient appuyer notre hypothèse de surinvestissement émotionnel. Toutefois, aucune étude n'a examiné spécifiquement le surinvestissement émotionnel chez les parents adoptifs et s'il compromet la sensibilité auprès de leur enfant.

Les études sur les familles d'accueil ayant porté sur l'investissement émotionnel des parents peuvent nous informer sur les variables susceptibles d'influencer l'investissement des parents adoptifs à l'international. Notamment, chez les familles d'accueil, l'âge de l'enfant à son arrivée est associé à la qualité de son investissement parental. Plus l'enfant est jeune à son arrivée dans la famille, plus la mère d'accueil sera investie émotionnellement auprès de lui (Dozier & Lindhiem, 2006). L'allure mignonne et vulnérable des bébés amènent aussi les parents à leur donner davantage de soins qu'à un autre enfant (Ackerman & Dozier, 2006; Dozier, Grasso, Lindhiem, & Lewis, 2007; Lindhiem & Dozier, 2006). Dans ces études, les parents croient davantage en leurs pouvoirs de changer les acquis et le mode relationnel d'un plus jeune enfant que d'un enfant plus âgé ayant un passé plus chargé. En constatant les comportements du bébé se modifier suite à ses interventions, le parent est renforcé et encouragé à s'investir davantage (Ackerman & Dozier, 2006).

L'effet de l'âge de l'enfant sur l'investissement parental semble particulièrement important à considérer sachant que la moyenne d'âge des enfants adoptés à l'international ne cesse d'augmenter. Notons toutefois que le temps passé dans la famille adoptive, indépendamment de l'âge de l'enfant à son arrivée, est également associé à l'investissement du parent. À cet effet, plus le temps passé en famille d'accueil est long, plus le parent est susceptible de s'investir émotionnellement auprès de lui (Lindhiem & Dozier, 2007). En comparaison au placement, l'adoption internationale représente un facteur de protection puisque les enfants resteront avec leur parent adoptif de façon définitive. Il importe donc de poursuivre nos études sur le (sur)investissement du parent adoptif afin de mieux comprendre son lien avec la sensibilité parentale et son rôle dans la capacité de ce dernier à profiter d'une intervention visant à favoriser sa sensibilité.

2.3 Intervenir auprès des familles adoptives à l'international

2.3.1 Les services pré- et post-adoption

Afin de préparer l'arrivée de l'enfant au sein de sa famille adoptive, des services pré-adoption sont offerts. Ces services sont principalement des ateliers de préparation à l'adoption. Ces séances d'informations portent sur différents sujets : les différences entre l'enfant adopté et l'enfant biologique, la santé et le développement de l'enfant adopté, les traumatismes, le sentiment d'abandon, l'attachement, la discipline, la culture, les facteurs liés au succès de l'adoption, etc. Certains organismes agréés offrent également différentes activités (ateliers, conférences, témoignages, regroupement) plus spécifiquement liées aux défis de l'adoption à l'étranger que les parents sont susceptibles de rencontrer lorsqu'ils accueilleront leur enfant adopté. Des services post-adoption sont aussi offerts suite à l'arrivée de l'enfant dans sa famille. Pour tout parent biologique, l'arrivée d'un enfant est susceptible de déstabiliser le couple de façon plus ou moins temporaire, voire même mettre à l'épreuve certains couples. Dans le cas de l'arrivée d'un enfant adopté de l'international, des défis supplémentaires sont présents, en particulier au plan du développement de la relation parent-enfant. Ces enfants sont à risque de présenter des difficultés d'attachement en raison de leurs expériences relationnelles passées (abandon, absence d'un donneur de soin stable) et les conditions précaires (malnutrition, sous-stimulation, etc.) dans lesquelles ils ont évolué depuis leur naissance (pour la plupart en milieu institutionnel). L'accueil d'un enfant adopté à l'étranger nécessite donc des adaptations importantes pour les familles adoptives. Pour les soutenir, des services sont donc offerts suite à l'arrivée de l'enfant.

Au Québec, la majorité des services pré et post-adoptions sont offerts par les Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) en partenariat avec le SAI. Bien qu'offerts de façon optionnelle, la majorité des parents adoptants sont très engagés auprès de leur enfant (Breton, 2008). Ils vont donc activement rechercher et participer à ces formations et services pré- et post-adoption. Aussi, comme pour toutes les nouvelles familles biologiques, la famille adoptive reçoit à domicile la visite d'un intervenant du CLSC de sa région dans les deux semaines suivant l'arrivée de l'enfant au Québec. Cette rencontre permet aux parents d'être soutenus et rassurés dans leur nouveau rôle parental. Ils peuvent aussi être conseillés sur l'adaptation de leur enfant

dans son nouveau milieu de vie et être guidé par rapport aux soins à lui offrir. Une rencontre médicale est aussi fortement recommandée à l'arrivée afin de faire un bilan de santé et prévoir, si nécessaire, des soins supplémentaires à prodiguer à l'enfant. Advenant que des services plus spécialisés soient requis, une référence pourra être faite auprès de professionnels concernés. Par exemple, deux CLSC de la région de Montréal offrent des services spécialisés en adoption internationale pour les familles qui souhaitent être accompagnées dans leur processus d'adoption de façon plus personnalisée via des rencontres individuelles et/ou familiales.

Il demeure cependant qu'aucun de ces services cliniques, ateliers ou formations pré- ou post-adoption n'a fait spécifiquement l'objet d'une évaluation scientifique. Conséquemment, il est très difficile de juger de la qualité de l'ensemble de ces services auprès de cette clientèle. Dans le domaine des services cliniques ou des formations associées à l'adoption, une variété de propositions est offerte aux familles. En particulier, les interventions visant à favoriser le lien d'attachement sont grandement recherchées par les familles. De nombreuses études ont montré combien l'attachement sécurisant est un facteur de protection important dans le développement global de tout enfant (voir Cassidy & Shaver, 2016 et Sroufe et al., 2005 pour des recensions). Puisqu'un des enjeux préoccupant pour les enfants adoptés est le développement d'un lien d'attachement sécurisant auprès de son parent adoptif, il n'est donc pas étonnant de constater l'intérêt des familles adoptives pour ce type de services. Toutefois, nous constatons que très peu d'études ont effectivement évalué l'efficacité d'interventions fondées sur l'attachement auprès de parents et leur enfant adopté (Fisher et al., 2006; Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2005; Stams et al., 2001). Il importe donc de poursuivre nos études à cet égard, d'autant plus que bien que plusieurs des services actuels puissent être de bonne qualité, il demeure que certaines pratiques post-adoption sont clairement à proscrire. Par exemple, sous prétexte qu'elles disent favoriser le lien d'attachement, des « thérapies d'attachement » proposent l'application de techniques de « rematernage, de cocooning, de *rebirth* ou de *Holding therapy* » qui vont tout-à-fait à l'encontre des prémisses de la théorie de l'attachement et des études qui en découlent. Ces techniques controversées proposent l'adoption de pratiques non-appuyées par les connaissances scientifiques actuelles en imposant à l'enfant diverses actions coercitives sur le plan émotionnel, mais aussi physique. Notamment, celles-ci forcent le parent à tenir l'enfant contre son gré et à être insensibles aux besoins de l'enfant en ignorant notamment ses signaux de détresse (Cyr, Euser,

Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2010). Plusieurs d'entre elles vont même jusqu'à déconseiller les thérapies dites plus « traditionnelles ». Il y a quelques années, un rapport de l'APSAC dénonçait de telles pratiques ayant par le passé conduites à des effets graves, voire mortelles, chez certains cas d'enfants (Chaffin et al., 2006 ; Dozier & Rutter, 2016). Même si aucune étude scientifique n'a démontré l'efficacité de ces thérapies controversées, il est difficile pour des parents à la recherche de services, bien souvent impuissants devant les difficultés à résoudre, de bien sélectionner les services de qualité.

2.3.2 Les interventions dans le domaine de l'attachement

Les études méta-analytiques montrent que les programmes d'intervention de courte durée (entre 5 et 16 rencontres), utilisant la rétroaction vidéo et orientés sur la modification de la relation parent-enfant, sont plus efficaces pour favoriser la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement des enfants que les interventions qui offrent un soutien social ou visent à modifier les représentations du parent (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn et Juffer, 2003, 2005 et 2008).

Parmi ces programmes de courte durée (entre 4 et 10 rencontres), on retrouve l'*Intervention relationnelle – IR* (Moss et al., 2011; Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Carignan et St-André, 2009), l'*Attachment and Bio-behavioral Catch-up – ABC* (Dozier et al., 2005) et le *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting – VIPP* (Juffer et al., 2005 et 2008). Fondamentalement, ces programmes sont des interventions positives, centrés sur les forces du parent. Ils visent spécifiquement à renforcer les comportements sensibles des parents en interaction avec leur enfant en aidant le parent à : 1) observer les comportements de l'enfant et reconnaître ses signaux de détresse, 2) bien interpréter les besoins de l'enfant qui est parfois peu démonstratif vu ses expériences relationnelles passées, et 3) prendre conscience des besoins d'attachement et d'exploration de son enfant ainsi que de son influence sur l'enfant. Une méta-analyse de Fukkink (2008) conclue aux effets bénéfiques de la rétroaction vidéo comme stratégie d'intervention pour développer les comportements sensibles des parents et favoriser le développement des enfants. Il montre aussi l'efficacité des programmes de courte durée utilisant cette méthode pour développer des interactions parent-enfant positives, améliorer la perception du parent face à ses compétences

parentales, diminuer les problèmes relationnels et favoriser le plaisir dans la relation parent-enfant. Les programmes d'intervention qui se fondent sur la rétroaction vidéo comme stratégie d'intervention sont donc considérés efficaces pour soutenir les familles avec de jeunes enfants.

Plusieurs essais cliniques randomisés testant l'efficacité de ces interventions ont permis de documenter leurs effets bénéfiques auprès de différentes populations à risque de présenter des défis dans le développement de la relation parent-enfant. Parmi ces populations, on retrouve les parents d'accueil et leur enfant placé, les parents biologiques maltraitants et leur enfant victime d'abus ou de négligence, mais aussi des parents et leur enfant adopté de l'international. Dans l'ensemble, ces interventions brèves et centrées sur le développement de la sensibilité maternelle montrent des effets positifs sur l'amélioration de la sécurité d'attachement, une diminution des comportements d'attachement désorganisé et une amélioration de la sensibilité parentale (De Theux-Heymans, Stievenart, & Roskam, 2013; Moss et al., 2011; Juffer et al., 1997, 2005 et 2008; Stams et al., 2001). Cependant, parmi ces études, seulement trois d'entre elles et du même groupe de recherche, ont spécifiquement porté sur des familles adoptives à l'international (Juffer et al., 2005; Stams et al., 2001). Par ailleurs, ces études sont peu récentes et ont donc principalement porté sur des enfants adoptés à un très jeune âge (ex. : moins de 6 mois; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2004), avec des parents certainement moins à risque de voir leur capacités parentales (sensibilité, investissement) déstabilisées par les nouveaux défis de l'adoption (adoption tardive, enfants avec besoins spéciaux). Aussi, dans ces études, les pays d'adoption sont différents (Sri Lanka, Colombie, Corée) de ceux généralement ciblés par les familles québécoises (Asie, par exemple Chine et Vietnam). Les conditions de vie préalables à l'adoption des enfants varient certainement en fonction des pays. Notamment, dans l'étude de Stams et ses collègues (2001), les enfants adoptés du Sri Lanka habitaient encore avec leur mère biologique au moment de l'adoption. Enfin, aucune de ces études n'a examiné le rôle du surinvestissement parental comme modérateur potentiel de l'intervention.

