UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE LONGITUDINALE DES SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS À L'ADOLESCENCE D'ENFANTS ADOPTÉS À L'ÉTRANGER ET DE FACTEURS RELIÉS À LEURS MILIEUX DE VIE AVANT ET APRÈS L'ADOPTION

THÈSE
PRÉSENTÉE COMME
EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CATHERINE SMITH

DÉCEMBRE 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.10-2015). 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

Ces nombreuses années passées à étudier les profondeurs de la nature humaine, aux confins de la souffrance et du bien-être, m'auront fait passer à travers toute une gamme d'émotions. Heureusement, elles auront été ponctuées d'éclaircies grâce à l'appui de merveilleuses personnes qui partagent ma vie. Merci à vous tous qui avez contribué à mon épanouissement personnel et à la réussite de ce projet doctoral par votre présence et vos paroles, par nos échanges profonds, mais également par les moments de légèreté, de fous rires et parfois même de déni, partagés ensemble.

Tout d'abord, merci à Louise pour m'avoir donné cette chance de poursuivre mon rêve de devenir psychologue. Vous avez vu en moi le désir de faire une différence, de changer le monde, ainsi que ma passion pour l'adoption internationale. Dès le début, vous avez fait preuve d'une profonde sensibilité à mon égard que je garderai en mémoire à jamais. Merci pour votre bienveillance et votre souci du bien-être de vos étudiants. Merci pour votre patience et vos encouragements face à mes découragements, mes pleurs, mes impatiences. Merci pour votre ouverture d'esprit m'ayant permis de donner ma couleur à mon projet de thèse. À la chercheure passionnée que vous êtes, je vous remercie aussi pour votre rigueur qui me permet d'être fière du résultat final de ce travail de longue haleine.

Un merci spécial à Noémi qui a ouvert le chemin pour moi, qui m'a transmis sa passion pour l'adoption, qui m'a accompagnée à travers les hauts et les bas de ce processus de recherche et qui a su me guider en se montrant si disponible et combien soutenante ! Merci pour ta précieuse amitié. Merci à Cybèle, mon « inséparable » de labo, sans qui l'élaboration de cette recherche n'aurait pu être aussi agréable. Merci pour les moments de complicité partagés ensemble. Merci à mes collègues-amis de la clinique pédiatrique transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Béatrice, Frantz et Tinh-Nhan,

pour les discussions riches et stimulantes et pour votre soutien inconditionnel et chaleureux.

Merci à Andrée Pomerleau et Gérard Malcuit, instigateurs du projet d'adoption internationale. Merci à Nicole Smolla, chercheure collaboratrice d'exception, à Dr Chicoine et Dre Belhumeur, pédiatres de l'Hôpital Sainte-Justine, à Jean Bégin, Jill Vandermeerschen et Hugues Leduc, statisticiens de l'UQAM, qui ont tous de près ou de loin, contribué à l'accomplissement de ce projet et ont toujours démontré une profonde motivation à partager leurs savoirs. Merci aux assistants de recherche ayant collaboré au projet d'adoption internationale. Je tiens également à remercier chaleureusement tous les adolescents que j'ai eu la chance de rencontrer, ainsi que leurs parents. Leur grande générosité face au partage de leur vécu intime aura permis de rendre ce projet unique.

Un grand merci au Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC), au Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE) et à la Faculté des sciences humaines de l'UQAM pour le soutien financier qui m'a été accordé durant ses longues années.

Un immense merci à mes parents qui m'ont donné suffisamment d'amour pour que je puisse croire en moi. Merci d'avoir été présents lors de mes nombreuses remises en question et de m'avoir encouragée à persévérer. Merci aussi pour votre soutien inconditionnel face aux déboires de la vie et pour votre adaptation constante afin de mieux me comprendre. Merci à mon frère, Louis-Philippe, pour ta générosité, ton humour et ton soutien dans les moments difficiles. Merci à ma famille élargie pour vos mots encourageants et compatissants. Quelle chance de vous avoir dans ma vie !

Merci à mes précieux amis. Audrey, merci pour ta légèreté et ton humour, mais surtout pour le grand soutien que tu m'as apporté à travers ces années, pour ta compréhension

et ta profonde humanité. Simon, merci pour ta générosité, ton grand cœur, tes petites attentions touchantes et réconfortantes. Èva, merci pour ta présence constante, merci de m'aider à être douce avec moi-même et à m'aimer avec mes fragilités. Merci de m'accompagner dans mes peines et mes joies, mais aussi de partager des moments de folies à danser ensemble sur des rythmes enivrants et exaltants. Oli, merci pour ta présence réconfortante, ton écoute, ta sensibilité, tes conseils et la profonde confiance que tu me portes, confiance que je n'ai pas toujours moi-même. Pauline, merci pour ton amitié rafraîchissante, tes nombreux encouragements, ta douceur et tes paroles enveloppantes. Andrée-Anne, mon amie de tous les temps, merci de m'accompagner au quotidien et de continuer d'être toujours là. Ensemble, nous réussirons à construire une véritable forêt verdoyante et pleine d'espoir. Je remercie la vie de vous avoir tous mis sur mon chemin. Vous êtes formidables !

Je termine en me remerciant moi-même en reconnaissant tous les efforts déployés au fil des années. Je termine ce parcours, certes épuisée, mais tellement plus près de moi-même avec le désir ardent de vivre !

J'aimerais dédier cette thèse au bien-être de tous
les enfants dans le monde.
Puissiez-vous être bien, puissiez-vous être
heureux !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES iv

LISTE DES TABLEAUX x

LISTE DES ABBRÉVIATIONS xi

RÉSUMÉ xii

CHAPITRE I
INTRODUCTION GÉNÉRALE 1
1.1 Introduction 1
1.2 Symptômes intériorisés et extériorisés, adolescence et adoption internationale 4
1.3 Conditions de vie avant l'adoption 6
1.4 Stress parental 9
1.5 Identité ethnique et proximité à la culture d'origine et d'accueil 11
1.6 Relation parent-enfant 14
1.7. Synthèse critique de la littérature 17
1.8. Objectifs 19

CHAPITRE II
ARTICLE 1: BEHAVIOR PROBLEMS IN ADOLESCENCE AMONG INTERNATIONAL ADOPTEES, PRE-ADOPTION ADVERSITY, AND PARENTING STRESS 21
Abstract 22
Highlights 22
Introduction 23
Method 28
Participants 28
Procedures 28
Measures 29
Analytical plan 32
Results 32
Children's reports 32

Mother's reports 33
Correlations between Mothers' and Children's Reports in Adolescence 34
Correlations between Mothers' and Children's Reports, Risk Factors at Arrival, and Parenting Stress 34
Mediational Model of Parenting Stress between Early Risk Factors and Symptom Scores in Adolescence 35
Discussion 36
References 41

CHAPITRE III
ARTICLE 2: RELATION PARENT-ENFANT, RELATION A LA CULTURE D'ORIGINE ET BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE A L'ADOLESCENCE D'ENFANTS ADOPTES A L'ETRANGER 58
Résumé 60
1. Introduction 62
2. Méthode 65
2.1. Participantes et participants 65
2.2. Déroulement 66
2.3. Mesures 67
2.4. Analyses des données 70
3. Résultats 71
3.1. Données descriptives 71
3.2. Corrélations entre proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil, identité ethnique, symptômes intériorisés et extériorisés et relation parent-enfant 71
3.3. Modèles de médiation 72
4. Discussion 73
Références 79

CHAPITRE IV
DISCUSSION 92
4.1 Synthèse des principaux résultats 92
4.2 Évolution des problèmes de comportements de l'âge scolaire à l'adolescence 93
4.3 Conditions de vie avant l'adoption et problèmes de comportement 96
4.4. Facteurs de risque à l'adoption, stress parental et problèmes de comportement à l'adolescence 97

4.4.1 Effet médiateur du stress parental des mères 99
4.5 Proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil, identité ethnique et problèmes de comportement à l'adolescence 101
4.6 Rapport aux origines, relation parent-enfant et symptômes intériorisés et extériorisés 103
4.6.1. Effet médiateur de la qualité de la relation parent-enfant 105
4.7 Forces de l'étude 107
4.8 Limites de l'étude et recherches futures 109
4.9 Conclusion et implications cliniques de l'étude 111

ANNEXE A
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE 114

ANNEXE B
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 117

ANNEXE C
QUESTIONNAIRES 122

RÉFÉRENCES 123

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE II – Article 1

Figure1	Partial mediation effects of parenting stress child-domain at school age and in adolescence on the relationship between weight/height ratio and self-reported internalizing and externalizing symptoms	53
Figure 2	Partial and complete mediation effects of parenting stress child-domain at school age and in adolescence on the relationship between neurological signs and mothers' report of internalizing and externalizing symptoms	54

CHAPITRE III – Article 2

Figure1	Effet de médiation totale de la confiance sur la relation entre la proximité à la culture d'origine et les symptômes extériorisés évalués par la mère	87
Figure 2	Effet de médiation partielle de la communication parent-enfant sur la relation entre l'appartenance/engagement à la culture d'origine et l'auto-évaluation des symptômes extériorisés	88

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II – Article 1

Table 1	Means, Standard Deviations, and Percentages of Self-Reported Behavior Problems among International Adoptees at School Age and in Adolescence	46
Table 2	Means, Standard Deviations, and Percentages of Behavior Problems Reported by Mothers in their Adopted Child at School Age and in Adolescence	47
Table 3	Children's Health Status and Development at Arrival	48
Table 4	Means and Standard Deviations of Parenting Stress at School Age and in Adolescence	49
Table 5	Bivariate Correlations between Children's Characteristics at Arrival, Behavior Problems, and Parenting Stress	50
Table 6	Coefficients, Standard Error, and Summary for the Mediation Model	51
Table 7	Bootstrapped Direct, Indirect, and Total Effects	52

CHAPITRE III – Article 2

Tableau I	Moyennes et Écart-Types des Différentes Mesures	82
Tableau II	Pourcentage d'Adolescents selon leur Degré de Proximité à leur Culture d'Origine et à leur Culture d'Accueil	83
Tableau III	Corrélations entre Proximité à la Culture d'Origine et à la Culture d'Accueil, Identité Ethnique, Relation Parent-Enfant et Symptômes Intériorisés et Extériorisés	84
Tableau IV	Coefficients et Erreurs Types des Modèles de Médiation	85
Tableau V	Effets Directs, Indirects et Totaux et Intervalles de Confiance Bootstrap des Modèles de Médiation	86

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CBCL	Child Behavior Checklist
DI	Dominique Interactif
DIA	Dominique Interactif Adolescent
MEIM	Multigroup Ethnic Identity Measure
MDI	Mental Development Index
IPPA	Inventory of Parent and Peer Attachment
PDI	Psychomotor Development Index
PSI	Parenting Stress Index
SIPA	Stress Index for Parents of Adolescents
UQAM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

L'adoption internationale comporte son lot de défis pour les enfants adoptés et leurs parents adoptifs. La plupart des enfants ont connu avant l'adoption des conditions de vie précaires et présentent des problèmes de santé et des retards de croissance et de développement à leur arrivée dans leur famille adoptive. Leurs conditions de vie avant l'adoption peuvent se répercuter sur leur développement et leur fonctionnement plusieurs années suivant l'adoption. Le milieu dans lequel évoluent les enfants après l'adoption semble, néanmoins, avoir une influence déterminante sur leur adaptation. L'adolescence constitue, par ailleurs, une période charnière pour ces enfants qui ont une meilleure compréhension de leur adoption, de ses enjeux et de leur différence, ce qui peut rendre plus complexe leur construction identitaire et affecter leur bien-être psychologique.

Cette thèse de doctorat a pour but de de mieux comprendre les facteurs associés au bien-être psychologique à l'adolescence d'enfants adoptés à l'étranger. Elle s'inscrit dans le cadre de la phase III d'une étude longitudinale entreprise par Pomerleau et ses collègues (2005) et comporte deux articles.

Le premier article examine l'évolution des symptômes intériorisés et extériorisés de l'âge scolaire à l'adolescence et l'effet médiateur du stress parental des mères sur les liens entre l'état des enfants au moment de leur arrivée dans leur famille adoptive et leurs symptômes à l'adolescence. L'échantillon inclut 71 enfants adoptés à l'étranger et leurs mères. L'état de santé des enfants et leur développement cognitif et moteur ont été évalués peu de temps après leur adoption (M = 11,28 mois) comme indices de leurs conditions de vie avant l'adoption. À l'âge de 7 ans et de 15 ans, les enfants ont répondu au *Dominique Interactif* afin d'évaluer leurs symptômes intériorisés et extériorisés et les mères ont rempli le *Child Behavior Checklist.* Les mères ont également rempli l'Indice de stress parental à l'âge scolaire et l'Indice de stress des parents d'adolescents à l'adolescence. Un plus faible pourcentage d'enfants rapporte des problèmes intériorisés, des phobies spécifiques et des troubles d'opposition de niveau clinique/sous-clinique à l'adolescence qu'à l'âge scolaire. Les mères adoptives rapportent, de leur côté, moins de problèmes extériorisés et de comportements agressifs de niveau clinique/sous-clinique à l'adolescence qu'à l'âge scolaire. Le stress parental des mères à l'âge scolaire et à l'adolescence a un effet de médiation séquentiel sur les liens entre le rapport poids/taille des enfants à leur arrivée (un indice de malnutrition), les signes d'atteinte neurologique et les symptômes intériorisés et extériorisés à l'adolescence.

Le second article examine l'effet médiateur de la qualité de la relation parent-enfant sur les liens entre différents indices de l'identité (proximité à la culture d'origine et à

la culture d'accueil et identité ethnique) et les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants à l'adolescence. L'échantillon compte 76 adolescents (M = 15,02 ans) et leurs mères. Les symptômes intériorisés et extériorisés ont, encore une fois, été évalués à l'aide du *Child Behavior Checklist* et du *Dominique interactif Adolescents*. Les adolescents ont également rempli l'*Inventory of Parent and Peer Attachment* pour évaluer leur perception de la qualité de leur relation avec leurs parents (confiance, communication et aliénation), le *Multigroup Ethnic Identity Measure* (exploration et appartenance/engagement à la culture d'origine) et un questionnaire servant à évaluer la proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil. La proximité à la culture d'origine est liée à un score plus élevé de symptômes extériorisés selon l'évaluation des mères, mais la perception qu'ont les adolescents de la confiance que leur portent leurs parents a un effet de médiation complet sur ce lien. Le sentiment d'appartenance des adolescents à leur culture d'origine est associé à un plus faible score de symptômes extériorisés selon les évaluations des adolescents, mais la qualité de la communication avec leurs parents a un effet de médiation partiel sur ce lien.

Nos résultats soulignent l'importance de tenir compte du point de vue des parents adoptifs et des adolescents pour évaluer les symptômes intériorisés et extériorisés. Ils mettent également en évidence l'influence de la famille adoptive sur le bien-être psychologique des enfants à l'adolescence. Sur le plan clinique, des interventions précoces visant à réduire le stress parental pourraient prévenir l'exacerbation des problèmes de santé mentale des enfants adoptés à l'étranger. Une approche transculturelle pourrait également s'avérer utile pour soutenir les parents adoptifs bousculés par les questionnements identitaires de leurs adolescents.

Mots clés : Adoption internationale, problèmes de comportement, stress parental, identité, relation parent-enfant.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Introduction

Le nombre d'adoptions à l'étranger a connu une croissance marquée dans la plupart des pays industrialisés au cours des années 1990. Le Québec a été particulièrement touché par ce phénomène avec l'un des taux d'adoptions internationales les plus élevés au monde. En 1995, le nombre d'adoptions à l'étranger a atteint près de 1 000 au Québec (Breton, 1997). La majorité des enfants adoptés à l'étranger ont connu, avant l'adoption, des conditions de vie très précaires. Beaucoup ont vécu en orphelinat et n'ont reçu ni les soins physiques et médicaux ni les stimulations sociales et cognitives nécessaires à leur bon développement. Ils n'ont pu, en outre, établir de liens privilégiés avec un ou des donneurs de soins (Gunnar, Bruce, & Grotevant, 2000). À leur arrivée dans leur famille adoptive, la plupart présentent des problèmes de santé et de comportement et des retards de croissance et de développement (MacLean, 2003; Pomerleau et al., 2005).

L'adoption de ces enfants constitue ainsi un événement positif dans leur vie et les progrès réalisés au cours des premières années suivant l'adoption, et même au cours des premiers mois, sont, le plus souvent, remarquables (Palacios & Brodzinsky, 2010; Pomerleau et al., 2005). Les parents adoptifs sont généralement scolarisés, bien nantis et bien disposés à accueillir leur enfant. Ils sont en mesure de lui offrir un milieu de vie stimulant et chaleureux. Néanmoins, l'adaptation de ces enfants à leur nouveau milieu ne se fait pas sans heurts et les difficultés qu'ils ont connues avant l'adoption peuvent affecter leur développement physique, socioaffectif, cognitif et leur santé mentale

même plusieurs années suivant l'adoption (Johnson, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2006; O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney, & Kreppner, 2000; Palacios & Brodzinsky, 2010; Sonuga-Barke et al., 2017). Bien qu'ils présentent souvent une résilience extraordinaire, les empreintes du passé ne disparaissent pas totalement avec l'adoption (Palacios & Brodzinsky, 2010).

L'adoption comporte des défis particuliers, autant pour les enfants adoptés que pour leurs parents adoptifs (Brodzinsky, 2011). Les travaux réalisés au cours des dernières décennies se sont surtout centrés sur ceux qui touchent tout particulièrement l'enfance. On s'intéresse toutefois de plus en plus à l'adolescence, qui constituerait une période charnière pour les enfants adoptés à l'étranger et leur famille. D'un point de vue développemental, l'adolescence est une période de grands changements, changements physique, social, émotionnel et cognitif (Steinberg & Silk, 2002). L'acquisition d'habiletés cognitives plus complexes permet une meilleure capacité de réflexion et la compréhension de concepts plus abstraits. La formation de l'identité est, en outre, l'une des tâches centrales de l'adolescence (Erikson, 1968) et entraîne des mouvements psychiques importants. À travers le processus normatif de séparation-individuation, l'adolescent cherche à acquérir son autonomie en se séparant de ses parents et à définir son identité personnelle comme unique et différente de celle de ses parents.

Ces nombreux changements entraînent nécessairement des bouleversements dans la relation parent-enfant et ont également des implications pour les parents qui doivent redéfinir leur rôle auprès de leur enfant. Certains parents peuvent vivre difficilement cette période tumultueuse. Les pères et les mères rapportent que l'adolescence (14-18 ans) est la période la plus difficile pour exercer leur fonction parentale (Deater-Deckard, 2004; Putnick et al., 2010). La distanciation, typique de cette période développementale, entraîne un investissement hors famille de la part de l'adolescent et le développement de son autonomie, ce qui peut être la cause de tension, de stress et d'anxiété chez le parent (Ligaa, Ingogliab, Lo Cricchiob, & Lo Cocob, 2015).

Aux défis normalement associés à l'adolescence s'ajoutent, pour les enfants de l'adoption internationale, ceux liés à l'adoption. Outre les répercussions des graves conditions de privation qu'ils ont connues avant l'adoption, leur meilleure compréhension de l'adoption et de ses enjeux, leur conscience accrue de leur différence, de ce qui les distingue de leurs parents et de leurs pairs, peuvent accentuer les difficultés inhérentes à l'adolescence (Brodzinsky, 2011; Friedlander et al., 2000; Grotevant, 1997). Sur le plan identitaire, leurs appartenances multiples (une famille biologique, une famille adoptive; une culture d'origine, une culture d'accueil) peuvent rendre plus complexes leurs questionnements et leur construction identitaire.

La présente recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude longitudinale amorcée en 1998 qui porte sur le développement d'enfants adoptés à l'étranger par des familles québécoises. Des chercheurs de l'Université du Québec à Montréal en partenariat avec des médecins de la Clinique de Pédiatrie Internationale de l'Hôpital Sainte-Justine (CPI) ont débuté l'étude avec la participation de 123 familles. Les enfants ont été rencontrés à sept reprises de leur arrivée dans leur famille adoptive (âge moyen = 11,28 mois) jusqu'à l'âge de 15 ans. L'ensemble des données colligées a donné lieu à différentes phases d'analyse avec leurs objectifs spécifiques. La première phase portait sur l'état de santé physique des enfants et sur leur développement cognitif, moteur, affectif et social de l'arrivée jusqu'à l'âge de 3 ans (Pomerleau et al., 2005). La deuxième phase s'est concentrée sur leurs problèmes de comportement à l'âge scolaire et sur les facteurs qui y sont associés (Gagnon-Oosterwaal et al., 2012a; Gagnon-Oosterwaal et al., 2012b). Nous avons participé à l'élaboration de la troisième phase de l'étude et à la collecte des données. Cette phase portait sur le développement psychoaffectif des enfants à l'adolescence et sur les facteurs qui y sont associés.

La présente recherche doctorale poursuit deux grands objectifs qui feront chacun l'objet d'un article. Le premier article porte sur les trois phases de l'étude longitudinale

alors que le deuxième article se concentre de façon plus spécifique sur la période de l'adolescence. Le premier objectif est d'évaluer les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants à l'adolescence, d'en examiner l'évolution de l'âge scolaire à l'adolescence de même que les liens avec les facteurs de risque pré-adoption évalués à l'arrivée des enfants et le stress parental de leurs mères adoptives en début de scolarisation et à l'adolescence. Le deuxième objectif est d'examiner les liens entre les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants à l'adolescence, la proximité à leur culture d'origine et à leur culture d'accueil, l'identité ethnique et la qualité de la relation avec leurs parents adoptifs.

1.2 Symptômes intériorisés et extériorisés, adolescence et adoption internationale

Selon la méta-analyse de Juffer et van IJzendoorn (2005), qui inclut près d'une centaine d'études, les enfants adoptés présentent plus de problèmes de comportement que les enfants non adoptés, mais les tailles d'effet sont petites. La différence est plus marquée pour ce qui est de la consultation des services de santé mentale. Selon les auteurs, les taux élevés de consultation en santé mentale pourraient, en partie, expliquer pourquoi les enfants adoptés ne se distinguent pas davantage des autres enfants lorsque l'on compare leurs problèmes de comportement. Les services reçus leur permettraient de prévenir l'aggravation de leurs problèmes. Ce taux plus élevé de consultation en santé mentale pourrait s'expliquer par les caractéristiques particulières des parents adoptifs. Ils sont, généralement, plus scolarisés et mieux nantis que les parents biologiques et semblent plus sensibles aux problèmes de leur enfant (Miller, 2005). Les parents adoptifs détecteraient ainsi plus facilement les difficultés de leur enfant et seraient plus enclins à demander de l'aide puisqu'ils ont une meilleure connaissance des services disponibles et disposent des ressources nécessaires pour y avoir recours.

Bien qu'ils présentent, en moyenne, plus de problèmes de comportement que les enfants non-adoptés à l'adolescence, les problèmes des enfants adoptés semblent s'atténuer avec l'âge. Toujours selon la méta-analyse de Juffer et van IJzendoorn (2005), leur score total de symptômes est moins élevé durant l'adolescence (12 à 18 ans) que durant l'enfance (0 à 12 ans). Les auteurs suggèrent que les enfants adoptés à l'étranger, en raison de leurs différences culturelles et raciales, doivent gérer leurs questionnements identitaires plus tôt, ce qui pourrait, à plus long terme, constituer un avantage. Brodzinsky (2011) est également d'avis qu'une meilleure compréhension de la permanence de l'adoption et de son caractère légal à l'adolescence peut diminuer l'anxiété souvent éprouvée pendant l'enfance. De plus, comme nous l'avons déjà souligné, le recours fréquent aux services de santé mentale par les familles adoptives peut prévenir l'exacerbation de leurs problèmes durant l'adolescence (Miller, 2005).

Dans leur recension de la documentation publiée en 2010, Palacios et Brodzinsky en viennent, de leur côté, à la conclusion que les enfants adoptés présentent plus de problèmes d'adaptation au cours de l'enfance et au début de l'adolescence que les non-adoptés, alors qu'il n'y a pas ou très peu de différences entre eux à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Les auteurs ne distinguent cependant pas les adoptions à l'étranger des adoptions domestiques. Par contre, dans une autre recension publiée en 2010 qui porte sur 18 études ayant utilisé le *Child Behavior Checklist*, Hawk et McCall rapportent que les problèmes intériorisés semblent s'accroître à l'adolescence chez les enfants adoptés à l'étranger alors que l'évolution de leurs problèmes extériorisés, de leurs troubles d'attention et de leurs troubles de la pensée ne présente pas de trajectoire aussi claire.