Puisque les enfants arrivent dans leurs familles adoptives avec une histoire de vie déjà remplie d'adversité malgré leur jeune âge, la qualité de leur nouveau milieu de vie jouera un rôle important dans la suite de leur développement. La possibilité de modifier leur modèle d'attachement pour un plus sécurisant est un déterminant clé pour s'assurer du succès de

l'adoption. Afin de favoriser cette sécurité d'attachement, ces enfants ont besoin de parents particulièrement sensibles, mais considérant les difficultés que plusieurs d'entre eux présentent, le parent adoptif ne peut se limiter qu'à un rôle parental, il importe qu'il puisse également assumer un rôle d'accompagnateur aidant l'enfant à surmonter les déficits qui découlent de ses expériences passées. Cependant, les études à ce jour laissent penser que ceux-ci tendent à être surinvestis auprès de leur enfant, ce qui peut occasionner des comportements intrusifs dans les interactions avec l'enfant. Il nous apparaît donc impératif de développer des interventions pouvant favoriser leur sensibilité et d'en évaluer empiriquement leur efficacité, en considérant le degré de surinvestissement potentiel, lequel risque d'atténuer les effets de l'intervention.

CHAPITRE III

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

3.1 Objectifs et hypothèses de l'étude

La présente étude a pour but d'évaluer l'efficacité de l'Intervention relationnelle (IR), une intervention court-terme (8 rencontres) fondée sur la théorie de l'attachement et la rétroaction vidéo. L'intervention vise l'amélioration de la qualité de la relation entre le parent adoptif à l'international et son enfant via le renforcement de la sensibilité parentale. Plus précisément, nous examinerons l'effet de l'IR sur la sensibilité parentale en considérant le surinvestissement parental comme modérateur pouvant possiblement atténuer l'efficacité de l'intervention. Cette étude permettra non seulement de mieux comprendre les besoins des familles adoptives, mais également de mieux définir des services cliniques post-adoption plus adaptés pour les enfants adoptés de l'international et leurs parents.

Nous faisons l'hypothèse qu'au terme de l'intervention, les parents ayant reçu l'IR seront plus sensibles que ceux du groupe contrôle. Par ailleurs, nous croyons que les parents qui ont un bon degré d'investissement en début d'intervention, indépendamment de la condition (groupe intervention vs contrôle) dans laquelle ils se trouvent, présenteront des comportements plus sensibles et mieux adaptés envers leur enfant au terme de l'intervention. Nous estimons cependant que les parents surinvestis en début d'intervention ne pourront pas profiter autant de l'IR que les ceux ayant reçu l'IR, mais présentant un bon degré d'investissement parental en début d'intervention.

CHAPITRE IV

MÉTHODE

4.1 Participants

La présente étude comporte 62 familles ayant adopté un enfant à l'international âgé entre 1 et 5 ans ($M = 31,13$ mois, $É.T. = 14,07$). Les enfants sont 37 filles et 25 garçons. Au moment du recrutement, ils vivaient avec leur famille adoptive depuis au moins 3 mois ($M = 16,16$ mois, $É.T.=12,13$). En moyenne, les enfants ont été adoptés entre 13 et 61 mois ($M = 14,90$ mois, $É.T.= 9,69$) et ont vécu avant leur adoption entre 1 et 4 expériences de placement ($M = 2,61$, $É.T.= 0,78$). La majorité des enfants ont été adoptés de l'Asie (94%). Le Tableau 1 présente les données descriptives des enfants et des parents de notre échantillon.

Les enfants admissibles à l'étude pouvaient présenter des besoins spéciaux (ex. fissure labio-palatine, malformation congénitale), mais ceux avec des troubles organiques (alcoolisme fœtale) ou du développement (trouble du spectre de l'autisme), tels les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme ont été exclus du projet. Au total, 18 enfants recrutés (29%) présentent des besoins spéciaux. Dans le cadre de la présente étude, toutes les familles ayant des données à l'évaluation pré et post-tests ont été retenues.

La plupart des donneurs de soins principaux de notre étude sont des mères (59 mères et 3 pères). L'âge moyen des donneurs de soins est de 41,34 ans ($É.T.= 4,56$). Parmi les 62 familles de notre échantillon, 51 (82%) sont composées de couples (mariés ou conjoint de fait) et 11 (18%) sont composés de mères monoparentales. Pour 63% des familles, l'enfant adopté est leur seul enfant. De plus, 83% des donneurs de soins principaux de notre échantillon possède un diplôme universitaire. Enfin, la majorité des donneurs de soins (79%) ont un revenu annuel supérieur à 45 000\$.

Tableau 1. *Données descriptives des familles de l'étude*

Données socio-démographiques	M (E.T.)	%
Enfants		
Âge des enfants (mois)	31,13 (14,07) (E=12,6-60,7)	-
Temps passé dans la famille depuis l'adoption (mois)	16,16 (12,13) (E=3-48)	-
Age à l'adoption (mois)	14,90 (9,69) (E=3-58)	-
Sexe de l'enfant (nombre de filles)	-	59,7
Pays d'origine		
<i>Asie</i>		
Chine		51,6
Vietnam		30,6
Autres		12,8
<i>Amérique</i>		
Haïti		3,2
<i>Afrique</i>		
Mali		1,6
Enfants qui présentent des besoins spéciaux		29,0
Nombre de placements avant l'adoption	2,61 (0,78) (E=1-4)	
Parents (donneur de soin principal ayant participé à l'étude)		
Sexe (femme)		93,5
Âge	41,34 (4,56) (E=31-52)	
Statut marital		
Marié ou conjoint de fait		82,3
Monoparental		17,7
Niveau de scolarité		
Secondaire ou collégial		14,5
Universitaire 1 ^{er} cycle		48,4
Universitaire 2 ^e ou 3 ^e cycle		37,1
Revenu annuel brut		
Moins de 44 999\$		21
Entre 45 000 et 74 999\$		37,1
Plus de 75 000\$		41,9

La plupart des familles de notre échantillon ont suivi des formations pré-adoptions (74,2%) et/ou des ateliers post-adoption (53,2%). Au moment de leur participation à la recherche, 37,7% des familles nomment avoir besoin d'aide au sujet de leur enfant adopté.

4.2 Procédure

Recrutement. Les familles ont été recrutées par l'intermédiaire d'une clinique spécialisée en adoption internationale (CSSS Jeanne-Mance) et d'organismes québécois agréés à l'adoption internationale. D'abord, les organismes ont ciblé les familles selon l'âge des enfants (entre 1 et 5 ans). Elles leur ont envoyé par la poste ou par courriel la documentation faisant la promotion du projet. La documentation a été envoyée à toutes les familles résidant dans un périmètre de moins d'une heure de route de Montréal et de Trois-Rivières. Les familles intéressées ont été invitées à contacter l'équipe de recherche pour participer au projet.

L'explication du projet et la vérification des critères d'admissibilité ont ensuite été effectués par contact téléphonique. Lors de l'entretien téléphonique, l'implication qu'exige le projet pour le parent et l'enfant a été présentée au parent. La confidentialité et l'anonymat ont aussi été assurés aux familles acceptant de participer. Le formulaire de consentement a ensuite été envoyé par la poste au domicile du parent, lequel a pu le signer et nous le retourner ou a été complété avec l'assistant de recherche lors de la première rencontre à domicile. Les parents ont été invités à poser toutes leurs questions lors de l'entretien téléphonique et avant d'amorcer la première rencontre.

Devis à essais randomisés. Les parents ayant accepté de participer au projet ont été assignés aléatoirement sur une base de 1 : 1 au groupe d'Intervention relationnelle (IR) ou au groupe contrôle (liste d'attente). Les dyades ont été rencontrées à trois moments et selon un ordre différent : Groupe IR 1) 2 visites d'évaluation pré-test, 2) 8 rencontres d'intervention relationnelle, et 3) 2 visites d'évaluation post-test ; Groupe contrôle : 1) 2 visites d'évaluation pré-test, 2) 8 semaines d'attente sans intervention, 3) 2 visites d'évaluation post-test et 4) 8 rencontres d'intervention relationnelle. Selon le groupe auquel les dyades ont été assignées, l'IR a donc été dispensée à des moments différents.

Évaluation pré- et post-tests. Les rencontres pré et post-tests étaient constituées de deux visites chacune avec un maximum de deux semaines d'intervalle. Les deux rencontres au pré-test ont été identiques à celles du post-test, à l'exception du questionnaire socio-démographique qui

n'a pas été repris lors du post-test. La première rencontre a eu lieu au domicile de la famille et la deuxième rencontre a eu lieu au laboratoire de l'université au maximum deux semaines avant le début de l'intervention. Une compensation financière de 20\$ a été remise au parent pour couvrir les frais de déplacement de la famille jusqu'au laboratoire. Ces rencontres ont permis d'administrer l'entrevue « Ceci Est Mon Enfant », visant à évaluer l'investissement parental. Une collation (10 min.) lors de la rencontre en laboratoire a été offerte aux dyades. Cette séquence a permis d'évaluer la sensibilité du parent lors de ses interactions avec son enfant. Des questionnaires permettant de recueillir des informations sur les aspects sociodémographiques de la famille ont été remis au parent lors de la première rencontre.

L'intervention. Le programme d'Intervention relationnelle vise à ce que le parent prenne conscience de ses forces et qu'il soit témoin, à l'aide de la rétroaction vidéo, des impacts positifs qu'il a sur le développement de son enfant. Il est constitué de 8 rencontres d'une durée approximative de 90 minutes chacune et durant lesquelles le parent (donneur de soins principal) et l'enfant adopté sont présents. L'autre parent peut aussi assister aux rencontres s'il le souhaite. Toutes les rencontres ont lieu au domicile de la famille où l'intervenante se déplace chaque semaine.

Les rencontres sont subdivisées en quatre parties : 1) une discussion avec le parent sur un thème en lien avec le développement des enfants; 2) une période d'interaction parent-enfant filmée à partir d'un jeu proposé par l'intervenante; 3) une rétroaction vidéo durant laquelle l'intervenante souligne les comportements positifs du parent et de l'enfant dans le but de développer la sécurité d'attachement chez l'enfant et 4) le parent est invité à reproduire les comportements renforcés durant la rétroaction vidéo durant ses activités quotidiennes avec son enfant. Au fil des rencontres, les rétroactions de l'intervenante visent davantage les compétences du parent à développer. Notons que les familles du groupe contrôle avaient le choix de recevoir ou de refuser l'intervention suite à l'évaluation post-test.

Des étudiantes au doctorat en psychologie, ayant toutes préalablement un baccalauréat en psychologie, ont dispensé l'IR. Elles ont d'abord toutes suivi une formation sur l'IR et, lors de l'administration de l'IR, ont été supervisées par les chercheurs / psychologues de l'équipe de recherche sur une base hebdomadaire.

4.3 Instruments

4.3.1 Questionnaire sociodémographique et services reçus

Ce questionnaire, complété par le parent, vise à recueillir des informations diverses sur la situation sociodémographique de la famille (âge de l'enfant à son arrivée, âge des parents, temps passé dans la famille, pays d'origine, etc.), ainsi que sur les services pré et post-adoption reçus par la famille.

4.3.2 La sensibilité parentale

La sensibilité parentale a été évaluée lors d'une collation de 10 minutes. La grille d'interaction parent-enfant pour les périodes préscolaires et scolaires (Humber, Roberge, Cyr, & Dubois-Comtois, 2001) a été utilisée pour évaluer la sensibilité parentale. Ce système évalue différentes dimensions du système dyadique et parental (coordination, communication, rôle, expression émotionnelle, sensibilité/réponse appropriée, tension/relaxation, humeur, plaisir et fonctionnement global). Dans le cadre de cette étude, seul l'échelle de sensibilité/réponse appropriée a été utilisée. Les scores obtenus à cette échelle varient de 1 (peu sensible, manque de capacité à répondre adéquatement aux signaux et messages de l'enfant) à 7 (très sensible, capacité élevée à répondre aux besoins de l'enfant tout en maintenant des interactions réciproques et plaisantes). Les scores inférieurs à 3 représentent un score de sensibilité considéré comme problématique où il appert que la dyade nécessiterait des soins cliniques.