En fait, les résultats des études incluses dans la recension de Hawk et McCall (2010) sont parfois divergents. Par exemple, une étude longitudinale réalisée au Pays-Bas montre que les problèmes intériorisés et extériorisés augmentent du début de l'adolescence à la fin de l'adolescence chez des enfants adoptés de différents pays

(Verhulst, 2000; Verhulst & Versluis-den Bieman, 1995). Une étude longitudinale publiée récemment montre aussi une augmentation des problèmes de comportement de l'âge de 8 ans à 15 ans chez des enfants adoptés de l'ex-Union soviétique, mais seulement chez les filles (Robinson, Mcguinness, Azuero, & Pallansch, 2015). *The English and Romanian Adoptees Study (ERA) Team* rapporte également une augmentation des problèmes de conduite de l'âge de 11 ans à 15 ans chez des enfants adoptés de Roumanie au Royaume-Uni, mais seulement chez ceux ayant passé plus de 6 mois en institution et selon l'évaluation qu'en font les enfants eux-mêmes (Sonuga-Barke, Schlotz, & Kreppner, 2010; Sonuga-Barke et al., 2017). Leurs problèmes émotionnels restent, toutefois, stables au cours de la même période selon les évaluations des parents et des enfants (Sonuga-Barke et al., 2010; Sonuga-Barke et al., 2017). Les résultats des diverses études sont, ainsi, plutôt divergents. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces divergences, notamment l'âge des enfants à l'adoption, leur pays d'origine et leurs conditions de vie avant l'adoption.

1.3 Conditions de vie avant l'adoption

Les enfants adoptés à l'étranger ont, pour la plupart, été exposés à de multiples facteurs de risque qui peuvent affecter leur développement physique, socioaffectif, cognitif, ainsi que leur santé mentale et ce, même plusieurs années suivant leur adoption (Gunnar et al., 2000; Johnson et al., 2006; O'Connor et al., 2000; Pomerleau et al., 2005). Les données empiriques montrent que les enfants qui ont vécu dans des conditions de privation extrêmes lors de leur institutionnalisation ont plus de troubles extériorisés et un score total de problèmes de comportement plus élevé que ceux n'ayant pas vécu dans des conditions aussi défavorables (Juffer & van IJzendoorn, 2005). Le temps passé en institution et les expériences de privation extrêmes semblent être les

principaux facteurs de risque (ex., Harwood, Feng, & Yu, 2013; Hawk & McCall, 2011; MacLean, 2003; Sonuga-Barke et al., 2010).

L'environnement dans lequel ont vécu les enfants avant l'adoption peut être très variable d'un pays à l'autre, mais également d'une institution à l'autre à l'intérieur d'un même pays (Gunnar, 2001). Gunnar (2001) a tenté de regrouper les institutions en trois catégories selon leur capacité à répondre aux besoins de l'enfant, soit 1) les institutions incapables d'offrir des soins adéquats (soins médicaux, hygiène, nutrition, stimulation et relations sociales), 2) les institutions qui offrent des soins adéquats sur le plan de la santé et de la nutrition mais insuffisants sur le plan de la stimulation et des relations sociales et 3) les institutions qui répondent à la plupart des besoins de l'enfant, à l'exception des relations à long terme avec des donneurs de soin stables.

S'inspirant de la catégorisation de Gunnar (2001), Merz et McCall (2010) ont comparé leur échantillon d'enfants adoptés de Russie, qu'ils qualifient de groupe «avec privation psychosociale», aux enfants de deux autres études : un groupe d'enfants adoptés de Roumanie, qu'ils qualifient de groupe «avec privation globale» (Groza & Ryan, 2002), et un échantillon d'enfants adoptés de différents pays, principalement d'Asie et d'Amérique latine (Gunnar, van Dulmen, & Team, 2007), et dont le degré de privation est variable. Les enfants étaient âgés de 6 à 18 ans au moment de l'évaluation. Les auteurs rapportent plus de problèmes de comportement chez les enfants adoptés de Roumanie après l'âge de 9 mois que chez les enfants du même groupe adoptés plus tôt, alors que chez les enfants des deux autres groupes (originaires de Russie et de divers pays), les problèmes de comportement sont plus nombreux chez ceux qui ont été adoptés après l'âge de 18 mois que chez ceux adoptés plus tôt (Merz & McCall, 2010). Recevoir des soins inadéquats et pendant une longue période peut donc avoir des effets marqués sur l'enfant.

Selon une étude réalisée par Hawk et McCall (2011), vivre en institution pendant plus de 18 mois peut également avoir des effets délétères sur l'adaptation psychologique qui sont visibles seulement à l'adolescence. Les auteurs ont évalué à l'aide du *Child Behavior Checklist* des enfants adoptés de Russie qui avaient vécu en institution pendant des périodes de durée variable. La qualité des soins reçus n'était cependant pas considérée. Ceux qui avaient passé plus de 18 mois en institution, qui étaient ainsi plus susceptibles d'avoir connu de graves privations, présentaient à l'adolescence des problèmes qui n'étaient pas apparus entre 6 et 11 ans (Hawk & McCall, 2011; Merz & McCall, 2010). L'institutionnalisation aurait donc ce que les auteurs nomment un «*sleeper effect*» (Hawk & McCall, 2011). Selon les chercheurs, les enfants ayant vécu des expérience de privation en institution pendant une plus longue période seraient plus vulnérables aux changements qui surviennent à l'adolescence (Hawk & McCall, 2010; Merz & McCall, 2010).

Malgré l'impact à long terme des expériences précoces sur le développement des enfants adoptés à l'étranger, plusieurs études semblent montrer que son importance diminue avec l'âge. Par exemple, une étude menée auprès d'enfants adoptés de l'ex-Union soviétique montre que les facteurs de risque auxquels ont été exposés les enfants avant l'adoption ont moins d'impact sur leurs problèmes de comportement à l'âge de 11 ans qu'à 6 ans, alors que les facteurs post-adoption, tel que le climat familial, ont davantage d'importance (McGuinness & Pallansch, 2007). Tan et ses collègues rapportent également que les facteurs de risque avant l'adoption semblent toujours se répercuter sur les problèmes de comportement à l'adolescence chez des enfants adoptés de Chine, mais leur pouvoir prédictif s'atténue avec l'âge (Tan et al., 2016; Tan, Rice, & Mahoney, 2015). Le milieu de vie dans lequel évoluent les enfants après l'adoption peut, en partie, contrecarrer les effets néfastes des expériences précoces. Mais diverses études montrent également que des facteurs liés à la famille adoptive peuvent contribuer à la persistance des problèmes de comportement de l'enfant.

1.4 Stress parental

Au sein de la population générale, le lien entre stress parental et problèmes de comportement chez l'enfant est bien établi. Les problèmes de l'enfant peuvent accroître le stress parental et le stress parental peut affecter le bien-être des parents, leurs attitudes envers leur enfant et leurs interactions avec l'enfant, ce qui peut activer un cycle d'interactions parent-enfant négatives et contribuer à accroître les problèmes de comportement de l'enfant (Crnic & Low, 2002). Les liens entre le stress parental des parents et le fonctionnement des enfants semblent bidirectionnels (Crnic & Low, 2002). Le stress parental se caractérise par un état de malaise psychologique relié aux caractéristiques de l'enfant (tempérament, comportements, difficultés de l'enfant) et à celles du parent (ex., ses ressources émotionnelles, son adaptation à son rôle de parent) (Bigras, Lafrenière, & Abidin, 1996; Judge, 2003).

Alors que certaines études rapportent que le degré de stress parental est plus élevé chez les parents adoptifs que chez les parents biologiques (Mainemer, Gilman, & Ames, 1998; Rijk, Hoksbergen, ter Laak, van Dijkum, & Robbroeeckx, 2006), plusieurs autres ne trouvent aucune différence entre eux ou rapportent même un degré de stress plus faible chez les parents adoptifs (Bird, Peterson, & Miller, 2002; Ceballo, Lansford, Abbey, & Stewart, 2004; Judge, 2003, 2004; Levy-shiff, Zoran, & Shulman, 1997; Palacios & Sánchez-Sandoval, 2006). La période au cours de laquelle ces mesures de stress parental ont été recueillies varie d'une étude à l'autre, soit à l'arrivée des enfants dans leur famille, à la période préscolaire ou scolaire ou au début de l'adolescence.

Le degré relativement faible de stress parental chez les parents adoptifs peut surprendre compte tenu des nombreux défis liés à la parentalité adoptive : infertilité, long processus de sélection en vue de l'adoption, attente de l'enfant, problèmes de santé et retards de développement de l'enfant à son arrivée, réactions de l'enfant à son nouveau

milieu, réactions parfois négatives de l'entourage face à l'adoption, questionnements identitaires de l'enfant (Brodzinsky, 1987; Brodzinsky & Pinderhughes, 2002). Les caractéristiques particulières des parents adoptifs – ils sont souvent plus âgés, plus scolarisés, mieux nantis et mieux préparés à l'arrivée de l'enfant que les parents biologiques – pourraient expliquer leur degré de stress relativement faible malgré les nombreux facteurs de stress avec lesquels ils doivent composer. À notre connaissance, aucune étude n'a évalué le stress parental à l'adolescence des parents adoptifs. Pourtant, tel que rapporté précédemment, l'adolescence est une période durant laquelle le stress parental est en général plus élevé (Deater-Deckard, 2004; Putnick et al., 2010).

Malgré le degré de stress généralement faible chez les parents adoptifs, des études ont montré que les retards de développement de l'enfant (Judge, 2003; Viana & Welsh, 2010) et la présence de graves problèmes de santé (Judge, 2003; McGlone, Santos, Kazama, Fong, & Mueller, 2002) sont liés à un degré plus élevé de stress parental. Les deux études rapportant un degré de stress plus élevé ont été menées auprès de parents ayant adopté des enfants de Russie (Mainemer, Gilman, & Ames, 1998; Rijk, Hoksbergen, ter Laak, van Dijkum, & Robbroeeckx, 2006). Ces enfants ont généralement vécu dans des conditions précaires avant l'adoption et présentent généralement davantage de problèmes de santé que les enfants adoptés d'autres pays. Les données recueillies lors de la 2e phase de la présente étude révèlent des liens entre l'état de santé des enfants au moment de leur arrivée dans leur famille adoptive, notamment la présence de signes d'atteinte neurologique et un faible rapport poids/taille (un indice de malnutrition), et le stress parental de leurs parents adoptifs à la période scolaire (Gagnon-Oosterwaal et al., 2012b). Le stress parental a, en outre, un effet de médiation sur les relations entre les problèmes de santé de l'enfant au moment de son adoption et ses problèmes de comportement à l'âge scolaire (Gagnon-Oosterwaal et al., 2012b). L'effet des problèmes de santé des enfants au moment de leur arrivée dans leur famille adoptive sur leurs problèmes de comportement à l'âge scolaire serait donc, en partie, indirect. Selon les auteurs, la vulnérabilité de l'enfant au

moment de son adoption pourrait accroître les inquiétudes des parents et les inciter à adopter des comportements surprotecteurs ou contrôlants avec l'enfant. Un degré élevé de stress parental a été associé à des comportements de surprotection chez les mères adoptives (Levy-Shiff et al., 1997). Ces pratiques parentales sont notamment prédicteurs des troubles anxieux chez l'enfant (McLeod, Weisz, & Wood, 2007; Rapee, 1997; Tan, Gelley, & Dedrick, 2015). Le stress parental pourrait-il avoir le même effet à l'adolescence ? C'est la question à laquelle tente de répondre le premier des deux articles de la présente thèse.