Dans les études antérieures, les échelles de cette grille ont permis de discriminer les patrons d'interactions de parent et leur enfant âgés entre 3 et 7 ans avec différents types d'attachement – où les dyades avec un enfant présentant un attachement insécurisant désorganisé avaient les scores les plus faibles à ces sous-échelles, alors que celles avec un enfant présentant un attachement sécurisant avaient les scores les plus élevés (Cyr & Moss, 2001; Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2005). Les scores à ces échelles sont aussi associés de façon concurrente et longitudinale aux problèmes de comportement et à la performance cognitive des enfants (Moss et al., 1998, 2004; Moss & St-Laurent, 2001). Cette mesure observationnelle souvent utilisée en laboratoire s'est

montrée représentative des interactions parent-enfant se déroulant à la maison. À cet effet, Dubois-Comtois et Moss (2008) ont trouvé une corrélation de 0,71 entre la qualité des interactions parent-enfant recueillies dans un intervalle de moins de 3 mois se déroulant à la maison et en laboratoire lorsque codée par des évaluateurs indépendants.

La sensibilité dans les interactions parent-enfant a été évaluée pour l'ensemble de l'échantillon par deux codeurs indépendants, aveugles aux autres mesures et formés par un juge expert. La fidélité interjuge, calculée sur 30% de l'échantillon, est de $r_{ic} = 0,82$.

4.3.3 Le surinvestissement parental

Le surinvestissement parental a été évalué à partir d'une version modifiée de l'entrevue "Ceci Est Mon Enfant" (CEME; Bates & Dozier, 2002) et de son système de codification.

Entrevue. Cette entrevue est une traduction francophone de la version anglaise originale du « This Is My Baby Interview (TIMB) », laquelle a été initialement conçue pour évaluer l'investissement du parent d'accueil envers son enfant. Le CEME est une entrevue semi-structurée de six questions, d'une durée approximative de 10 à 15 minutes, développée pour évaluer le degré d'acceptation, d'engagement et de croyance que le parent a de son influence envers son enfant. Afin de s'assurer que cette entrevue s'applique aux parents adoptifs à l'international, la deuxième question qui portait initialement sur le désir des parents d'accueil d'adopter ou non l'enfant a été modifiée. Les parents adoptifs ont plutôt été invités à décrire les ressemblances entre l'enfant adopté et l'enfant qu'ils avaient imaginé avant son arrivée. Les 5 premières questions de cette entrevue ont donc porté sur les aspects suivants: la description que font les parents de l'enfant adopté, la ressemblance entre l'enfant adopté et imaginé avant l'adoption, la réaction des parents si l'enfant devait quitter, l'influence de la relation parent-enfant sur le développement actuel de l'enfant et dans le futur, ainsi que les souhaits des parents pour le présent et le futur de leur enfant. Enfin, la dernière question est une question ouverte où les parents peuvent ajouter toutes informations pertinentes sur leur enfant et leur processus d'adoption.

Système de codification. L'outil développé par Bates & Dozier (2002) évalue l'investissement du parent sur un continuum allant d'un sous-investissement à un investissement optimal. Pour les besoins de notre étude, nous nous sommes grandement inspirées des échelles de Bates et Dozier mais les avons reformulées de façon à considérer le surinvestissement. Le système de codification que nous proposons inclue au final 2 échelles variant de 0 (bon investissement) à 2 (surinvestissement). La première échelle nommée *Acceptation/engagement* évalue la capacité du parent à exprimer des sentiments positifs envers son enfant, à prendre plaisir à lui prodiguer des soins, à le respecter dans son unicité et à démontrer à son enfant qu'être son parent est important. La codification s'est faite en fonction du degré de cohérence entre les pensées du parent pour décrire son enfant et les comportements qu'il mentionne à propos de son enfant, la capacité du parent à voir son enfant comme un être séparé de lui, sa capacité à exprimer l'importance de son rôle parental pour son enfant, à former une relation sans retenue émotionnelle et sa volonté d'engager des ressources physiques et émotionnelles envers lui. La deuxième échelle, celle de la *Conscience de l'influence parentale*, évalue la capacité du parent à être conscient que la relation qu'il entretient avec son enfant a une influence sur ce dernier, ainsi que la capacité du parent à formuler des buts actuels et futurs pour son enfant. Comme le suggèrent Bates et Dozier (1998), ces aspects sont évalués en fonction de la profondeur de la réflexion du parent sur l'impact qu'a sa relation avec son enfant sur celui-ci pour le moment présent et dans le futur, en termes d'accomplissements concrets, émotionnels et psychologiques. Le score donné à cette échelle varie également en fonction de la qualité des buts que le parent formule pour son enfant, maintenant et pour le futur.

Une fois l'entrevue avec le parent complétée, l'entretien est transcrit sous forme de verbatim à partir duquel la codification est faite. L'ensemble des entrevues a été évalué par deux codeurs ayant été formés par un juge expert (D. Duchesne) et ayant obtenu un accord interjuge de $r_{ic} = 0,80$ avec celui-ci sur un échantillon indépendant. L'accord inter-juge entre les deux codeurs pour les entrevues du projet actuel est de $r_{ic} = 0,70$ pour la sous-échelle *Acceptation/engagement* et de 0,90 pour la sous-échelle *Conscience de l'influence*). Pour chacune des sous-échelles, un score de 0 représente un parent bien investi, alors qu'un score de 2 à une sous-échelle indique qu'un parent est surinvesti. Le tableau 2 présente des exemples des critères d'évaluation servant à codifier les réponses des parents, ainsi que des exemples de courts verbatims des réponses de

parents bien investis et surinvestis. Pour l'étude actuelle, comme les deux sous-échelles se sont montrées modérément corrélées entre elles ($r = 0,43$), nous avons combiné l'échelle d'*Acceptation/engagement* à celle de *Conscience de l'influence* en les additionnant pour n'en faire qu'une seule (avec une étendue de scores possibles entre 0 et 4). Nous avons ensuite dichotomisé les scores de cette variable : les parents ayant un score entre 0 et 2 présente un bon investissement ($n=32$), alors que les parents avec un score de 3 et plus sont surinvestis ($n=30$).

Tableau 2. Exemples de critères d'évaluation ayant servi à codifier les réponses des parents et exemples de verbatims de parents bien investis et surinvestis

Sous-échelles	Bon investissement (score de 0)		Surinvestissement (score de 2)	
	Critères	Exemple	Critères	Exemple
Acceptation/engagement (5 critères)	Description nuancées des caractéristiques de l'enfant	« Elle est enjouée, curieuse, chaleureuse, énergique et parfois téméraire. Elle aime apprendre. Elle ne laisse pas sa place. Elle sait ce qu'elle veut et ça lui arrive d'avoir de la difficulté à gérer ses émotions si on lui dit non ou si elle doit attendre. »	Description idéalisée des caractéristiques de l'enfant	« Il a fait comme je te dis un traumatisme post-adoption, il s'est renfermé sur lui-même ça duré 2-3 semaines puis après ça l'évolution a été très très rapide donc il est parti d'un enfant qui marchait presque pas, qui mangeait pas du tout, qui ne voulait pas jouer, qui n'avait pas d'interaction avec personne à un enfant qui s'est ouvert vraiment au monde autour de lui du jour au lendemain.»
	Le parent mentionne la présence d'un lien affectif parent-enfant de qualité (construit ou en construction) : relation réiproque et co-construite	« On a créé un lien fort ensemble, une stabilité et j'espère que cet oncrage-là va lui permettre de bien grandir et d'aller vers les autres une fois adulte. On est en train de bâtir quelque chose de solide qui continue de se développer tous les jours. » « On parle beaucoup depuis que le langage est plus développé. Je sens que le lien se construit et c'est vraiment une interaction et pas juste moi qui la nourrit et en prend soin. »	La création de la relation parent-enfant représente un défi important : le parent tend à compenser par des ressources externes pour s'assurer du développement de sa relation	« On lui a donné beaucoup, beaucoup, beaucoup. On a lu à peu près tout ce qui se fait sur l'attachement. On a vraiment répondu à ses besoins dans le délai le plus court pour faire le lien d'attachement. J'ai pris 2 ans pour m'occuper uniquement d'elle. »
Conscience de l'influence parentale (2 critères)	Le parent croit qu'il peut faire une différence significative dans la vie de l'enfant, tout en reconnaissant l'apport de d'autres sources d'influences	« Elle a beaucoup évoluée depuis son arrivée, elle est de plus en plus autonome. Maintenant, elle va à la garderie et elle s'attache tranquillement à d'autres personnes : des amis et ses éducatrices. »	Le parent accorde une très grande influence au rôle de la relation parent-enfant, il remet souvent en question ses pratiques parentales et minimise l'apport de sources externes.	« Mon enfant est pareil comme moi, c'est fou comme il me ressemble physiquement là. Il a au moins 85% de ma personnalité, même si on n'a pas de lien génétique et y'a une petite partie qui vient de son frère là. »
	Buts personnalisés et réalisés en regard du développement de l'enfant	« Actuellement, qu'elle s'approprie le sentiment de sécurité qu'elle développe depuis qu'elle est arrivée. Pour le futur, qu'elle fasse son propre cheminement, ses apprentissages, qu'elle soit ouverte à me parler sans avoir peur d'être jugée. » « Qu'il apprenne à mieux tempérer ses émotions lorsqu'il vit une déception » peut être aimé de tous. »	Souhaits non-personnalisés ou idéalisés qui répondent aux besoins/attentes du parent	« Dès que je peux, je joue avec elle pour être sûr qu'à l'adolescence le contact soit tellement bon que je vais être sa confidente. » « Comme tous les parents, qu'il soit heureux, qu'il se respecte, qu'il fasse ce qu'il aime, qu'il s'approprie son histoire de façon heureuse, qu'il accepte ses parents chinois et québécois, ses deux cultures, ... »

CHAPITRE V

RÉSULTATS

5.1 Analyses préliminaires

5.1.1 Comparaison des groupes Intervention relationnelle et contrôle sur les variables sociodémographiques et les caractéristiques liées à l'adoption des enfants

Nous avons d'abord comparé le groupe intervention au groupe contrôle pour vérifier s'ils diffèrent au pré-test sur les variables sociodémographiques et les caractéristiques liées à l'adoption des enfants. Le tableau 3 présente les moyennes, les pourcentages et les résultats statistiques des Khi-Carré et test-*t*. Nous constatons que les familles des deux groupes ne se distinguent pas sur le plan socio-économique, ni sur le plan des caractéristiques des enfants adoptés. À cet égard, les familles des deux groupes présentent un profil similaire avant l'intervention.

Tableau 3. Comparaison des groupes Intervention relationnelle et contrôle sur les variables sociodémographiques.

Variables sociodémographiques et liées à l'adoption de l'enfant	Groupes à l'étude		
	Groupe Intervention relationnelle n=32 M (E.T.) ou %	Groupe contrôle n=26 M (E.T.) ou %	Test statistique χ^2 ou test t^a
Genre (garçons)	48,48%	31,03%	1,95
Âge de l'enfant (mois)	28,75 (14,30)	33,83 (13,52)	-1,43 ^a
Âge à l'adoption (mois)	15,30 (11,43)	14,45 (7,42)	0,34 ^a
Temps passé dans la famille (mois)	13,30 (11,41)	19,19 (12,40)	-1,88 ^a
Enfants avec besoins spéciaux	27,27%	20,69%	0,37
Placements antérieurs	2,57 (0,82)	2,60 (0,55)	-0,07
Âge du parent (ans)	40,36 (3,94)	42,45 (5,01)	-1,83 ^a
Statut marital (monoparental)	15,15%	20,69%	0,32
Niveau de scolarité (\leq collégial)	15,15%	13,79%	0,02
Revenu annuel (\leq 44 999\$)	21,21%	20,69%	0,00
Formation pré-adoption suivie	75,76%	72,41%	0,09
Formation post-adoption	51,52%	55,17%	1,35
Besoin d'aide au sujet de l'enfant	39,39%	34,48%	0,09
Nombre d'enfants dans la famille (\geq 2)	39,39%	34,48%	2,13

5.1.2 Comparaison des groupes Intervention relationnelle et de contrôle au pré-test sur les variables à l'étude

Nous avons vérifié si les 2 groupes à l'étude se distinguent au pré-test sur la variable cible de l'étude, la sensibilité parentale, ainsi que sur le modérateur pouvant affecter la capacité du parent à bénéficier de l'intervention, soit l'investissement parental. Le tableau 4 présente les résultats des analyses de Khi-Carré et de test- t qui montrent que le degré de sensibilité parentale des parents surinvestis ne diffère pas de façon significative de celui des parents ayant un investissement adéquat. Toutefois, les groupes se distinguent sur leur degré de surinvestissement parental. Les résultats indiquent que les parents du groupe contrôle sont plus nombreux à être surinvestis au pré-test en comparaison aux parents du groupe d'intervention.

Nous avons également examiné l'association entre le surinvestissement et la sensibilité parentale au pré-test. Les résultats d'un test- t montrent aucune association significative entre ces variables au pré-test ($t = 0,58, p = 0,56$).

Tableau 4. Comparaison des groupes Intervention relationnelle et contrôle au pré-test sur les variables cibles de l'étude

Variables cibles de l'étude	Groupe à l'étude		Test statistique χ^2 ou test- t^a
	Groupe Intervention relationnelle	Groupe contrôle	
	n=32 M (E.T.) ou %	n=26 M (E.T.) ou %	
Sensibilité parentale	5,30 (1.31)	4.86 (1.19)	1.38 ^a
Investissement parental			4.08*
Investissement adéquat	63,64%	37,93%	
Sur-investissement parental	36,36%	62,07%	

5.1.3 Analyses pour la détection de variables contrôles à inclure dans les analyses principales

Des analyses ont été menées afin de vérifier la pertinence d'inclure des covariables sociodémographiques (âge de l'enfant, âge de l'enfant à l'adoption, temps passé dans la famille, statut socio-économique) pouvant avoir un impact sur la sensibilité parentale au post-test. Des analyses de corrélation montrent que les enfants plus vieux ($r = -0.28$) et ceux adoptés à un âge plus avancé ($r = -0.26$) ont des mères adoptives moins sensibles. Étant donné la corrélation modérée entre l'âge à l'adoption et l'âge actuel de l'enfant ($r = -0.52$), seule une de ces deux variables, soit l'âge à l'adoption a été utilisée comme variable contrôle dans les analyses principales. De plus, les analyses montrent que les enfants avec des besoins spéciaux ont des mères plus sensibles ($t = -2.06$). Aucune des autres variables sociodémographiques ne s'est révélée significativement associée à la sensibilité au post-test (test- t entre .10 et -1.17; $r_s = -.14$ et .12).

Ainsi, dans les analyses principales subséquentes, nous contrôlerons pour la variable de l'âge à l'adoption et besoins spéciaux.

5.2 Analyses principales : effet de l'intervention relationnelle sur la sensibilité du parent en considérant le degré d'investissement parental

Afin d'évaluer l'effet de l'intervention relationnelle sur la sensibilité parentale, nous avons comparé le groupe d'intervention et le groupe contrôle sur les scores de sensibilité au post-test en contrôlant l'âge de l'enfant à l'adoption, la présence de besoins spéciaux ainsi que les scores de sensibilité obtenus au pré-test. Le contrôle de la sensibilité au pré-test est nécessaire afin de pouvoir examiner si le parent a effectivement changé entre le pré- et le post-test. Nous avons également inclus à cette analyse la variable indépendante d'investissement parental au pré-test afin de vérifier son rôle modérateur des effets de l'intervention, à savoir si la présence d'un surinvestissement parental atténuerait les effets de l'intervention. Pour réaliser cette analyse, nous avons effectué une analyse de covariance à 2 facteurs (ANCOVA).

Les résultats montrent que les parents du groupe Intervention relationnelle ($M = 5,47$, $É.T. = 1,16$) sont significativement plus sensibles au terme de l'intervention que les parents du groupe contrôle ($M = 4,84$, $É.T. = 1,97$) n'ayant pas reçu d'intervention ($F(1,61) = 5,33$, $p = 0,02$). Le degré d'investissement parental au pré-test n'est pas associé aux changements dans la sensibilité parentale entre le pré- et le post-test ($F(1,61) = 0,87$, $p = 0,36$). Par ailleurs, nous trouvons un effet marginalement significatif de l'interaction Investissement X Groupe intervention/contrôle, indiquant que le surinvestissement parental tend à atténuer l'amélioration de la sensibilité des parents du groupe intervention relationnelle ($F(1,61) = 2,89$, $p = 0,09$). En d'autres mots, parmi le groupe intervention, les parents avec un bon investissement tendent à mieux bénéficier de l'intervention ($M = 5,86$) que ceux surinvestis ($M = 5,17$). Ces résultats sont illustrés à la figure 1.

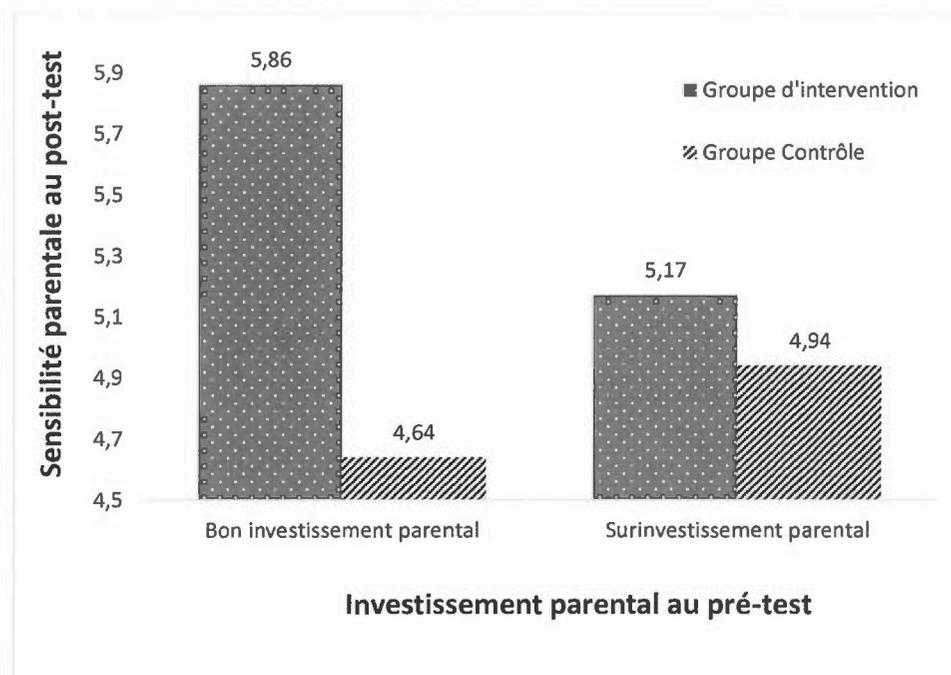


Figure 1.

Effets de l'intervention : comparaison du groupe d'intervention et du groupe contrôle au post-test sur les variables ciblées par l'intervention

CHAPITRE VI

DISCUSSION ET CONCLUSION

6.1 Résultats de l'étude et contribution scientifique du projet

Cette étude est la première à examiner si l'intervention relationnelle, une intervention de courte durée fondée sur la théorie de l'attachement, est efficace pour promouvoir la sensibilité de parents adoptifs à l'international, et ce, en considérant l'effet modérateur du surinvestissement parental. Nous avons émis les hypothèses suivantes : 1) les parents ayant reçu l'intervention relationnelle présenteront au terme de l'intervention des scores plus élevés de sensibilité parentale en comparaison aux parents du groupe contrôle n'ayant reçu aucune intervention; 2) les parents surinvestis présenteront de plus faibles scores de sensibilité parentale au post-test, indépendamment de leur groupe d'appartenance, et 3) le surinvestissement parental atténuera les effets de l'IR sur la sensibilité parentale.

D'abord, les résultats de l'essai montrent que l'intervention relationnelle est efficace pour améliorer les comportements de sensibilité chez des parents adoptifs à l'international. Les mères du groupe expérimental présentent donc de meilleures habiletés à décoder adéquatement les signaux de leur enfant et à répondre à leur besoin dans un délai raisonnable. Nos résultats appuient ainsi les effets positifs de l'IR, tels qu'obtenus dans les études antérieures réalisées auprès d'autres populations à risque de rencontrer des difficultés relationnelles parent-enfant comme les familles d'accueil (Moss et al., 2009) et les familles maltraitantes (Moss et al., 2011). De plus, nos résultats confirment l'efficacité de l'intervention relationnelle auprès de la clientèle adoptive à l'international, laquelle représente une population relativement à risque considérant les expériences institutionnelles et de placement.

Il faut noter que les parents de notre échantillon présentaient, déjà au pré-test, des scores de sensibilité de très bonne qualité. En soi, ceci est une excellente nouvelle, car ces scores montrent que les évaluations psychosociales en vue de sélectionner les parents adoptifs ont été bien menées.

Les familles de notre échantillon, lesquelles apparaissent bien représenter les familles adoptives à l'international, proviennent de milieux socio-économiques nantis. Notamment, l'analyse de nos données descriptives montre que notre échantillon est composé de familles à faible risque socio-économique, soit de parents qui possèdent un bon revenu familial, un haut niveau de scolarité et qui sont, pour la plupart, en couple. De plus, nos données montrent que les parents de notre étude ont participé à des formations pré- et post-adoption. Toutes ces caractéristiques ont certainement pu contribuer à l'acquisition de connaissances sur le développement de l'enfant et à la manifestation de scores de sensibilité de très bonne qualité au pré-test. Mais, malgré tout, l'intervention est utile pour favoriser la sensibilité des parents d'enfants adoptés de l'international.

Parmi les motifs de consultation des familles à notre projet, certaines n'avaient signalé aucune difficulté particulière, mais souhaitaient participer pour faire progresser les connaissances dans le domaine de l'adoption à l'international. Ceci pourrait également expliquer la moyenne modérée à élevée des scores de sensibilité obtenus au pré-test. Il demeure que ces parents profitent tout de même de l'intervention et adoptent des comportements significativement plus sensibles auprès de leur enfant au terme de l'intervention. Cependant certaines familles, environ le tiers de l'échantillon, ont signifié avoir des inquiétudes à l'égard de leur enfant et ont montré le besoin de consulter pour recevoir des services spécialisés. En plus des défis inhérents que présente une adoption à l'international pour un enfant, plusieurs des enfants de notre échantillon présentent des besoins particuliers et ont été adoptés plus tardivement, ce qui a pu engendré défis supplémentaires pour la famille. Cette réalité est fort probablement celle de nombreuses familles adoptives à l'international au Québec étant donné le nouveau portrait de l'adoption à l'étranger dans la dernière décennie. Également, les caractéristiques des parents adoptants (expérience d'infertilité ou de deuil non-résolu, parents surinvestis, présence de stress parental ayant un impact sur le sentiment de compétence parental) peuvent elles aussi affectées le succès de l'adoption et, ainsi, nécessité le recours à des services spécialisés. Ainsi, les caractéristiques des enfants à leur arrivée et les enjeux relationnels que vivent certains de leurs parents adoptifs peuvent affecter la capacité des parents à être sensibles aux besoins de leur enfant. Il importe de noter que le fait d'avoir contrôler pour la présence de besoins spéciaux et l'âge des enfants à l'adoption limite toutefois notre capacité de généraliser les résultats de l'étude à ces sous-groupes d'enfants. Notre étude montre que les enfants avec des besoins spéciaux sont adoptés à un âge plus élevé et ont des mères plus sensibles que les

enfants adoptés sans besoins spéciaux, mais les enfants adoptés à un âge plus avancé ont des mères moins sensibles à leur égard. Clairement, bien qu'il puisse être attendu que les parents ayant adopté un enfant présentant des besoins spéciaux puissent être plus attentionnés aux difficultés de son enfant, voire plus sensibles, et que les enfants adoptés plus tardivement puissent présenter plus de difficultés et amener le parent à présenter davantage de comportements sensibles, il nous apparaît que ces résultats soient contradictoires. Clairement, d'autres études avec plus de d'enfants avec besoins spéciaux et adoptés à un âge avancé seront nécessaires pour vérifier dans quelle mesure l'âge à l'adoption et la présence de besoins spéciaux viennent affecter ou non l'efficacité de l'intervention relationnelle.