1.5 Identité ethnique et proximité à la culture d'origine et d'accueil

La formation de l'identité est l'une des tâches centrales de l'adolescence (Erikson, 1968). Avec l'acquisition d'habiletés cognitives plus complexes durant l'adolescence, l'enfant adopté comprend davantage la permanence de son adoption, ce qui peut atténuer l'anxiété d'être renvoyé dans son pays d'origine ou réclamé par sa famille biologique. Néanmoins, l'adolescence pose des défis particuliers aux enfants adoptés à l'étranger (Brodzinsky, 1987, 2011). La construction identitaire de l'adolescent adopté peut s'avérer complexe en raison de son appartenance à deux familles, l'une biologique, l'autre adoptive. À cela s'ajoutent, dans le cas des enfants adoptés à l'étranger, une culture d'origine et des caractéristiques physiques souvent différentes de celles de leur famille adoptive (Friedlander et al., 2000; Harf, Taieb, & Moro, 2006). L'intérêt porté à leur adoption et à leurs origines est très variable d'un adolescent à l'autre, mais tous doivent intégrer leur adoption dans la définition de leur identité (Brodzinsky, 2011; Grotevant, 1997). La compréhension de son adoption et l'exploration de son appartenance à sa famille biologique et de ses origines feraient donc partie du processus de construction de l'identité de l'adolescent adopté.

L'identité ethnique est une composante de l'identité. Elle renvoie au sentiment d'appartenance à un groupe ethnique ou culturel et à la signification émotionnelle qui en découle (Phinney, 1992; Roberts et al., 1999). Elle comporte deux dimensions distinctes, mais étroitement liées, l'une de nature cognitive et l'autre affective : l'exploration, qui réfère à la recherche d'informations sur son groupe ethnique ou culturel, et l'appartenance, qui réfère au sentiment d'affiliation à son groupe ethnique ou culturel et à la fierté envers ses origines (Phinney, 1990; Roberts et al., 1999). La formation de l'identité ethnique s'opère ainsi à travers un processus d'exploration prenant place durant l'adolescence et mène éventuellement à un engagement (Phinney, 1992; Roberts et al., 1999). Vers 13-14 ans, les adolescents subiraient des pressions de leurs pairs afin d'adopter une identité ethnique ou raciale bien définie (Friedlander et al., 2000).

La construction de l'identité ethnique peut s'avérer difficile pour un enfant de minorité ethnique comparativement à un enfant de la culture dominante étant donné sa double appartenance à une culture minoritaire et la culture dominante dans laquelle il grandit (Phinney, 1992). Cela peut présenter davantage de défis encore pour l'enfant adopté à l'étranger dont l'origine ethnique diffère de celle de ses parents adoptifs qui appartiennent au groupe majoritaire (Phinney & Rosenthal, 1992). Cette différence peut être sans importance pour certains jeunes adoptés, alors qu'elle est déroutante pour d'autres et peut les amener à se sentir étrangers au sein de leur famille adoptive (Brodzinsky, 2011).

Dans la population générale, une identité ethnique forte est associée au bien-être psychologique, à une estime de soi positive, à l'auto-efficacité (Yasui, Dorham, & Dishion, 2004), à l'optimisme et à de bonnes stratégies d'adaptation (Roberts et al., 1999), alors qu'une identité ethnique faible est un des prédicteurs des symptômes dépressifs à l'adolescence (Yasui et al., 2004). Une identité ethnique forte contribue donc au développement d'un concept de soi positif et au bien-être psychologique

(Greene, Way, & Pahl, 2006; Phinney, Cantu, & Kurtz, 1997; Yasui et al., 2004; Yip & Fuligni, 2002). On peut, cependant, se demander si l'identité ethnique joue le même rôle chez les enfants adoptés de l'étranger.

Une recension des études portant sur l'identité ethnique des enfants adoptés à l'étranger et sur leur adaptation psychologique publiées entre 2000 et 2010 conclut que le rôle de l'identification ethnique dans l'adaptation des enfants adoptés n'est pas clair (Castle et al., 2011). Quelques études montrent que l'identification à la culture d'origine est associée à une meilleure adaptation psychologique, alors que d'autres ne trouvent aucun lien. Boivin et Hassan (2015) arrivent à des conclusions similaires dans leur recension de la documentation qui inclut 15 études publiées entre 1990 et 2015. Selon les auteures, il n'est pas possible de dégager une conclusion claire des études sur les relations entre l'identité ethnique, la discrimination, la socialisation raciale et le bien-être psychologique chez les adoptés transraciaux. Une autre recension récente, regroupant 50 études réalisées auprès d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes adoptés à l'étranger, souligne l'impossibilité d'établir des liens de causalité entre appartenance culturelle et état psychologique (Benoit, Harf, Skandrani, & Moro, 2015).

La diversité des mesures d'identité ethnique et d'adaptation psychologique utilisées et des caractéristiques des échantillons étudiés, notamment en termes d'âge et d'origine ethnique, rendent complexe l'interprétation des résultats obtenus. À titre d'exemple, plutôt que de référer au concept d'identité ethnique, certaines études emploient une terminologie apparentée mais, néanmoins, distincte, telle que « estime collective », « curiosité à l'égard des origines », « fierté à l'égard des origines » ou « appartenance ethnique ». Différentes mesures sont également utilisées pour évaluer l'identité ethnique : des questionnaires validés, des questionnaires maison, des entrevues semi-structurées. Notons, par ailleurs, qu'à notre connaissance, aucune étude n'a examiné les liens entre l'identité ethnique et les différents troubles de santé mentale ou de comportement. Quelques études ont évalué certaines composantes de l'adaptation

psychologique (ex., acceptation de soi, estime de soi, anxiété ou dépression), mais aucune n'en a fait un examen approfondi.

Par ailleurs, alors qu'une étude rapporte que l'identification à la culture du pays d'accueil serait plus importante que l'identification à la culture d'origine (Cederblad, Höök, Irhammar, & Mercke, 1999), une autre étude menée auprès de 51 jeunes adultes âgés de 19 à 36 ans (M = 24,35) adoptés de l'étranger pendant l'enfance ne révèle aucune différence d'adaptation psychologique entre ceux qui s'identifient à la culture de leurs parents adoptifs et ceux qui s'identifient à leur culture d'origine (Baden, 2002). Par contre, l'acceptation de la culture du parent adoptif serait liée à une meilleure adaptation psychologique à l'âge adulte. Baden (2002) en conclut que l'identification à la culture d'origine n'est pas une condition nécessaire pour l'adaptation de l'individu adopté mais que d'autres études sont nécessaires pour mieux cerner la relation entre l'identification à la culture des parents adoptifs et le bien-être des enfants adoptés de l'étranger. Scherman et Harré (2010) sont d'avis que les enfants adoptés sont plus enclins à s'identifier à la culture dominante de leurs parents adoptifs, ce qui pourrait avoir pour effet d'accroitre leur sentiment d'appartenance à leur famille adoptive. Les résultats de ces études laissent croire que l'identification à la culture d'accueil et son influence sur le bien-être psychologique des enfants adoptés de l'étranger pourraient être étroitement liées à la qualité du lien avec les parents adoptifs.

1.6 Relation parent-enfant

L'influence du milieu familial sur le développement des enfants est bien documentée. Le style éducatif des parents ainsi que la qualité de la relation parent-enfant ont une influence déterminante sur l'adaptation de l'enfant et de l'adolescent (Steinberg, 2001). Or, les parents adoptifs sont confrontés à des défis particuliers qui peuvent rendre plus

ardu l'exercice de leur rôle parental. Outre les problèmes de santé, de développement et de comportement que présente souvent leur enfant au moment de son adoption, ils doivent aussi tolérer la curiosité de leur enfant face à ses origines, maintenir une bonne communication au sujet de l'adoption et reconnaître sa différence (Brodzinsky & Pinderhughes, 2002). Durant l'adolescence, l'enfant adopté est capable de mieux comprendre la complexité de son statut familial et de son identité (Brodzinsky & Pinderhughes, 2002). Le parent adoptif doit être en mesure de saisir cette complexité pour aider son enfant à faire face aux tâches reliées à l'adoption. Ainsi, une bonne communication et une ouverture face aux interrogations de l'enfant sont essentielles (Brodzinsky & Pinderhughes, 2002). Butler (1989) est d'avis que la communication familiale doit être ouverte pour éviter de créer une barrière psychologique rigide entre la famille biologique et la famille adoptive et de positionner l'enfant dans un conflit de loyauté.

Dans son modèle théorique de la parentalité adoptive, Kirk (1964) explique que les parents adoptifs se retrouvent dans une position délicate voulant à la fois reconnaître la différence de leur enfant et de leur lien filial tout en souhaitant l'intégrer au sein de leur famille. Ils se retrouvent ainsi face au défi de trouver un équilibre entre le déni de la différence et sa trop grande accentuation (Brodzinsky, 1987). Les parents adoptifs peuvent se sentir menacés dans l'établissement et le maintien du lien de filiation avec leur enfant adopté en raison de différents facteurs qui peuvent agir comme éléments de distanciation entre eux, notamment le fait que la mère n'a pas porté l'enfant, la différence d'apparence physique dans le cas des adoptions transraciales, le stigma social relié à l'adoption ou l'idée voulant que l'adoption soit une voie d'accès secondaire à la parentalité (Kirk, 1964).

Quelques études se sont intéressées à la qualité de la relation entre les parents adoptifs et leur enfant et à son influence sur le bien-être de l'enfant à l'adolescence. Selon une étude menée auprès de 701 adolescents âgés de 13 à 17 ans adoptés pendant l'enfance,

la qualité de la relation parent-enfant est, notamment, positivement associée à un plus faible risque d'absentéisme scolaire, de consommation de drogue et de problèmes avec les autorités policières et à un meilleur rendement scolaire (Whitten & Weaver, 2010). Cette étude a aussi permis de comparer un sous-groupe d'enfants adoptés par des parents d'une autre origine ethnique que la leur à des enfants de parents de même origine. Cette comparaison a mis en évidence les mêmes associations entre la qualité de la relation parent-enfant et l'adaptation de l'enfant. L'origine ethnique de l'enfant, lorsqu'elle diffère de celle de ses parents adoptifs, a donc peu d'impact sur son adaptation psychosociale alors que la qualité de la relation avec ses parents adoptifs serait déterminante (Whitten & Weaver, 2010).

Une autre étude menée auprès de 2089 enfants adoptés âgés de 0 à 17 ans révèle que la qualité de la relation parent-enfant a un effet de médiation sur les liens entre les facteurs de risque auxquels ont été exposés les enfants avant l'adoption et leur bien-être psychologique (Harwood et al., 2013). L'adoption à un plus jeune âge est, de plus, associée à une meilleure relation parent-enfant qui est, elle, associée à une plus faible consultation des services de santé mentale. Ainsi, l'influence de l'âge à l'adoption sur la consultation des services de santé mentale diminue lorsqu'on tient compte de la qualité de la relation parent-enfant (Harwood et al., 2013).

Peu d'études se sont attardées aux liens entre l'importance accordée à la culture d'origine de l'enfant et la qualité de la relation parent-enfant. Hoopes (1990) rapporte qu'un enfant adopté sera plus curieux de ses origines si la communication au sein de sa famille adoptive est mauvaise ou s'il ressent de l'insatisfaction face à sa famille adoptive. Kohler, Grotevant et Mc Roy (2002) notent, de leur côté, qu'un enfant adopté qui est davantage préoccupé par son adoption ressent plus d'aliénation face à ses parents adoptifs. La préoccupation de l'adolescent à l'égard de son adoption serait, selon les auteurs, une forme d'exploration de son identité et de ses origines.

Par contre, une relation parent-enfant positive, le soutien qu'apporte le parent au développement de l'identité ethnique de son enfant et à la pratique d'activités en lien avec son pays d'origine est un bon prédicteur de l'adaptation psychologique de l'enfant (Yoon, 2000). Une étude menée auprès de 241 enfants âgés de 12 à 19 ans et adoptés de Corée pendant l'enfance montre que les enfants dont le degré de bien-être est plus élevé ont des parents adoptifs plus chaleureux et affectueux, une meilleure communication avec eux et une meilleure estime de soi collective, c'est-à-dire un sentiment de fierté et d'appartenance à la culture d'origine (Yoon, 2004). Les enfants ayant un degré plus élevé d'estime de soi collective sont aussi plus susceptibles de vivre dans une communauté présentant une grande diversité ethnique, d'entretenir une communication positive avec leurs parents et de recevoir davantage de soutien de leur part en ce qui a trait à la relation avec leur culture d'origine (Yoon, 2004). D'autres chercheurs ont également montré que le degré d'identification de l'enfant adopté à sa culture d'origine est corrélé avec sa participation à des activités culturelles liées à sa culture d'origine et avec la qualité de sa communication avec ses parents à propos de l'adoption (Huh & Reid, 2000).