Nos résultats concernant le surinvestissement sont quant à eux partiellement confirmés. Les parents surinvestis ne sont pas plus à risque de présenter de faibles scores de sensibilité parentale au post-test, indépendamment de leur groupe d'appartenance. Cependant, tel qu'attendu, le surinvestissement parental en début d'intervention semble atténuer les effets de l'IR sur la l'amélioration de la sensibilité parentale (résultat marginal). Ce résultat implique que les parents surinvestis tendent à moins bénéficier de l'intervention que les parents du groupe intervention présentant un bon investissement parental. C'est donc dire que le surinvestissement est un obstacle à l'amélioration de la sensibilité parentale. Selon notre évaluation, les parents de notre étude ont des échanges moins réciproques, ont moins de plaisir partagé et présentent davantage de comportements intrusifs, voire directifs et/ou contrôlants. Pour pallier à l'effet du surinvestissement parental que tendent à présenter certains parents adoptifs à l'international, notre intervention se devrait de développer un volet permettant de travailler plus spécifiquement le surinvestissement afin que ce dernier ne tende pas à nuire à l'efficacité de l'intervention. La discussion et la rétroaction vidéo nous semblent des moments privilégiés pour travailler avec le parent à modifier le degré d'investissement parental. En particulier, dans les activités de jeux et la rétroaction vidéo, il importe de favoriser la capacité du parent à laisser son enfant explorer sans trop le diriger, à suivre ses initiatives, afin que celui-ci puisse librement exprimer ses besoins d'attachement et développer sa capacité à faire des apprentissages de façon plus autonome, et ce, malgré ses vulnérabilités. C'est à travers ce type d'échanges moins directifs que l'enfant développera une confiance envers son parent, comme une personne qui peut l'accompagner dans son développement, et graduellement, une confiance en-lui comme une personne qui peut devenir

autonome, malgré les difficultés ou déficits qu'il peut présenter en raison des expériences de négligence et d'abandon qu'il a vécues antérieurement. Les parents qui parviendront avec leur intervenant à déceler leurs comportements de surinvestissement et ce qu'ils engendrent dans leur interaction avec leur enfant pourront ainsi mieux s'ajuster aux besoins de l'enfant et l'équiper pour affronter les défis de la vie. Contrairement à l'objectif du parent, les parents surinvestis travaillent intensément à s'assurer que les besoins de leur enfant soient pleinement comblés, souvent avant même que ceux-ci les expriment. Les parents surinvestis ou surprotecteurs finissent par nuire aux besoins d'exploration et d'autonomie de leurs enfants (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2017).

6.2 Forces et limites de l'essai

L'étude présente certaines forces qui lui permettent de se distinguer des travaux déjà réalisés et qui ajoutent à sa contribution scientifique. Un grand intérêt de cet essai est le devis utilisé, c'est-à-dire un essai randomisé contrôlé, qui consiste en une distribution aléatoire des familles dans le groupe cible et de contrôle. De plus, l'intervention relationnelle est un programme d'intervention manualisé dont la conception repose sur un cadre théorique solide et des balises claires concernant les stratégies d'intervention à appliquer (discussion, rétroaction vidéo). Aussi, le fait d'utiliser une mesure observationnelle, laquelle présente des propriétés psychométriques bien établies pour évaluer la sensibilité parentale, et un entretien clinique pour examiner l'investissement parental, plutôt que des questionnaires auto-administrés, permet de diminuer les biais de désirabilité sociale. De plus, ces mesures observationnelles ont été codées à partir de critères spécifiques par au moins deux codeurs externes qui ont obtenu un très bon accord interjuge. Enfin, la formation clinique des intervenants offrant l'intervention relationnelle est un grand atout pour s'assurer de la fidélité du traitement clinique. Chacune des intervenantes avait au minimum la formation académique d'un baccalauréat en psychologie. De plus, chacune d'entre elle a reçu la formation spécifique du programme d'intervention relationnelle, ainsi qu'une supervision hebdomadaire offerte par un psychologue expert formé à l'intervention relationnelle, et ce, pour chacune des familles participantes.

Il a été montré que la supervision est un ingrédient clé du succès dans l'application de programme d'intervention fondée sur la relation parent-enfant (Silhanova & Sancho, 2011). La supervision permet d'assurer des services cliniques de grande qualité pour le bénéfice des clients (Nolan, 1999) tout en permettant au professionnel une formation continue dans sa profession (Carrington, 2004). Dans le cadre de notre projet, le fait d'offrir une supervision régulière aux intervenants/étudiants a permis de s'assurer que l'application du protocole standardisé a été maintenu pour toutes les familles participantes. Aussi, elle a permis de bien cibler les besoins de chacune des familles en lien avec les cibles d'intervention prévues par le programme d'intervention relationnelle. La supervision vient donc renforcée la fidélité quant à l'application du protocole prévu dans notre projet.

Cet essai comporte toutefois certaines limites importantes qui méritent d'être considérées. Premièrement, comme plusieurs projets d'intervention clinique, la taille notre échantillon est limitée, en particulier pour l'analyse de l'effet modérateur de l'investissement parental. Il est possible de penser qu'avec un plus grand échantillon l'effet d'interaction ait été significatif. Deuxièmement, d'autres adaptations faites à la grille afin de la peaufiner et de la rendre plus sensible à l'évaluation du surinvestissement serait une avenue certainement intéressante à explorer afin de pouvoir discriminer encore davantage le degré de surinvestissement des parents. Une étude de validation de l'outil adapté devra se poursuivre pour bien donner du poids à cet instrument et contribuer à son utilisation plus globale. La combinaison de cette analyse d'entrevue à une mesure observationnelle pourrait aussi permettre de peaufiner cet outil d'évaluation pour faire ressortir les nuances dans le degré de surinvestissement des parents.

6.3 Recherches futures

Les résultats de cet essai doctoral permettent d'envisager différentes pistes de recherches futures. D'abord, il sera intéressant dans les prochaines études de vérifier si les améliorations observées au plan de la sensibilité parentale se maintiennent dans le temps (maintien des acquis) et perdurent au-delà de quelques mois suivants la fin de l'intervention. Une réévaluation des familles sur la variable cible de l'intervention lors d'une relance permettrait de consolider les

conclusions de la présente étude. De récentes études ont montré que les enfants adoptés au-delà de 6 mois d'institutionnalisation marquée par la négligence et le manque de ressources présentent de nombreuses difficultés au-delà de l'enfance, voire jusqu'à l'adolescence (Rutter et al., 2007). Par ailleurs, le présent essai n'a pas examiné l'attachement des enfants de notre échantillon ou d'autres indices de leur adaptation. Nous ne connaissons donc pas l'ampleur des difficultés présentées par les enfants de notre échantillon. Il se pourrait même que seulement peu d'enfants soient en difficulté, mais nous savons que le tiers des parents sont suffisamment préoccupés pour consulter. Dans de prochaines études, il sera donc des plus importants de vérifier si les effets obtenus sur la sensibilité parentale sont effectivement liés à l'adaptation socio-affective, incluant l'attachement, des enfants au post-test de l'étude, mais aussi à une relance afin d'examiner le maintien des acquis. Comme il y a généralement très peu de temps entre la fin de l'intervention et le post-test, il se peut que les mesures d'attachement prises lors de tels post-tests ne tiennent pas compte que la modification des représentations d'attachement se fait habituellement sur une période prolongée au fur et à mesure que la relation parent-enfant se consolide. Dans cette perspective, une relance après quelques mois suivant le post-test est importante pour bien considérer les effets qui surviennent après un certain délai. Il serait donc intéressant de s'assurer que les études futures inclues plusieurs post-tests afin de bien mesurer les effets qui surviennent après un certain délai. Enfin, il sera intéressant de répliquer la présente étude avec un plus grand nombre de pères comme donneur de soins afin de vérifier si les résultats obtenus sont généralisables aux deux parents, voir auprès des deux parents ensemble, car plusieurs pères de notre étude ont démontré l'intérêt de participer à l'intervention au même moment que la mère.

6.4 Implications cliniques des résultats de l'étude

Il a été largement montré que l'adoption agit comme une intervention efficace permettant aux enfants adoptés de rattraper la plupart de leurs retards cognitifs et développementaux (Juffer & van IJzendoorn, 2006; méta). Cependant, les difficultés relationnelles semblent parmi les plus persistantes et engendrent leur lot de défi d'adaptation pour l'enfant et sa nouvelle famille. À ce jour, à l'exception des parents qui font des démarches auprès de services privés ou qui consultent les rares services spécialisés, surtout à l'extérieur de la grande région de Montréal, très peu de

familles bénéficient d'interventions fondées sur des données probantes ayant comme cible la consolidation d'un lien d'attachement parent-enfant sécurisant. Comme cet enjeu est bien présent chez les familles adoptives à l'international, et le sera probablement de plus en plus étant donné les nouvelles caractéristiques des enfants adoptés à l'étranger, la mise en place de services cliniques spécialisés, orientés sur la relation parent-enfant nous semblent répondre aux besoins de ces familles. Les résultats de notre étude montrent en particulier l'efficacité de l'IR pour améliorer la sensibilité parentale, laquelle est un précurseur important de la sécurité d'attachement. Bien que nous n'ayons pas spécifiquement évalué son efficacité sur les comportements d'attachement de l'enfant comme tel, nous estimons, considérant les améliorations en termes d'attachement trouvées auprès de d'autres populations (ex., Moss et al., 2011), que l'IR s'avère une intervention des plus prometteuses pour favoriser le développement sain des enfants adoptés de l'international. De plus, la mise en place de programme d'intervention s'apparentant à l'intervention relationnelle est peu coûteuse en temps et en argent si nous considérons que celle-ci puisse prévenir les difficultés persistantes ou qui s'aggravent au fil des années et nécessitant ensuite le recours à des services de deuxième et de troisième ligne en santé mentale où les enfants adoptés à l'international sont actuellement surreprésentés.

Un dépistage et une intervention précoce auprès des familles qui présentent des difficultés d'adaptation suite à l'arrivée de leur enfant nous semblent une solution simple pour soutenir les familles adoptives à l'international dans leur processus d'adoption. Dans une optique de prévention, il pourrait être intéressant de s'inspirer des résultats de l'étude sur l'importance de la sensibilité et développer un outil d'observation simple à intégrer dans le processus d'évaluation psychosociale auquel prennent part les futurs adoptants lorsqu'ils débutent leur procédure d'adoption. Cet outil pourrait prendre la forme d'une courte entrevue visant à identifier les besoins potentiels d'un enfant à partir de petites mises en situation où les comportements d'un enfant seraient décrits à partir de situations hypothétiques et le parent devrait élaborer sur ses réactions. Bien qu'il est difficile de prédire le degré de sensibilité des parents avant même l'arrivée de l'enfant, ce type de mesure pourrait aider à identifier des parents à risque de présenter des comportements insensibles ultérieures, en l'occurrence des comportements de surinvestissement, avec leur enfant. L'identification de leur degré de vulnérabilité à l'insensibilité parentale à partir de cet outil pourrait aussi permettent ensuite de mieux jumeler les dyades parent-enfant en fonction

des caractéristiques personnelles et des besoins de chacun des enfants et d'offrir des services cliniques adaptés suite l'arrivée de l'enfant.