En somme, l'ensemble de ces données suggère que la qualité de la relation des enfants avec leurs parents adoptifs à l'adolescence est étroitement liée à leur bien-être psychologique et à leur identité ethnique. L'objectif du deuxième article est d'explorer ces liens en ayant recours à diverses mesures de la relation parent-enfant, de l'identité et de l'adaptation psychologique des enfants à l'adolescence.

1.7 Synthèse critique de la littérature

En résumé, on constate des divergences entre les résultats de la méta-analyse de Juffer et van IJzendoorn (2005) et ceux des études longitudinales quant à l'évolution des

symptômes intériorisés et extériorisés des enfants adoptés à l'étranger. Ces divergences peuvent en partie s'expliquer par les caractéristiques des échantillons. Notons que les études longitudinales portent principalement sur des enfants adoptés de l'ex-Union soviétique (Robinson et al., 2015) et de la Roumanie (Sonuga-Barke et al., 2010; Sonuga-Barke et al., 2017). Ces pays sont connus pour la précarité des conditions de vie dans lesquelles ont évolué les enfants avant l'adoption. Il faut aussi souligner que l'évaluation des conditions de vie pré-adoption se limite souvent au temps passé en institution, ce qui ne rend pas véritablement compte des conditions dans lesquelles ont vécu les enfants. Les études démontrent généralement que l'impact des facteurs pré-adoption sur l'adaptation des enfants adoptés diminue avec l'âge, alors que celui des facteurs post-adoption augmente. Néanmoins, peu d'études tiennent compte à la fois des milieux de vie des enfants avant et après l'adoption.

En ce qui a trait à l'évaluation des symptômes des enfants, elle provient souvent d'une seule source, soit des parents, bien que les évaluations des enfants eux-mêmes soient parfois utilisées, en particulier à l'adolescence (Goldney, 1996; Versluis-den Bieman & Verhulst, 1995). Leurs résultats sont souvent différents : les parents rapportent généralement plus de problèmes de comportement extériorisés que leurs enfants qui, de leur côté, rapportent plus de problèmes intériorisés (ex., Versluis-den Biemen & Verhulst, 1995). Ces divergences mettent en lumière l'importance de tenir compte du point de vue des parents et des enfants lorsqu'il s'agit d'évaluer les problèmes de santé mentale des enfants. Cette importance est d'ailleurs de plus en plus reconnue en recherche.

Concernant la période de l'adolescence, les liens entre le rapport aux origines et l'adaptation psychologique des enfants adoptés ne sont pas clairs (Benoit et al., 2015; Boivin & Hassan, 2015 ; Castle et al., 2011). La confusion des concepts liés à l'identité ethnique, la diversité des mesures et l'évaluation parfois sommaire de l'adaptation psychologique rendent complexes l'interprétation des résultats. L'importance de la

relation parent-enfant semble, néanmoins, déterminante. Par contre, aucune étude n'a examiné à la fois les liens entre le point de vue des adolescents adoptés à l'égard de leurs cultures d'origine et d'accueil, la qualité de la relation avec leurs parents adoptifs et leur santé mentale. Pour ce faire, il s'avère important de tenir compte des diverses dimensions du concept d'identité et de faire un examen approfondi des symptômes de santé mentale.

1.8 Objectifs

L'objectif principal de la thèse est de mieux comprendre les facteurs associés au bien-être psychologique à l'adolescence d'enfants adoptés à l'étranger. Cette thèse s'inscrit dans le cadre de la phase III d'une étude longitudinale entreprise par Pomerleau et ses collègues (2005). Elle comporte deux articles.

Le premier article a pour objectif d'examiner l'évolution des symptômes intériorisés et extériorisés des enfants adoptés de l'âge scolaire à l'adolescence en ayant recours à des évaluations provenant des parents et des enfants eux-mêmes et d'examiner l'effet médiateur du stress parental des mères à l'âge scolaire et à l'adolescence sur les liens entre l'état des enfants au moment de leur arrivée dans leur famille adoptive (un indice de leurs conditions de vie avant l'adoption) et leurs problèmes de comportement à l'adolescence.

Le deuxième article a pour objectif d'examiner les liens entre la qualité de la relation des enfants avec leurs parents adoptifs à l'adolescence, leur proximité à leur culture d'origine et à leur culture d'accueil, leur identité ethnique et leurs symptômes intériorisés et extériorisés tels qu'évalués par les adolescents et les mères. Nous examinons également l'effet médiateur de la qualité de la relation des adolescents avec

leurs parents adoptifs sur les liens entre la relation à leur culture d'origine et à leur culture d'accueil et leurs symptômes intériorisés et extériorisés.

CHAPITRE II

ARTICLE 1

BEHAVIOR PROBLEMS IN ADOLESCENCE AMONG INTERNATIONAL ADOPTEES, PRE-ADOPTION ADVERSITY, AND PARENTING STRESS

Journal of Applied Developmental Psychology, 57, 53–61.

Catherine Smith[a], Louise Cossette[a], Fanny Melançon[a], Cybèle Beauvais-Dubois[a], Nicole Smolla[b], Noémi Gagnon-Oosterwaal[a], Jean-François Chicoine[c], Céline Belhumeur[c], Gérard Malcuit[a], Andrée Pomerleau[a], Renée Séguin[a] & Jean Bégin[a]

[a]Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

[b]Direction de la Recherche, Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal

[c]Clinique de Pédiatrie Internationale, Hôpital Sainte-Justine, Montréal

Corresponding author:
Catherine Smith
Département de Psychologie
Université du Québec à Montréal
C.P. 8888, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3P8
(Tel.) 514-717-8883
(Fax) 514-987-7953
smith.catherine@courrier.uqam.ca

Abstract

The evolution of behavior problems from school age to adolescence and their relationships with early risk factors and parenting stress were examined among 71 international adoptees. Children's health status and development were assessed soon after arrival in their family to provide indices of early adversity. At ages 7 and 15, self-report measures (DI and DIA) were used to evaluate behavior problems while mothers completed the CBCL. Mothers also completed the Parenting Stress Index and Stress Index for Parents of Adolescents. A lower percentage of children reported internalizing problems during adolescence than at school age while mothers reported a decrease in externalizing problems over age. A few correlations were found between internalizing and externalizing symptoms and early risk factors. However, these links were sequentially mediated by parenting stress at school age and in adolescence. The potential impact of parenting stress on international adoptees' psychological adjustment is discussed.

Keywords: International adoption, internalizing and externalizing symptoms, self-report, risk factors, parenting stress, longitudinal study.

Highlights

- International adoptees' behavior problems tend to decrease during adolescence.
- Behavior problems are related to early risk factors and parenting stress.
- Parenting stress mediates the links between risk factors and behavior problems.

Behavior problems in adolescence among international adoptees, pre-adoption adversity, and parenting stress

With the increasing number of international adoptions during the last decades, the impact of the numerous risk factors faced by children prior to adoption has become a major concern for developmental psychologists. International adoptees often lacked the physical, medical, and affective care, as well as social and cognitive stimulation essential for healthy development (Gunnar, Bruce, & Grotevant, 2000). Upon their arrival in their adoptive families, many of these children were experiencing serious health and behavior problems as well as developmental delays (MacLean, 2003; Pomerleau et al., 2005).

Adoption can be seen as a chance to recover from the obstacles faced early on and progress is typically evident in the first months and years following adoption (Palacios & Brodzinsky, 2010; Pomerleau et al., 2005). Adoptive parents are usually well educated, have good incomes, and are well-prepared to welcome their child, offering him or her a stimulating and warm environment. Adaptation to a new environment can nevertheless be difficult and experiences prior to adoption can still impact children's physical, socioemotional, and cognitive development, as well as their mental health many years later (e.g., Johnson, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2006; O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney, & Kreppner, 2000; Palacios & Brodzinsky, 2010; Sonuga-Barke et al., 2017). However, the impact of early adversity on international adoptees' psychosocial adjustment during adolescence remains unclear.

The challenges faced by adopted children during the preschool period and at school age have been the focus of numerous studies (Brodzinsky, 2011). More recently, the period of adolescence has been gaining more and more attention. Adolescence is a period of significant and rapid changes in cognitive abilities, autonomy, identity, and sexual maturity. In addition to these normative changes, teens who were adopted internationally as children have a better understanding of the meaning of adoption and become more aware of the differences between themselves

and their parents and peers. Adolescence could therefore be a critical period for them with a dramatic increase in behavior problems (Brodzinsky, 2011; Friedlander et al., 2000; Grotevant, 1997).

However, according to Juffer and van IJzendoorn's meta-analysis (2005), although adopted children show more behavior problems than non-adopted children their total behavior problem score is lower during adolescence (13 to 18 years) than during childhood (0 to 12 years). Many factors could explain this decrease but, as suggested by Juffer and van IJzendoorn (2005), internationally adopted children might question their identity earlier than the general population in regards to their ethnic and cultural differences and this precocity could confer them a long-term advantage. According to Brodzinsky (2011), teenagers also begin to understand the legal permanence associated with adoption. This awareness can reduce the anxiety found in younger children. The greater use of mental health services by adopted children and their family could also prevent the exacerbation of symptoms during adolescence. Adoptive parents tend to be more educated and wealthier than biological parents making them more sensitive to their child's problems and more likely to seek mental health services (Miller, 2005).

More recently, in their review of the literature, Palacios and Brodzinsky (2010) concluded that adopted children have more adjustment problems during childhood and early adolescence than non-adopted children, while very little difference is evident in late adolescence and early adulthood. However, according to another review of studies based on the *Child Behavior Checklist*, internalizing problems seem to increase during adolescence among internationally adopted children while the evolution of their externalizing, attention, and thought problems do not show a clear trajectory (Hawk & McCall, 2010). A closer look at longitudinal studies also reveals complex trajectories of behavior problems.

For instance, internalizing and externalizing problems were found to increase from early adolescence to late adolescence among children adopted in the Netherlands from various countries (Verhulst, 2000; Verhulst & Versluis-den

Bieman, 1995). A more recent longitudinal study also found an increase in behavior problems from 8 to 15 years of age among girls but not among boys adopted from the USSR (Robinson, Mcguinness, Azuero, & Pallansch, 2015). The English and Romanian Adoptees Study Team (the ERA study) also reported an increase in conduct problems between 11 and 15 years of age, but only among children who had spent more than 6 months in institutions and when self-reports measures were used (Sonuga-Barke, Schlotz, & Kreppner, 2010; Sonuga-Barke et al., 2017). No changes were observed in emotional problems according to both parents' and children's reports (Sonuga-Barke et al., 2010; Sonuga-Barke et al., 2017). Many factors could account for the discrepancies in these findings but some of them seem to be particularly salient: age at adoption, country of origin, and experiences prior to adoption.

The length of institutionalization and experiences of extreme deprivation seem to constitute important risk factors (e.g., Harwood, Feng, & Yu, 2013; Hawk & McCall, 2011; MacLean, 2003; Sonuga-Barke et al., 2010). Children who suffered from extreme deprivation during institutionalization have more externalizing and total behavior problems than those who lived under more favorable circumstances (Juffer & van IJzendoorn, 2005). Merz and McCall (2010) compared their sample of children adopted from Russia, categorized as the «psychosocially deprived group», with samples from two other studies: children adopted from Romania (Groza & Ryan, 2002), described as the «globally deprived group», and children from various countries, mostly from Asia and Latin America (Gunnar, van Dulmen, & the International Adoption Project Team, 2007), characterized as the «various levels of deprivation group». Children from the «globally deprived group» had more behavior problems when they were adopted after 9 months of age while children from the «psychosocially deprived group» and the «various levels of deprivation group» had more problems only when they were adopted after 18 months of age (Merz & McCall, 2010). Both the severity of deprivation and age at adoption may play a role in children's behavior problem.

Moreover, according to Hawk and McCall (2011), living in an institution for more than 18 months can have noxious effects which are visible only in adolescence. Institutionalized children adopted from Russia were evaluated using the *Child Behavior Checklist*. Those who had spent 18 months or more in an institution, who were more likely to have experienced serious hardships, had more problems during adolescence than those adopted at a younger age (Hawk & McCall, 2011; Merz & McCall, 2010). According to the authors, these findings suggest a «*sleeper effect*» of institutionalization. Children who suffered from institutional deprivation for a longer period may be more vulnerable to changes occurring in adolescence (Hawk & McCall, 2010; Merz & McCall, 2010).

In spite of the long-term impact of early adversity, several studies suggest that this impact declines over age. For example, McGuinness and Pallansch (2007) reported that pre-adoption risk factors, except for birth weight, had less impact on behavior problems at age 11 than at 7 years of age, among children adopted from the former Soviet Union, with post-adoption factors such as family climate gaining more importance over age. Similar findings were reported by Tan and his colleagues (Tan et al., 2016; Tan, Rice, & Mahoney, 2015). Although pre-adoption risk factors had an impact on behavior problems in adolescence among children adopted from China, their predictive power was found to decrease over age.

Moreover, post-adoption factors could mediate the impact of early risk factors. For instance, parenting stress has been found to mediate the relationship between children's risk factors at arrival in their adoptive family, such as neurological signs and low weight/height ratio, and behavior problems at age 7 (Gagnon-Oosterwaal et al., 2012b). Could parenting stress have the same impact during adolescence?

Although adoptive parents do not usually report higher level of parenting stress than biological parents, children's developmental delays (Judge, 2003; Viana & Welsh, 2010) and severe medical problems (Judge, 2003; McGlone, Santos, Kazama, Fong, & Mueller, 2002) have been related to higher levels of parenting stress among

adoptive parents. Parenting stress can affect parents' psychological well-being, attitudes towards their child, and actual interactions with their child (Crnic & Low, 2002). Parenting stress could then have a negative impact on children and activate a cycle of negative parent–child interactions. Effects are most likely bidirectional, such that parenting stress is not only influenced by child problems, but also has a negative impact on child functioning (Crnic & Low, 2002).

The present study is part of a longitudinal study on international adoptees' psychosocial adjustment (Gagnon-Oosterwaal et al., 2012a; Gagnon-Oosterwaal et al., 2012b; Pomerleau et al., 2005). Its aim was to further investigate the evolution of behavior problems from 7 to 15 years of age among international adoptees and their relationships with pre-adoption risk factors and parenting stress. Because there is no gold standard when assessing children's symptoms of behavior problems, the need of using multiple informants, including the child him/herself, is now widely acknowledged in the literature (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Bergeron et al., 2010; Costello, Egger, & Angold, 2005; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Jensen et al., 1999; Moss et al., 2006). We therefore used self-report measures of internalizing and externalizing symptoms as well as mothers' evaluations of behavior problems.

Based on previous findings, and given that our children were adopted at a relatively young age and that few of them came from countries and institutions providing very limited care (e.g., Albers, Johnson, Hostetter, Iverson, & Miller, 1997), we hypothesized that behavior problems would decrease from school age to middle adolescence. To further investigate the long-term impact of pre-adoption adversity, the links between children's condition at arrival and their internalizing and externalizing symptoms in adolescence were examined. Because early risk factors were related to children's internalizing and externalizing symptoms at school age (see Gagnon-Oosterwaal et al., 2012a), we hypothesized that these risk factors would also be related with higher scores of internalizing and externalizing symptoms in adolescence. Following Gagnon-Oosterwaal et al. (2012b), we also hypothesized that

the links between pre-adoption risk factors and internalizing and externalizing symptoms in adolescence would be mediated by parenting stress.

Method

Participants

A group of 71 adolescents (56 girls, 15 boys) and their adoptive mothers participated in this study. The original sample included 123 internationally adopted children who were assessed upon their arrival in their adoptive family (M = 11.28 months, range = 4 to 18 months) up to their third year of life (Pomerleau et al., 2005). Ninety-five children participated in the second phase of the study at the end of their first year of schooling (M = 7 years, 4 months, SD = 4 months) (Gagnon-Oosterwaal et al., 2012a; Gagnon-Oosterwaal et al., 2012b). Seventy-six of these children were again met with their mother at 15 years of age (M=15 years, SD=5.6 months). Complete data were available for 71 children adopted from China (n=37), Vietnam (n=11), Russia (n=10), Thailand (n=4), Taiwan (n=3), Korea (n=2), Haiti (n=2), Cambodia (n=1), and Bolivia (n=1).

For the follow up, 14 families from the original sample (10 at school age, 4 in adolescence) could not be contacted and 31 other families (16 at school age, 15 in adolescence) refused to participate because of a lack of interest or time constraint. A series of T test and χ^2 was conducted to compare children who participated in the three phases with children who participated in the first phase only. Scores of mental and psychomotor development, weight/height ratio, and height/age ratio were similar in both groups and there were no differences in the proportions of children with a small head circumference and neurological signs at arrival. However, age at arrival was slightly higher in our subsample of children (M = 343.64 days, SD = 109.87, and M = 301.35, SD = 101.79, respectively, $p < .05$).

Procedures

Children were first met at the Clinique de pédiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine in Montréal and at the Laboratoire d'étude du nourrisson at l'Université du Québec à

Montréal (UQAM) within a few weeks after their arrival in their adoptive family for medical and psychological assessment (for more details, see Pomerleau et al., 2005). Children were evaluated again at 7 and 15 years of age at UQAM. The project was approved by the Ethic Committee of Hôpital Sainte-Justine. Informed consent was signed by parents and children at ages 7 and 15.

Measures

Children's condition at arrival. In order to assess children's health status at arrival, anthropometric measures, such as height, weight, and head circumference, and medical data, such as neurological signs (epilepsy, cerebral palsy, hemiplegia, symptoms of foetal alcohol syndrome, organic disease with neurological problems) were collected. Children's mental and motor development was also assessed.

The Waterlow criteria were then used to calculate weight/height and height/age ratios (Samour & King, 2005), and the 5^{th} percentile used to determine small head circumference. These anthropometric measures are indicators of acute or chronic malnutrition or deprivation. Children's mental and motor development at arrival was assessed using the Bayley Scales of Infant Development (Bayley, 1993). Age at arrival was also included as an indicator of time spent in deprived conditions. Continuous variables (weight/height and height/age ratio, scores of mental and motor development, and age at arrival) and dichotomous variables (head circumference below or $\geq 5^{th}$ percentile, and presence/absence of neurological signs) were used in the analysis. Dichotomous scores were used when a «floor effect» was observed (i.e., more than 20% of the sample presenting the minimum score).

Dominic Interactive (DI) and Dominic Interactive for Adolescents (DIA). Children completed the Dominic Interactive at age 7 and the Dominic Interactive for Adolescents at age 15. Both instruments are used to assess symptoms of the most frequent mental disorders in school aged children and adolescents based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2000). The DI includes 94 items assessing internalizing and externalizing symptoms in children aged 6 to 11 years (Bergeron, Berthiaume, St-Georges, Piché, & Smolla, 2013) while the DIA

includes 91 items assessing internalizing and externalizing symptoms in children aged 12 to 15 years (Bergeron et al., 2010). Both questionnaires are computerized and show a series of pictures of Dominic, the protagonist, with a voiceover repeating questions to which the children answer Yes or No whether they feel, think, or act like Dominic.

The DI and DIA softwares generate symptoms scores for seven subscales: Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Separation Anxiety Disorder, Specific Phobias, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder and three general scores (internalizing, externalizing, and total symptom scores). The scores from each subscale are also categorized using two cut-off points to classify children into three categories according to their tendencies toward DSM mental disorders: likely absent, possible (lower cut-off point), or likely present (higher cut-off point) (Bergeron et al., 2013). The validation study of the DI was conducted among 585 children aged 6 to 11 years old. It confirmed the DI psychometrics properties with internal consistency ranging from .68 to .91, and test-retest reliability from .70 to .81 for symptom scales. The DI discriminated between referred and nonreferred children in psychiatric clinics for all symptom scales (Bergeron et al., 2013). The DIA has been validated using a sample of 607 adolescents aged 12 to 15 years. Internal consistency was found to be satisfactory ranging from .69 to .89 as well as test-retest reliability ranging from .78 to .87, depending on the subscale. The criterion-related validity was demonstrated for symptoms scales and for the categories based on the symptoms scales cut-off points (Bergeron et al., 2010). For the present study, the Separation Anxiety Disorder scale of the DIA was excluded because of its insufficient criterion-related validity (Bergeron et al., 2010).

Child Behavior Checklist (CBCL). The French version of the CBCL for ages 6 to 18 (ASEBA; Achenbach & Rescorla, 2001) was completed by the mother at school age and in adolescence. This paper-pencil questionnaire includes 113 questions evaluating child internalizing and externalizing symptoms during the last

six months. Questions are answered using a 3-point scale (not true, somewhat or sometimes true, and very true of often true). The questionnaire provides three general scores (internalizing, externalizing, and total) as well as eight scores for specific syndromes scales: Anxious/Depressed, Withdrawn/Depressed, Somatic Complaints, Social Problems, Thought Problem, Attention Problem, Rule-Breaking Behavior, and Aggressive Behavior. Continuous standardized *T*-scores can be computed for each scale and used to classify children in the normal range, the under-clinical range, or the clinical range. The CBCL has a high test-retest reliability (r = .89) and a good construct validity.

Parenting Stress Index (PSI) and Stress Index for Parents of Adolescents (SIPA). Mothers completed the French version of the Parenting Stress Index (Bigras, Lafrenière, & Abidin, 1996) at age 7 and the French version of the Stress Index for Parents of Adolescents (Sheras, Abidin, & Konold, 1998) at age 15. Both instruments are paper-pencil questionnaires. Questions are answered using a 5-point scale (strongly disagree to strongly agree). Both questionnaires provide three scores: a child-domain stress score, a parent-domain stress score, and a total stress score.

The PSI includes 101 questions for parents of children ranging from 1 month to 12 years. The child-domain stress score includes six subscales related to child's characteristics: distractibility/hyperactivity, adaptability, reinforces parent, demandingness, mood, and acceptability. The parent-domain stress score includes seven subscales related to parent's personality and situational variables: level of competence, social isolation, attachment to child, parent's health, role restriction, depression, and marital relationship. The PSI has a good internal consistency ranging from .78 to .88 for the subscales of child-domain and from .75 to .87 for the subscales of parent-domain.

The Stress Index for Parents of Adolescents (SIPA) includes 90 questions for parents of children aged 11 to 19 years. The child-domain stress score includes four subscales related to child's characteristics: Moodiness/emotional lability, social isolation/withdrawal, delinquency/antisocial, and failure to achieve of persevere. The

parent-domain stress score includes four subscales related to parent's characteristics: Life restrictions, relationship with spouse/partner, social alienation, and incompetence/guilt. The total stress score includes all the previously mentioned subscales and an additional subscale: Adolescent-parent relationship. Internal consistency for the subscales range from .80 to .90.

Analytical Plan

Children's behavior problems were first compared at school age and in adolescence using McNemar tests and a repeated-measures MANOVA (SPSS 20; IBM Corp, 2011). We then examined the correlations between children's and mothers' reports of behavior problems and correlations between both reports, risk factors at arrival, and parenting stress at school age and in adolescence. Structural linear model path analysis were then performed using Mplus 7.0 (Muthén & Muthén, 1998-2012) with parenting stress as mediator between risk factors at arrival and symptoms scores. Root-mean-square-error of approximation with its 90% confidence interval (RMSEA), comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis fit index (TLI) and standardized root-mean-square residual (SRMR) were several indices used to assess model fit. A good fit is represented by a RMSEA < .06, CFI > .95, TLI > .95, and SRMR < .08 (Hu & Bentler, 1999). The percentile bootstrap method was used to test mediating effects. Paths are significant when the 95% confidence interval (CI) excludes zero (MacKinnon, Lockwood, & Williams, 2004).

Results

Children's Reports

Descriptive statistics for children's self-reports are presented in Table 1. Because the items and cut-off scores of the subscales from the DI and the DIA are not always the same, continuous scores could not be used to compare the 7 and 15 years of age reports. Moreover, a «floor effect» (more than 20% of children had no problem) was found for several subscales (opposition and conduct problem at school age; specific phobia, opposition, and conduct problem in adolescence). Percentages of

children above and under the lower cut-off point at both ages were then compared using McNemar tests for internalizing and externalizing symptoms and for the six subscales: Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Specific Phobias, ADHD, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder. The percentage of children reporting internalizing problems was lower in adolescence (23.9%) compared with the school age period (40.8%), $p < .05$. No significant difference was found for externalizing problems and only two significant differences were found for the subscales. The percentages of children reporting Specific Phobia and Oppositional Disorder were lower in adolescence (18.3% and 8.5%) than at school age (36.6% and 22.5%, $p < .05$).