Sur le plan des services post-adoption, nous pensons que l'intervention relationnelle devrait être offerte systématiquement à toutes les familles adoptives désireuses de recevoir ce service. D'abord, en permettant à tous les parents de développer leur sensibilité davantage et aux enfants de consolider leur sécurité d'attachement à leur parent adoptif, l'intervention relationnelle agirait comme facteur de protection pour la réussite des adoptions, peu importe les forces et défis que présente chaque famille adoptant un enfant de l'international. Aussi, tout comme une consultation médicale précoce permet de dépister des problématiques de santé, les services cliniques comme l'intervention relationnelle pourraient permettre de détecter très rapidement des familles à risque de présenter des difficultés dans la consolidation de la relation parent-enfant, tel ceux à risque de surinvestissement et, ainsi, permettre la mise en place d'un service spécialisé précoce dès l'arrivée de l'enfant dans sa famille. Enfin, le fait d'intervenir rapidement auprès de familles désireuses de recevoir des services cliniques visant la qualité des relations parent-enfant diminuera la possibilité que des problèmes se cristallisent ou même s'intensifient chez l'enfant adopté et sa famille. Cela pourrait modifier la trajectoire développementale de ces enfants qui, comme le montre les études (Juffer & van IJzendoorn, 2005; méta), sont plus à risque de consulter les services de santé mentale à l'adolescence.

En conclusion, les résultats de cet essai permettent l'avancement des connaissances sur les besoins des familles adoptives à l'international au Québec. Notre étude met en évidence l'efficacité de l'intervention relationnelle pour améliorer la sensibilité parentale chez les familles qui adoptent un enfant à l'international. Elle suggère aussi que le surinvestissement parental pourrait interférer (résultat marginal) avec la capacité du parent à profiter de l'intervention. Toutefois, ce résultat reste à confirmer dans des études subséquentes menées auprès d'un plus vaste échantillon de participants. Puisque la sensibilité parentale est connue comme étant un facteur de protection important pour le développement d'un attachement sécurisant et l'adaptation globale des enfants et que l'intervention relationnelle s'est montrée efficace pour soutenir les familles dans ces sphères, nous concluons que ce type d'intervention devrait être offerte de manière plus

systematique aux familles desireuses de recevoir ce type de service. Davantage d'etudes seront necessaires pour evaluer les repercussions de l'intervention sur le developpement des enfants adoptes, notamment sur le plan de l'attachement, ainsi que le maintien a moyen-long terme des ameliorations observees au terme de l'intervention.

APPENDICES

APPENDICE A

CERTIFICAT ÉTHIQUE



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire

Mme Chantal CYR
Département de psychologie, UQAM
Case postale 888, succ. Centre-Ville,
Montréal, Québec, H3C 3P8

Le 22 juillet 2009

Objet : Évaluation du comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire du projet Évaluation d'un programme d'intervention relationnelle auprès de parents adoptifs et d'enfants adoptés à l'international - APPROBATION FINALE

Numéro de dossier CER CJM- IU : 09-05/ 006

Madame,

Nous avons pris connaissance des documents que vous nous avez fait parvenir en réponse aux commentaires soulevés dans notre lettre du 9 juin 2009 et suite à notre conversation téléphonique du 21 juillet 2009. À cette fin, les documents suivants ont notamment été examinés :

- ◆ Lettre de réponse adressée au CER (13 juillet 2009)
- ◆ Fiche de présentation d'un projet de recherche au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire modifiée (version mal datée)
- ◆ Protocole de recherche du projet modifié (version non datée)
- ◆ Canevas de contact téléphonique avec les parents par l'équipe de recherche (version non datée)
- ◆ Questionnaire socio-démographique modifié
- ◆ Lettre de présentation envoyée par courriel/poste par les organismes agréés à l'adoption et le CSSS Jeanne Mance lors du recrutement des parents (version non datée)
- ◆ Formulaire d'information et de consentement (version du 21 juillet 2009)
- ◆ Dépliant pour les parents (version du 21 juillet 2009)
- ◆ Démarches à suivre lors du contact des intervenants du CLSC et des organismes agréés à avec les parents (version non datée)
- ◆ Autorisation spécifique des participants pour la diffusion de leurs enregistrements (version 21 juillet 2009)

Le CER tient à vous féliciter pour la qualité des réponses et les modifications apportées.

Il me fait plaisir de vous informer que le projet mentionné en rubrique est approuvé. Cette approbation finale est valide pour un an, soit jusqu'au 22 juillet 2010. À la date anniversaire, vous devrez alors compléter le formulaire de suivi annuel requérant de résumer le déroulement de l'étude afin d'obtenir un renouvellement de l'approbation éthique de ce projet.

Cette approbation finale suppose que vous vous engagez :

- à respecter la présente décision;
- à remettre au CER un rapport annuel faisant état de l'avancement du projet, lequel rapport est nécessaire au renouvellement de l'approbation éthique;
- à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet;
- à aviser le CER dans les plus brefs délais de tout incident en cours de projet ainsi que tout changement ou modification que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire de consentement.
- à notifier au CER dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- à communiquer au CER toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- à informer le CER de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CER;
- à notifier au CER l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- à remettre au CER un rapport final faisant état des résultats de la recherche.

Pour toute information, n'hésitez pas à vous adresser à :

Mme Rossitza Nikolova
Comité d'éthique de la recherche
Coordination du soutien à la recherche
Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
1001, boul. de Maisonneuve Est, 7^e étage
Montréal (Québec) H2L 4R5
Téléphone : 514-896-3496; Courriel : rossitza.nikolova@cjm-iu.qc.ca

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner dans votre correspondance le numéro attribué à votre demande par notre institution.

En vous souhaitant la meilleure des chances pour la réalisation de votre projet, veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.



Elodie PETIT

Présidente du comité d'éthique de la recherche

APPENDICE B

DÉPLIANT DU PROJET



Projet de recherche sur l'intervention auprès du parent et de son enfant adopté l'international

Mieux connaître, comprendre et accompagner son enfant dans son développement

Pour information et participation, communiquez avec :
Nancy Boulos, Coordinatrice du projet
 T. 1. 514 987-3000, poste 1347
www.psychology.ubc.ca/LEDEF

Laboratoire d'étude sur le développement de l'enfant et sa famille

Pourquoi participer ?

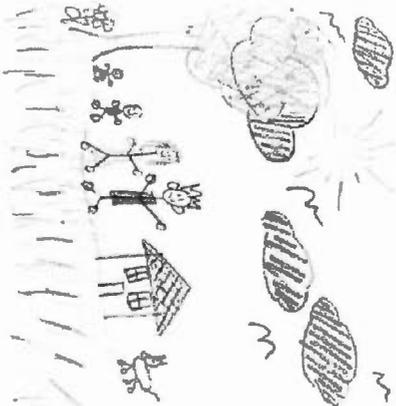
Je veux mieux connaître et comprendre mon enfant

Je désire créer une relation qui favorise la régulation émotionnelle et les capacités d'apprentissage de mon enfant

Je veux plus d'outils face à l'éducation de mon enfant

J'ai des questions face à certaines difficultés vécues avec mon enfant

Je veux contribuer au développement de services post-adoption pour les familles adoptives



Objectifs du Projet de recherche

Évaluer l'efficacité d'une intervention relationnelle novatrice pour des parents et leur enfant adopté l'international



Favoriser et consolider une relation sécurisante entre le parent et son enfant adopté

Mieux comprendre les relations parent-enfant et le développement de l'enfant adopté l'international

Développer des services post-adoption qui aident les parents adoptifs dans leur rôle parental

Description du projet de recherche

4 rencontres d'valuation

- 2 rencontres domicile et 2 rencontres à l'université réparties sur 12 semaines
- De 1 à 1 ½ heure chaque rencontre

Activités :

- Courtes entrevues avec le parent
- Jeux parent-enfant
- valuation du développement, de la régulation émotionnelle et du stress (chantillon salivaire) chez l'enfant
- Questionnaires pour les parents sur l'enfant et la famille

8 rencontres d'intervention adaptées aux besoins spécifiques de chaque famille

- Rencontre hebdomadaire domicile
- 1 ½ heure chaque rencontre
- Axé sur la relation parent-enfant
 - Discussion avec le parent
 - Jeux parent-enfant
 - Pratiq ue de la méditation

Compensation monétaire pour chaque famille 40\$

Client cible

Ce programme d'intervention s'adresse à toutes les familles ayant un enfant adopté internationalement âgé entre 1 et 5 ans



Confidentialité

Toute information obtenue durant les rencontres demeure strictement confidentielle



Chercheuses principales

Chantal Cyr Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Karine Dubois-Comtois Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières

Projet financé par



Collaborateurs

Dr. Martin St-André, Psychopédagogue
Centre hospitalier Universitaire Ste-Justine
Michel Carignan,
Chef de service Adoption
Centre Jeunesse de Montréal
Service Adoption Internationale
CSSS Jeanne-Mance
Organismes agréés de l'adoption internationale

Votre participation est importante, merci

APPENDICE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Programme d'intervention relationnelle auprès du parent et son enfant adopté à l'international

Chercheurs principaux : Chantal Cyr, Ph.D., U. du Québec à Montréal, Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire

Karine Dubois-Comtois, Ph.D., U. du Québec à Trois-Rivières

Coordonnatrice du projet de recherche : Nancy Boulos, U. du Québec à Montréal, (514) 987-3000 poste 1347
Financé par le *Fond de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ)*

1) **Projet de recherche :**

Ce projet de recherche s'adresse à toutes les familles ayant un enfant adopté à l'international, actuellement âgé entre 1 et 5 ans. Notre programme d'intervention est novateur et n'est pas offert parmi les autres services actuellement disponibles aux parents adoptifs du Québec.

Objectifs :

- Évaluer l'efficacité d'une intervention-relationnelle novatrice pour des parents et leur enfant adopté à l'international
- Favoriser et consolider une relation sécurisante entre le parent et son enfant adopté
- Mieux comprendre le lien entre les relations parent-enfant et le développement des enfants
- Développer des services post-adoption qui aident le parent adoptif dans son rôle parental

2) **Implication pour vous et votre enfant : Voir Tableau 1 page 3.**

3) **Avantages de la participation au projet**

Votre participation à ce projet de recherche clinique vous permettra de mieux connaître votre enfant et vous aidera dans votre rôle parental auprès de votre enfant. Aussi votre participation permettra à votre enfant de bénéficier de services favorisant son développement. Par ailleurs, votre participation contribuera à notre compréhension du développement des enfants adoptés à l'international et permettra aussi de développer des services post-adoption appropriés aux besoins des familles qui adoptent un enfant à l'étranger.

4) **Risques et inconvénients liés à la participation au projet**

Ce projet de recherche ne comporte pas de risque. Toutefois, si jamais vous viviez un inconfort dû à certains thèmes discutés lors des rencontres, nous vous demandons d'en parler immédiatement avec l'assistant de recherche ou l'intervenant présent qui pourra vous aider et vous guider vers le CSSS le plus près de votre domicile. Les seuls inconvénients concernent le temps et le déplacement que le projet implique.

5) **Confidentialité**

Toute information obtenue dans le cadre de cette étude demeure strictement confidentielle. Le nom de chacun des participants sera remplacé par un numéro d'identification. Les renseignements vous identifiant, incluant les bandes vidéo et audio, seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche, conservés dans des classeurs sous clé par le chercheur principal et détruits (déchiqueteur) sept ans suivant la fin du projet de recherche. Les échantillons salivaires seront conservés par le chercheur principal jusqu'à ce qu'ils soient analysés en laboratoire, lequel disposera immédiatement des échantillons suite à leur analyse. Aucune information vous identifiant ne sera publiée ou diffusée.