Mothers' Reports

Descriptive statistics for mothers' reports are presented in Table 2. Mothers' reports were first compared using McNemar tests. The percentage of mothers reporting externalizing problems was lower in adolescence (12.7%) than at school age (25.4%), $p < .05$. No significant difference was found for internalizing problems. A repeated-measures MANOVA was also performed in order to compare standardized *T* scores of internalizing and externalizing symptoms at 7 and 15 years of age. Note that scores of internalizing and externalizing symptoms were highly correlated ($r = .61$). The analysis revealed a main effect of time, $F(2, 69) = 11.61$, $p < .001$. Univariate ANOVAs indicated a significant difference for externalizing symptoms only with mothers reporting less symptoms during adolescence ($M = 50.27$; $SD = 9.24$) than at school age ($M = 53.82$; $SD = 9.14$), $F(1, 70) = 15.295$; $p < .001$.

Because of «floor effects» (more than 20% of children had the minimum score for all subscales except for the withdrawn/depressed subscale in adolescence), McNemar tests were used to compare the percentages of children in the under-clinical and clinical ranges to children in the normal range for the following disorders: Anxious/Depressed, Withdrawn/Depressed, Somatic Complaints, Social Problems,

Thought Problem, Attention Problem, Rule-Breaking Behavior, and Aggressive Behavior. Only one significant difference was found: The percentage of children showing Aggressive Behavior problems was lower in adolescence than at school age (4.2% vs. 14.1%, $p < .05$).

Correlations between Mothers' and Children's Reports in Adolescence

Correlations between mothers' and children's reports of internalizing and externalizing symptoms in adolescence were examined using Pearson coefficients. Standardized *T* scores from the CBCL and raw scores from the DIA were used. Significant correlations were found for both internalizing, $r = .25, p < .05$, and externalizing symptoms, $r = .34, p < .01$.

Correlations between Mothers' and Children's Reports, Risk Factors at Arrival, and Parenting Stress

Descriptive statistics for children's health status and development at arrival, symptoms scores and parenting stress are presented in Table 3 and Table 4. Bivariate correlations between risk factors at arrival, parenting stress at school age and in adolescence, and symptoms scores in adolescence were first examined (see Table 5).

As can be seen in Table 5, self-reports of internalizing and externalizing symptoms were correlated with weight/height ratio whereas mothers' reports of internalizing symptoms were correlated with the psychomotor development index, a small head circumference, and neurological signs at arrival, whereas mothers' reports of externalizing symptoms were correlated with a small head circumference and neurological signs at arrival. Significant correlations were also found between self-reports of internalizing and externalizing symptoms and parenting stress child-domain during adolescence and between mothers' reports of internalizing and externalizing symptoms and parenting stress child-domain and parent-domain at both periods. Parenting stress at school age child-domain was correlated with the mental development index, weight/height ratio, neurological signs, age at arrival, and with parenting stress in adolescence child-domain and parent-domain. Parenting stress at

school age parent-domain was correlated with age at arrival, and parenting stress in adolescence child-domain and parent-domain. Two mediation models were then performed.

Mediational Model of Parenting Stress between Early Risk Factors and Symptom Scores in Adolescence

Model 1. In the first model, parenting stress child-domain at school age and parenting stress child-domain in adolescence were both used as mediators with weight/height ratio at arrival as the predictor and self-reports of internalizing and externalizing symptoms in adolescence as the outcomes (see Figure 1). The model achieved good model fit: χ^2 (3) = 2.86, p = .41, RMSEA < .001 [.00, .20], CFI = 1.00, TLI = 1.01, and SRM = .03.

Weight/height ratio predicted higher levels of parenting stress related to the child at school age which predicted higher levels of parenting stress related to the child in adolescence which predicted higher levels of internalizing and externalizing symptoms in adolescence. Standardized and unstandardized coefficients are shown in Table 6. The direct effects of weight/height ratio and the indirect effects of the predictor through parenting stress at school age and in adolescence were both significant for internalizing and externalizing symptoms (see Table 7). The relationships between weight/height ratio and self-reports of internalizing and externalizing symptoms are then partially mediated by the level of parenting stress.

Model 2. In the second model, parenting stress child-domain at school age and in adolescence were both used as mediators with neurological signs at arrival as the predictor and mother's reports of internalizing and externalizing symptoms in adolescence as the outcomes (see Figure 2). The model achieved good model fit: χ^2 (3) = 4.15, p = .25, RMSEA = .06 [.00, .19], CFI = .99, TLI = .99, and SRM = .03.

Neurological signs at arrival predicted higher levels of parenting stress at school age which predicted higher levels of parenting stress in adolescence which predicted higher levels of internalizing and externalizing symptoms in adolescence as

reported by mothers. Standardized and unstandardized coefficients are shown in Table 6. The direct effect of neurological signs and its indirect effect through parenting stress at school age and in adolescence were both significant predictors of internalizing symptoms (see Table 7). The relationship between neurological signs and mothers' reports of internalizing symptoms is then partially mediated by the level of parenting stress. The direct effect of neurological signs on mothers' evaluation of externalizing symptoms is non-significant and its indirect effect through both mediators (parenting stress at school age and in adolescence) is significant (see Table 7). The relationship between neurological signs at arrival and mothers' reports of externalizing symptoms is therefore completely mediated by the levels of parenting stress at school age and in adolescence.

Discussion

As hypothesized, our findings reveal a decrease in behavior problems from school age to adolescence among our sample of early adopted primarily Asian adoptees. A lower percentage of children reported internalizing problems during adolescence than at school age while mothers reported a decrease in externalizing problems. These results are consistent with Juffer and Van IJzendoorn's meta-analysis (2005), which included mostly cross-sectional studies. However, behavior problems have been found to increase during adolescence in several longitudinal studies (e.g., Hawk & McCall, 2011; Robinson et al., 2015; Sonuga-Barke et al., 2010; Sonuga-Barke et al., 2017; Verhulst, 2000; Verhulst & Versluis-den Bieman, 1995). As already pointed out, children's country of origin, age at arrival in their adoptive families, and experiences prior to adoption could account for these discrepancies. Our children were adopted at a relatively young age and few of them came from countries and institutions providing very limited care.

A detailed analysis of the subscales from children's reports indicates a lower percentage of Specific Phobias during adolescence than at school age. Note that Specific Phobias were the only disorder more frequently reported by our adopted children at age 7 compared to their non-adopted peers (Gagnon-Oosterwaal et al.,

2012a). Anxiety disorders, including Specific Phobias, are among the most common mental health disorders during childhood and adolescence (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). A high proportion of phobias naturally remit with time (Wittchen, Lieb, Pfister, & Schuster, 2000). Actually, most cases of specific phobias emerge before the age of 12 while panic disorder, agoraphobia, and generalized anxiety disorder are more likely to emerge during adolescence (Beesdo et al., 2009).

There is some agreement between mothers and children regarding internalizing symptoms with a significant correlation between both reports but there are also some discrepancies. During adolescence, 36% of the mothers reported internalizing problems in their child compared with 23.9% of the children. Because they are usually less obvious than externalizing symptoms, parents often underestimate their child's internalizing symptoms (Bouvard, Dantzer, & Turgeon, 2007). This is clearly not the case with our adoptive mothers. Adoptive parents have been found to be more sensitive to their child's problems compared to parents from the general population (Miller, 2005). Our findings suggest that adoptive mothers are especially sensitive to their child's more subtle internalizing symptoms and might even overestimate their child's internalizing problems. The level of parenting stress could in part account for this finding.

It should however be noted that, in the general population, parents are more likely to report an increase in internalizing problems over time, especially among adolescent girls (Bongers, Koot, van der Ende, & Verhulst, 2003). Our mothers' reports do not show such an increase over age. The percentage of anxious/depressed problems reported by mothers is nevertheless slightly higher in adolescence than at school age (28.2% vs 19.7%).

The percentages of children reporting externalizing disorders did not differ over age whereas mothers reported a lower percentage of externalizing problems during adolescence. However, the percentages of children and mothers reporting externalizing problems were relatively similar during adolescence (12.7% and 18.3%, respectively). Regarding specific externalizing disorders, children reported a decrease

in Oppositional Defiant Disorder during adolescence whereas mothers reported a decrease in Aggressive behaviors. Oppositional and aggressive behaviors tend to normally decrease over age (Maughan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer, 2004). The developmental trajectory of externalizing problems among our sample of adopted children is therefore similar to children's from the general population. In their study on adopted children, Lewis, Dozier, Ackerman, and Sepulveda-Kozakowski (2007) found less oppositional behavior among school-aged children who had experienced more stable caregiving than among adopted children who had experienced placement instability. A consistent caregiving relationship with their adoptive parents could have the same impact during adolescence.

The impact of early risk factors on international adoptees' psychological adjustment has been extensively documented during childhood (e.g., Gagnon-Oosterwaal et al., 2012a; Johnson et al., 2006; MacLean, 2003; Palacios & Brodzinsky, 2010; van IJzendoorn & Juffer, 2006). However, their impact during adolescence is not as clear. Among all of the pre-adoptive risk factors assessed in our study, just a few were related to children's internalizing and externalizing symptoms during adolescence. Moreover, the correlations found were low to moderate and differed for children's and mothers' reports.

Furthermore, as shown by Gagnon-Oosterwaal et al. (2012b) at school age, parenting stress was found to mediate the relationship between early risk factors and behavior problems. Parenting stress at school age and in adolescence were both found to sequentially mediate the relationship between neurological signs and weight/height ratio at arrival and symptom scores in adolescence. The impact of these risk factors on behavior problems during adolescence seems to be, at least in part, indirect. Gagnon-Oosterwaal and her colleagues (2012b) suggested that parents of physically vulnerable children could experience higher levels of stress and then become overprotective and controlling. Overprotective behavior and high levels of parenting control are associated with behavior problems in childhood (McLeod, Weisz, & Wood, 2007; Rapee, 1997; Tan, Gelley, & Dedrick, 2015).

Parenting stress in adolescence was actually not correlated with early risk factors, indicating that risk factors prior to adoption do not seem to be the main source of stress for adoptive parents during adolescence. Nevertheless, risk factors at arrival could have an indirect effect on parenting stress in adolescence through parenting stress at school age. These findings emphasize the need to focus on post-adoption factors such as parenting stress to prevent or attenuate behavior problems among international adoptees. Reassuring adoptive parents, informing pediatricians and other professionals working with adoptive families about the transient nature of many of child health issues at arrival may contribute to alleviate parenting stress. Moreover, because parenting stress at school age predicted parenting stress in adolescence, addressing parents' concerns early on could prevent the exacerbation of parenting stress during adolescence and of children's internalizing and externalizing symptoms.

There are some limitations to this study. First, our sample of children was adopted at a young age (between 4 and 18 months) and a large proportion of them (81.69%) came from Asian countries which limits the generalization of our findings to children adopted later and from other countries. The small sample size also limits the statistical power and the generalizability of our findings. Moreover, because we had little information on children's actual conditions prior to adoption, we used indirect measures of pre-adoption risk factors such as children's health status and development upon arrival in their adoptive families. These measures may not provide adequate information on emotional neglect and abuse. Abuse and neglect prior to adoption have been found to have a significant impact on mental health in adulthood revealing a stable impact of early adversities over a 20-year period (van der Vegt, van der Ende, Ferdinand, Verhulst, & Tiemeier, 2009).

In conclusion, according to both parents' and children's reports, behavior problems tended to decrease during adolescence among our sample of international adoptees. Moreover, although prolonged exposure to institutional environments has been related to higher rates of behavior problems among children adopted from Asian

countries (Gunnar et al., 2007), early adversity did not seem to have a strong impact on the psychological adjustment of our early adoptees, which should be reassuring for adoptive parents. Only a few risk factors were related to children's internalizing and externalizing symptoms during adolescence and the strength of associations was low to moderate. These links were also found to be mediated by parenting stress. Researchers as well as professionals working with adoptive families should pay more attention to the impact of post-adoption factors, such as relationship with parents, on international adoptees' psychological adjustment during adolescence.