Il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la période prévue de destruction, dans le cadre de un ou deux projets de recherche ultérieurs afin de combiner de vos données à celles d'autres échantillons de parents et d'enfants adoptés à l'international ou de les comparer à d'autres enfants et parents provenant d'échantillons différents (ex : enfants d'adoption nationale). Ces projets éventuels seront sous la responsabilité du chercheur principal et seront aussi soumis à une évaluation éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que celles énoncées pour le présent projet.

Si, dans le cadre de ce projet, des éléments laissent soupçonner que la sécurité ou le développement de votre enfant pourraient être compromis, l'équipe de recherche devra faire un signalement auprès du Directeur de la protection de la jeunesse, ceci, au même titre que tout citoyen.

Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche du Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

6) Résultats de la recherche

L'équipe de recherche s'engage à vous transmettre par la poste un résumé global des résultats à la fin du projet. Les résultats individuels de votre enfant concernant son rendement cognitif, moteur et langagier vous seront transmis seulement s'ils laissent soupçonner un retard de développement important. L'équipe de recherche vous recommandera alors de consulter votre médecin de famille ou le CSSS le plus près afin d'obtenir une référence vers une ressource professionnelle d'évaluation spécialisée. Les évaluations réalisées dans le cadre de ce projet peuvent toutefois ne pas dépister certaines difficultés présentées par votre enfant et ne remplacent pas une évaluation clinique professionnelle sur le développement de votre enfant.

7) Compensation des participants

L'équipe de recherche s'engage à compenser votre participation en vous offrant une somme de 40\$. Un premier versement de 20\$ vous sera remis lors de votre première visite à l'université et un deuxième montant de 20\$ vous sera versé lors de la deuxième visite à l'université. Advenant le cas où vous participez qu'à une seule rencontre, un montant de 20\$ vous sera remis pour cette rencontre. Aussi, l'assistant de recherche vous offrira de même qu'à votre enfant une collation à toutes vos visites à l'université.

8) Participation volontaire

Vous êtes libre de ne pas participer à cette recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier. Si vous acceptez de participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication, sans que cela ne vous cause un quelconque tort, ou n'affecte les liens que vous entretenez avec les organismes agréés ou le CSSS. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements, incluant les bandes vidéo et audio, que vous aurez déjà donnés seront alors inclus au projet de recherche et conservés et détruits selon les modalités décrites à la section confidentialité. En circonstances exceptionnelles, le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche s'il pense notamment que c'est dans votre intérêt.

Personnes ressources

- Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, n'hésitez pas à contacter Mme Nancy Boulos, coordonnatrice du projet de recherche au (514) 987-3000 poste 1347.
- Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler toute plainte, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire au numéro suivant : 514-593-3600.

9) Consentement à la recherche

- Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.
- Je comprends que je suis libre de participer ou non à la recherche sans que cela me nuise. Je sais que je peux me retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne me cause un tort.
- Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits légaux et ne libère pas les chercheurs ni le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.
- ✓ **J'accepte également que l'équipe de recherche me contacte ultérieurement pour participer à la poursuite du projet : OUI NON**

Nom du participant

Signature

Date

10) Déclaration du chercheur

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du chercheur ou de son représentant

Signature

Date

Tableau 1. Implication des participants

		Contenu des rencontres	
Rencontres	Où	Activités	Durée
Semaine 1	Domicile*	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du développement cognitif, moteur et langagier de l'enfant • Courte entrevue sur les perceptions du parent des relations parent-enfant <p>* Remise des questionnaires aux parents sur les événements de vie familiaux; ses perceptions de son couple et de sa famille; et du développement social, émotionnel et physique de son enfant</p>	1 rencontre de 1½ h. Questionnaires pour les parents : environ 1 ½ h.
Semaine 2	UQAM*	<ul style="list-style-type: none"> • Jeux libres et semi-structurés entre le parent (donneur de soins principal) et son enfant • Évaluation de la régulation émotionnelle et du stress (échantillon salivaire de l'enfant) chez l'enfant • Courte entrevue avec le parent sur sa relation avec son enfant <p>* Remises des questionnaires complétés aux assistants de recherche</p>	1 rencontre de 1 h.
<u>Assignment au hasard à un des deux groupes d'intervention</u>			
Semaines 3 à 10	Domicile*	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Groupe intervention-relationnelle</u>: Discussions avec le parent et jeux semi-structurés parent-enfant • <u>Groupe intervention différée</u> : Familles en entente de l'intervention- relationnelle 	8 semaines : 1 ½ h. par semaine
Semaine 11	Domicile*	• Identique à la rencontre de la semaine 1	1 rencontre de 1 ½ h. Questionnaires pour les parents : 1 ½ h.
Semaine 12	UQAM*	• Identique à la rencontre de la semaine 2	1 rencontre de 1 h.
Semaines 13 à 20	Domicile*	• <u>Groupe intervention différée</u> : Même Intervention que pour le groupe <u>intervention- relationnelle</u>	8 semaines : 1 ½ h. par semaine

Note.: UQAM = Université du Québec à Montréal. *Enregistrement audio ou audio-visuel

Groupe intervention-*relationnelle* vs Groupe intervention *différée*

Si vous acceptez de participer à notre projet, vous serez assignés *au hasard* à l'un des deux groupes d'intervention, soit le groupe *intervention relationnelle* ou le groupe *intervention différée*. L'intervention offerte dans ces deux groupes est la même, la seule différence est le moment où les services sont offerts. Il ne vous est pas possible de choisir le groupe auquel vous serez assignés.

L'original du formulaire pour le chercheur et une copie signée remise au participant

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CER du CJM-IU le 22 juillet 20

APPENDICE D

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Questionnaire socio-démographique

SECTION 1 : Questions générales sur votre famille

1. Ce questionnaire a été complété le : _____
2. Indiquez la date de naissance de l'enfant: _____
3. Indiquez le sexe de votre enfant : Masculin Féminin
4. Depuis combien de temps, votre enfant vit-il dans votre famille ? _____
5. Votre enfant réside actuellement :

a) avec ses deux parents	<input type="checkbox"/>	c) avec son père	<input type="checkbox"/>
b) avec sa mère	<input type="checkbox"/>	d) en garde partagée	<input type="checkbox"/>

6. Décrivez tous les enfants de votre famille actuelle (plus jeune en premier):

	<u>Sexe</u>	<u>Âge</u>	<u>Biologique</u>	<u>Adopté</u>		<u>Date de naissance</u>	<u>Date d'arrivée</u>
						(mois / année)	(mois/ année)
1 ^{er}	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	/	/
2 ^e	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	/	/
3 ^e	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	/	/
4 ^e	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	/	/
5 ^e	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	/	/

7. Votre nationalité d'origine et celle du père adoptif

• Mère : _____ • Père: _____

8. En excluant le Québec, appartenez-vous à une communauté culturelle (ex. communauté haïtienne, juive, italienne, chinoise, grecque, etc.) ?

- | | | | | | | | |
|--------|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|---|------------------|
| • Mère | ⇒ | non | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | → | Précisez : _____ |
| • Père | ⇒ | non | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | → | Précisez : _____ |

9. Indiquez votre date de naissance et celle du père adoptif de l'enfant, ainsi que votre âge :

• Mère : _____
 jour mois année

• Père : _____
 jour mois année

• Mère âge : _____

• Père âge : _____

10. Quel est votre statut marital actuel ?

- Mariée ou conjointe de fait avec le père adoptif de l'enfant
- Mariée ou conjointe de fait avec un nouveau conjoint (autre que le père adoptif de l'enfant)
- Divorcée, séparée, veuve ou célibataire (vivant seule)
- Autre (précisez) : _____

11. Quel est le statut marital actuel du père adoptif de l'enfant ?

- Marié ou conjoint de fait avec vous
- Marié ou conjointe de fait avec une nouvelle conjointe (autre que la mère adoptive de l'enfant)
- Divorcé, séparé ou célibataire (vivant seul)
- Autre (précisez) : _____

12. Cocher le plus haut niveau de scolarité complété :

Mère

- Primaire 1 2 3 4 5 6
- Secondaire 1 2 3 4 5
- Collégial 1 2 3
- Universitaire 1 2 3 (Bacc)
- Universitaire 2^{ième}, 3^{ième} cycle

Autre (précisez) _____

Père

- Primaire 1 2 3 4 5 6
- Secondaire 1 2 3 4 5
- Collégial 1 2 3
- Universitaire 1 2 3 (Bacc)
- Universitaire 2^{ième}, 3^{ième} cycle

Autre (précisez) _____

13. Laquelle des situations ci-dessous s'applique le mieux à votre situation :

	<u>Mère</u>	<u>Père</u>
• Occupe un emploi rémunéré à temps plein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Occupe un emploi rémunéré à temps partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Poursuit des études	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Poursuit des études <u>et</u> occupe un emploi rémunéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Demeure à la maison (par choix, à la retraite, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Demeure à la maison pour des raisons de maladie (ex. CSST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Est à la recherche d'un emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre (précisez) : Mère : _____		
Père : _____		

14. Indiquez dans quelle catégorie se retrouve le revenu annuel brut de votre famille, en tenant compte de toutes les sources de revenus ?

	<u>Mère</u>	<u>Père</u>
Moins de 15 000\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 15 000 et 29 999\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 30 000\$ et 44 999\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 45 000\$ et 59 999\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 60 000\$ et 74 999\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 75 000\$ et 99 999\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 100 000\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes portent sur des événements associés à la fertilité/l'infertilité

1. Avez-vous donné naissance à un/des enfants : OUI NON Nombre _____

2. Avez-vous déjà fait une/des fausses couches : OUI NON Nombre _____

Si oui 1. Après combien de semaines de grossesse _____

2. À quel(s) moment(s) sont survenues la/les fausses couches par rapport à l'arrivée de votre (premier) enfant adopté dans la famille _____

3. Avez-vous passé des tests ou suivi des traitements liés à des problèmes de fertilité :

Tests : OUI NON

Traitements : OUI NON

4. Les problèmes d'infertilité (si présent dans votre couple) ont-ils été associés à quelqu'un en particulier?

Père adoptif OUI NON

Mère adoptive OUI NON

ÉVÉNEMENTS DE VIE DURANT L'ENFANCE/ADOLESCENCE DE LA MÈRE :

Avez-vous vécu les événements suivants durant votre enfance, votre adolescence ou à l'âge adulte ?

	Non	Oui
1. Décès d'un parent (père/mère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spécifiez :

Lien avec vous	Cause du décès (ex. maladie, accident, etc.)	Votre âge (au moment du décès)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

	Non	Oui
2. Décès d'une personne importante (un proche autre que vos parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spécifiez :

Lien avec vous	Cause du décès (ex. maladie, accident, etc.)	Votre âge (au moment du décès)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Durant votre enfance ou votre adolescence, avez-vous vécu pour une période prolongée (au moins quelques semaines) avec d'autres personnes que vos parents? Si oui, indiquez votre âge au début du séjour ou du placement, la durée et la raison du séjour/placement.

	Non	Oui
a) avec des membres de la famille (ex. tante, grand-parent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Âge	Lien avec vous	Durée du séjour/placement	Raison du séjour/placement
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

		Non	Oui
b) dans une famille d'accueil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âge	Durée du séjour/placement	Raison du séjour/placement	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

		Non	Oui
c) dans un autre milieu (ex : centre d'accueil)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âge	Durée du séjour/placement	Raison du séjour/placement	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

4. Durant votre enfance ou votre adolescence, avez-vous raison de croire ou avez-vous été victime d'abus ou de négligence?

	Non	Oui
a) Abus physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Abus sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Abus émotionnel/psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Négligence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Négligence émotionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Avez-vous reçu des services de la Direction de la Protection de la Jeunesse durant votre enfance ?

Non	Oui
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Les services reçus</i>

15. Avez-vous suivi une formation pré-adoption ? Non Oui

→ Si oui, laquelle?

16. Avez-vous suivi un service post-adoption ? Non Oui

→ Si oui, lequel ou lesquels ?

- CLSC du Plateau Mont-Royal
- CLSC de l'Ouest de l'Île
- Hôpital Sainte-Justine/ Clinique d'adoption internationale
- Autre : _____

17. Avez-vous reçu des services psychologiques pour votre enfant ? Non Oui

→ Si oui, quel type de suivi ?

- Suivi individuel
- Suivi en groupe de parents
- Autre, précisez : _____

18. Actuellement, est-ce que le comportement de votre enfant vous inquiète?

Oui Non

↳ avez-vous consulté un professionnel à ce sujet? Non Oui

19. Actuellement, avez-vous besoin d'aide au sujet de votre enfant? Non Oui

APPENDICE E

ENTREVUE « CECI EST MON ENFANT »

ENTREVUE « CECI EST MON ENFANT »

Inspiré du TIMB - This is my baby interview (Brady C. Bates)

L'entrevue consiste en 6 questions portant sur la relation entre la mère adoptive et son enfant

1. Je voudrais que vous commenciez par me décrire (nom de l'enfant). Comment est-il/elle ?
2. En quoi (nom de l'enfant) ressemble-t-il/elle à l'enfant que vous vous étiez imaginé ?
3. Si (nom de l'enfant) devait partir, à quel point vous manquerait-il/elle ?
4. De quelle façon pensez-vous que votre relation avec (nom de l'enfant) l'affecte, l'influence en ce moment ? Et à long terme ?
5. Que souhaitez-vous pour (nom de l'enfant) en ce moment ? Et dans le futur ?
6. Est-ce qu'il y a autre chose à propos de (nom de l'enfant) ou de votre relation dont vous voulez me parler ?

RÉFÉRENCES

- Ackerman, J.P. & Dozier, M. (2006). Good Investments: Foster Parent Representations of Their Foster Children. In M. Ofra (Ed.), *Parenting representations: theory, research and clinical implications* (pp.296-318). Cambridge University Press.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Albus, K.E., & Bates, B.C. (1999, April). Maternal sensitivity in foster care dyads: Significance of foster mothers' conceptualizations of their infants. Poster session presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque, NM.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2017). Protective Parenting: Neurobiological and behavioral dimensions. *Current Opinion in Psychology*, 15, 45–49.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2008). Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73, 279–293.
- Bates, B.C. & Dozier, M. (2002). The importance of maternal state of mind regarding attachment and infant age at placement to foster mothers' representations of their foster infants. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 417-431.
- Bates, B.C. & Dozier, M. (1998). "This Is My Baby" coding manual. Unpublished manuscript, University of Delaware, Newark.
- Bimmel N, Juffer F, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Problem behavior of internationally adopted adolescents: a review and meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry*. 2003;11:64-77. 20. Cermak SA, Daunhauer LA. Sensory processing in the postinstitutionalized child. *Am J Occup Ther*. 1997;51:500-507.
- Blondin, A., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Lalonde, C., Rivard-Boulos, N, Duchesne, D., St-André, M., Carignan, M. & Moss E. (2010). L'engagement du parent d'accueil envers son enfant: Le rôle de la sensibilité et du stress parental. *Affiche présentée au congrès 2010 de l'ACFAS*.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss* : Vol.1. *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bradley, R.H., Whiteside-Mansell, L., Brisby, J.A. & Caldwell, B.M. (1997). Parents' socioemotional Investment in Children. *Journal of Marriage and Family*, 59 (1), 77-90.
- Breton, G. via Québec Adoption.net (2008). Trouvé en ligne le 15 novembre 2010, <http://www.quebecadoption.net/>
- Breton, G. via Québec Adoption.net (2005). Trouvé en ligne le 22 mars 2011, <http://www.quebecadoption.net/>
- Carlson, E. (1998). A prospective study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carrington*, G. (2004). Supervision as a reciprocal learning process. *Educational psychology in practice*, 20(1), 31-42.

- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York : Guilford Press.
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B.E., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., et al. (2006). Report of the APSAC Task Force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11, 76–89.
- Chicoine, J.F., Germain, P. & Lemieux, J. (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*. Canada : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine- Centre hospitalier universitaire mère-enfant.
- Conférence de la Haye de droit international privé (2017). L'organisation mondiale pour pour la coopération transfrontalière en matière civile et commerciale. <https://www.hcch.net/>
- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Boulos, N., Blondin, A., St-André, A. & Tessier, R. (2011). Characteristics of Internationally Adoptive Families seeking Post-Adoption Services. *Poster session presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Montréal, Qc, Canada*.
- Cyr, C. & Moss, E. (2001). Le rôle des interactions mère-enfant et de la dépression maternelle à l'âge préscolaire dans la prédiction de l'attachement de l'enfant à l'âge scolaire. *Revue Canadienne des sciences du comportement*, 33 (2), 77-87.
- Cyr, C., Moss, E., St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., & Sauvé, M. (2012). Promouvoir le Développement d'Enfants Victimes de Maltraitance: L'Importance des Interventions Relationnelles Parent-Enfant. *Les Enfants Maltraités: de l'Affliction à l'Espoir. Pistes de Compréhension et d'Action. Les presses de l'Université Laval*, 41-70.
- Dalen, M., & Theie, S. (2014). Similarities and differences between internationally adopted and nonadopted children in their toddler years: Outcomes from a longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84, 397–408.
- De Theux-Heymans, M., Stievenart, M., & Roskam, I. (2013). Une intervention brève auprès de parents adoptants centrée sur la sensibilité parentale: effets sur le sentiment de compétence parentale et l'attachement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques*, 19(2), 87-101.
- De Wolff, M.S., & van IJzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Dozier, M., Grasso, D., Lindhiem, O. & Lewis, E. (2007). The Role of Caregiver Commitment in Foster Care: Insights from the This Is My Baby Interview. In D. Oppenheim & D.F. Goldsmith (Éds.), *Attachment Theory in Clinical Work with Children : Bringing the Gap between Research and Practice* (pp. 90-108). New York, NY: Guilford Press.
- Dozier, M. & Lindhiem, O. (2006). This Is My Child: Differences Among Foster Parents in Commitment to Their Young Children. *Child Maltreatment*, 11(4), 338-345.
- Dozier, M., Lindhiem, O., & Ackerman, J. (2005). Attachment and biobehavioral catch-up. In L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing Early Attachments*. New York: Guilford.
- Dubois-Comtois, K., Bernier, A., Tarabulsky, G. M., Cyr, C., St-Laurent, D., Lanctôt, A. S., ... & Béliveau, M. J. (2015). Behavior problems of children in foster care: Associations with foster mothers' representations, commitment, and the quality of mother-child interaction. *Child abuse & neglect*, 48, 119-130.
- Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2008). Beyond the dyad: do family interactions influence children's attachment representations in middle childhood? *Attachment & Human Development*, 10(4), 415-431.

- Fensbo, C. (2004). Mental and behavioural outcome of inter-ethnic adoptees: A review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*, 55-63.
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Dozier, M., Bruce, J., & Pears, K. C. (2006). Effects of therapeutic interventions for foster children on behavioral problems, caregiver attachment, and stress regulatory neural systems. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*(1), 215-225.
- Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen; A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review, 28*(6), 904-916.
- Gaumond, P. (1994). Forum sur la situation de l'adoption au Québec. Honorable Paule Gaumond, juge, Chambre de la jeunesse, Cour du Québec. *Dessine-moi une famille*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Secrétariat à l'adoption internationale.
- Gibson, K. (2009). Differential parental investment in families with both adopted and genetic children. *Evolution and human behavior, 30*(3), 184-189.
- Groza, V., Ryan, S., & Cash, S. (2003). Institutionalization, behavior and international adoption: Predictors of behavior problems. *Journal of Immigrant Health, 5*(1), 5-17.
- Gunnar, M. R., Bruce, J., & Grotevant, H. D. (2000). International adoption of institutionally reared children: Research and policy. *Development and psychopathology, 12*(4), 677-693.
- Gunnar, M. R., & Van Dulmen, M. H. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and psychopathology, 19*(1), 129-148.
- Hamilton, L., Cheng, S., & Powell, B. (2007). Adoptive parents, adaptive parents: Evaluating the importance of biological ties for parental investment. *American Sociological Review, 72*(1), 95-116.
- Hoksbergen, R. A., Riksen-Walraven, J. M., & Kohnstamm, G. A. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(8), 1039-1050.
- Humber, N., Roberge, L., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2001). *Le système de codification des interactions mère-enfant lors d'une collation, Deuxième édition*. Manuscrit non-publié, Université du Québec à Montréal.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical psychology review, 25*(3), 341-363.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(3), 263-274.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(3), 263-274.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (Eds.). (2012). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. Routledge.
- Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analysis. *Jama, 293*(20), 2501-2515.
- Levy-Shiff, R., Zoran, N. & Shulman, S. (1997). International and Domestic Adoption: Child, Parents, and Family Adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 20*, 109-1129.

- Lindhiem, O.J. (2006). *Caregiver Commitment to Foster Children: The Role of Child Characteristics*. Unpublished doctoral thesis, University of Delaware- Newark.
- Lindhiem, O. & Dozier, M. (2007). Caregiver commitment to foster children: The role of child behaviour. *Child Abuse & Neglect*, 31, 361-374.
- Monique van Londen, W., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Attachment, cognitive, and motor development in adopted children: Short-term outcomes after international adoption. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1249-1258.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and psychopathology*, 23(1), 195-210.
- Moss, E., Bureau, J. F., Béliveau, M. J., Zdebik, M., & Lépine, S. (2009). Links between children's attachment behavior at early school-age, their attachment-related representations, and behavior problems in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 33(2), 155-166.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early School-age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling caregiving, controlling-punitive, and behaviourally disorganised children. *Developmental Psychology*, 40, 519-532.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child development*, 69(5), 1390-1405.
- Moss, E., Bureau, J.-F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the Preschool Attachment Classification System. *Developmental Psychology*, 40, 323-334.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental psychology*, 37(6), 863.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Carignan, M., & St-André, M. (2009). Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et le développement moteur et cognitif des enfants placés en famille d'accueil.
- Nolan, A. (1999). Supervision for Educational Psychologists: How are we doing?. *Educational psychology in Practice*, 15(2), 98-107.
- Palacios, J., Roman, M., Moreno, C. & Leon, E. (2009). Family context for emotional recovery in internationally adopted children. *International Social Work*, 52, 609-620.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(1), 17-30.
- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2017). Les adoptions internationales au Québec – Statistiques. *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*, www.adoption.gouv.qc.ca.
- Silhanova, K. & Sancho, M. (2011). In H. Kennedy, M. Landor, & L. Todd, *Video Interaction Guidance: A relationship-based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. Jessica Kingsley Publishers.
- Spangler, G. & Grossmann, K. (1993) Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 65, 1439-1450.
- Sroufe, L., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. (2005). *Minnesota Study of Risk and Adaptation from birth to maturity: The development of the person*. NY, Guilford Press.

- Sroufe, A.L., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W.A. (2005). *The Development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press, NY.
- Stams, G-J.J.M., Juffer, F., Van IJzendoorn, Hoksbergen, R.A.C. (2001). Attachment-based intervention in adoptive families in infancy and children's development at age 7: Two follow-up studies. *British Journal of Developmental Psychology*, *19*, 159-180.
- Tessier, R., Larose, S., Moss, E., Nadeau, L., Tarabulsy, G.M., et le Secrétariat à l'adoption interantionale (2005). L'adoption internationale au Québec de 1985 à 2002 : L'adaptation sociale des enfants nés à l'étranger et adoptés par des familles du Québec. Université Laval, 36.
- Van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, *31*, 410-421.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, *11*, 225-2.
- Van IJzendoorn, M.H. & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47* (12), 1228-1245.
- Van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., & Poelhuis, C. W. K. (2005). Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychological bulletin*, *131*(2), 301.