References

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101*(2), 213–32. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Albers, L. H., Johnson, D. E., Hostetter, M. K., Iverson, S., & Miller, L. C. (1997). Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. *The Journal of the American Medical Association, 278*(11), 922–924. http://doi.org/10.1001/jama.278.11.922

APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Bayley, N. (1993). *Bayley scales of infant development* (2nd ed.). San Antonio: The Psychological Corporation.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America, 32*(3), 483–524. http://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002

Bergeron, L., Berthiaume, C., St-Georges, M., Piché, G., & Smolla, N. (2013). Reliability, validity, and clinical use of the Dominic Interactive: a DSM-based, self-report screen for school-aged children. *Canadian Journal of Psychiatry, 58*(8), 466–475. https://doi.org/10.1177/070674371305800805

Bergeron, L., Smolla, N., Valla, J.-P., St-Georges, M., Berthiaume, C., Piché, G., & Barbe, C. (2010). Psychometric Properties of a Pictorial Instrument for Assessing Psychopathology in Youth Aged 12 to 15 years: The Dominic Interactive for Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(4), 211–221. https://doi.org/10.1177/070674371005500404

Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental : Manuel francophone en complément de l'édition américaine.* (Multi-Heal). Toronto.

Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*(2), 179–192. http://doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.179

Bouvard, M., Dantzer, C., & Turgeon, L. (2007). L'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. In L. Turgeon & P. Gendreau (Eds.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille: Solal.

Brodzinsky, D. M. (2011). Children's understanding of adoption: Developmental and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, *42*(2), 200–207. http://dx.doi.org/10.1037/a0022415

Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(10), 972–986. http://doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In *Handbook of parenting Volume 5 Practical issues in parenting* (Lawrence E, pp. 243–267). Mahwah, NJ.

De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, *131*(4), 483–509. http://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483

Friedlander, M. L., Larney, L. C., Skau, M., Hotaling, M., Cutting, M. L., & Schwam, M. (2000). Bicultural identification: Experiences of internationally adopted children and their parents. *Journal of Counseling Psychology*, *47*(2), 187–198. http://doi.org/10.1037/0022-0167.47.2.187

Gagnon-Oosterwaal, N., Cossette, L., Smolla, N., Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., … Berthiaume, C. (2012). Pre-adoption adversity and self-reported behavior problems in 7 year-old international adoptees. *Child Psychiatry and Human Development*, *43*(4), 648–660. http://doi.org/10.1007/s10578-011-0279-5

Gagnon-Oosterwaal, N., Cossette, L., Smolla, N., Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., … Séguin, R. (2012). Pre-adoption adversity, maternal stress, and behavior problems at school-age in international adoptees. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *33*(5), 236–242. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2012.04.002

Grotevant, H. D. (1997). Family processes, identity development, and behavioral outcomes for adopted adolescents. *Journal of Adolescent Research*, *12*(1), 139–161. https://doi.org/10.1177/0743554897121008

Groza, V., & Ryan, S. D. (2002). Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs, and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology, 27*, 181–198. http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(01)00044-0

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. http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400004077

Gunnar, M. R., van Dulmen, M. H. M., & Team, I. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, *19*(1), 129–48. http://doi.org/10.1017/S0954579407070071

Harwood, R., Feng, X., & Yu, S. (2013). Preadoption adversities and postadoption mediators of mental health and school outcomes among international, foster, and private adoptees in the United States. *Journal of Family Psychology*, *27*(3), 409–420. http://dx.doi.org/10.1037/a0032908

Hawk, B., & McCall, R. (2010). CBCL behavior problems of post-institutionalized

international adoptees. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*(2), 199–211. http://doi.org/10.1007/s10567-010-0068-x

Hawk, B. N., & McCall, R. B. (2011). Specific extreme behaviors of postinstitutionalized Russian adoptees. *Developmental Psychology*, *47*(3), 732–738. http://dx.doi.org/10.1037/a0021108

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Mutidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55. http://doi.org/10.1080/10705519909540118

Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H. R., Dulcan, M. K., Schwab-Stone, M. E., & Lahey, B. B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(12), 1569–1579. http://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00019

Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence & Abuse*, *7*(1), 34–60. https://doi.org/10.1177/1524838005283696

Judge, S. (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations*, *52*(3), 241–248. http://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2003.00241.x

Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees. A Meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, *293*(20), 2501–2515. http://doi.org/10.1001/jama.293.20.2501

Lewis, E. E., Dozier, M., Ackerman, J., & Sepulveda-Kozakowski, S. (2007). The effect of placement instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior. *Developmental Psychology*, *43*(6), 1415–27. http://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1415

MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for

the indirect effect: Distribution for the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, *39*(1), 37–67. http://doi.org/10.1207/s15327906mbr3901

MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, *15*(4), 853–884. http://doi.org/10.1017/S0954579403000415

Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: Developmental epidemology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(3), 609–621. http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x

McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R., & Mueller, C. (2002). Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare*, *81*(2), 151–171. Retrieved from http://psycnet.apa.org/record/2002-06357-002

McGuinness, T. M., & Pallansch, L. (2007). Problem Behaviors of Children Adopted From the Former Soviet Union. *Journal of Pediatric Health Care*, *21*(3), 171–179. http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2006.05.008

McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*(8), 986–1003. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.03.001

Merz, E. C., & McCall, R. B. (2010). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*(4), 459–470. http://doi.org/10.1007/s10802-009-9383-4

Miller, L. C. (2005). International Adoption, Behavior and Mental Health. *Journal of the American Medical Association*, *293*(20), 2533–2535. http://doi.org/10.1001/jama.293.20.2533

Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and Psychopathology*, *18*(2), 425–444. http://doi.org/10.1017/S0954579406060238

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (n.d.). *Mplus user's guide. Seventh edition.* (Muthén & M). Los Angeles: CA. http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01711.x

Palacios, J., & Brodzinsky, D. (2010). Review: Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, *34*(3), 270–284. https://doi.org/10.1177/0165025410362837

Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., Séguin, R., Belhumeur, C., Germain, P., … Jéliu, G. (2005). Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the first 6 months after adoption. *International Journal of Behavioral Development*, *29*(5), 445–457. https://doi.org/10.1177/01650250500206257 http://doi.org/https://doi.org/10.1177/01650250500206257

Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *17*(1), 47–67. http://doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00040-2

Robinson, C. B., Mcguinness, T. M., Azuero, A., & Pallansch, L. (2015). Problem behaviors of children adopted from the former soviet union. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *28*(1), 14–22. http://doi.org/10.1111/jcap.12098

Samour, P. Q., & King, K. (2005). *Handbook of pediatric nutrition* (3rd ed.). Sudburry: Jones and Bartlett Publishers.

Sheras, P. L., Abidin, R. R., & Konold, T. R. (1998). *Stress index for parents of adolescents: Professional Manual* (Psychologi). Lutz, FL.

Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., … Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *The Lancet*, *389*(10078), 1539–1548. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30045-4

Sonuga-Barke, E. J., Schlotz, W., & Kreppner, J. (2010). V. Differentiating developmental trajectories for conduct, emotion, and peer problems following

early deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *75*(1), 102–124. http://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2010.00552.x

Tan, T., Camras, L., & Kim, E. (2016). Preadoption Adversity and Long-Term Clinical-Range Behavior Problems in Adopted Chinese Girls. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(3), 319–330. http://doi.org/10.1037/cou0000138

Tan, T. X., Gelley, C. D., & Dedrick, R. F. (2015). Non-child-related family stress, parenting styles, and behavior problems in school-age girls adopted from china. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(10), 2881–2891. http://doi.org/10.1007/s10826-014-0092-4

Tan, T. X., Rice, J. L., & Mahoney, E. E. (2015). Developmental delays at arrival and postmenarcheal chinese adolescents' adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, *85*(1), 93–100. http://doi.org/10.1037/ort0000045

van der Vegt, E. J. M., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2009). Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: evidence for long lasting effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*(2), 239–49. https://doi.org/10.1007/s10802-008-9272-2

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, and Allied Disciplines*, *47*(12), 1228–1245. http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01675.x

Verhulst, F. C. (2000). Internationally Adopted Children : The Dutch Longitudinal Adoption Study. *Adoption Quarterly*, *4*(1), 27–44. https://doi.org/10.1300/J145v04n01_03

Verhulst, F. C., & Versluis-den Bieman, H. J. M. (1995). Developmental course of problem behaviors in adolescent adoptees. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(2), 151–159. http://doi.org/10.1097/00004583-199502000-00010

Viana, A. G., & Welsh, J. A. (2010). Correlates and predictors of parenting stress

among internationally adopting mothers: A longitudinal investigation. *International Journal of Behavioral Development*, *34*(4), 363–373. http://doi.org/10.1177/0165025409339403

Wittchen, H.-U., Lieb, R., Pfister, H., & Schuster, P. (2000). The waxing and waning of mental disorders: Evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(2), 122–132. https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)80018-8

Table 1

Means, Standard Deviations, and Percentages of Self-Reported Behavior Problems among International Adoptees at School Age and in Adolescence

	DI - School Age		DIA - Adolescence	
Behavior problems	*M (SD)*	*%*	*M (SD)*	*%*
Internalizing	12.80 (7.99)	40.8	12.00 (6.28)	23.9*
Depressive Disorder	5.21 (3.96)	8.5	4.23 (3.14)	5.6
Generalized Anxiety Disorder	5.38 (3.45)	11.3	5.76 (2.82)	9.9
Specific Phobias	2.21 (1.75)	36.6	2.01 (1.62)	18.3**
Externalizing	8.49 (7.52)	28.2	8.01 (5.88)	18.3
ADHD	4.85 (4.30)	9.9	6.17 (4.21)	14.1
Oppositional Defiant Disorder	2.55 (2.44)	22.5	1.51 (1.76)	8.5*
Conduct Disorder	1.10 (1.91)	11.3	0.37 (0.74)	0
Total	21.30 (14.78)	49.3	20.04 (11.23)	33.8

Note. The percentages of children presenting behavior problem are based on the lower cut-off point.
DI = Dominic Interactive; DIA = Dominic Interactive for Adolescents
* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 2

Means, Standard Deviations, and Percentages of Behavior Problems Reported by Mothers in their Adopted Child at School Age and in Adolescence

	CBCL - School Age		CBCL - Adolescence	
Behavior problems	*M (SD)*	*%*	*M (SD)*	*%*
Internalizing	53.92 (10.75)	35.2	55.28 (10.70)	36.6
Anxious/Depressed	57.46 (8.16)	19.7	58.55 (10.62)	28.2
Withdrawn/Depressed	55.75 (6.96)	12.7	56.93 (8.28)	14.1
Somatic Complaints	54.35 (5.54)	4.2	55.59 (5.83)	9.9
Externalizing	53.82 (9.14)	25.4	50.27 (9.24)*	12.7*
Rule-Breaking Behavior	55.87 (5.49)	8.5	53.79 (4.84)	2.8
Aggressive Behavior	56.07 (6.47)	14.1	54.39 (5.59)	4.2*
Other				
Attention Problem	56.79 (8.13)	14.1	56.30 (6.83)	14.1
Social Problem	55.13 (6.34)	8.5	55.59 (7.03)	8.5
Thought Problem	55.21 (6.92)	15.5	55.62 (7.90)	9.9
Total	53.01 (10.58)	31	52.56 (10.51)	25.4

Note. CBCL = Child Behavior Checklist. Means and standard deviations are based on *T*-scores. The percentages of children presenting behavior problem are based on the lower cut-off point.

* $p < .05$.

Table 3
Children's Health Status and Development at Arrival

Risk factor	*M* or %	*SD*
Mental Development Index (MDI)	82.23	12.02
Psychomotor Development Index (PDI)	78.27	16.04
Small head circumference	32,4%	
Weight/height ratio	93.17	7.53
Height/age ratio	95.42	4.02
Neurological signs	11.30%	
Age at arrival (days)	343.64	109.87

Table 4

Means and Standard Deviations of Parenting Stress at School Age and in Adolescence

	M	*SD*
PSI		
Child-domain	89.01	23.55
Parent-domain	103.97	21.97
Total	191.58	42.55
SIPA		
Child-domain	77.99	22.63
Parent-domain	63.65	17.29
Total	170.31	41.43

Note. PSI = Parenting Stress Index ; SIPA = Stress Index for Parents of Adolescents.

Table 5

Bivariate Correlations between Children's Characteristics at Arrival, Behavior Problems, and Parenting Stress

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. MDI	-														
2. PDI	.57**	-													
3. Small head circumference	.04	-.07	-												
4. Weight/height ratio	.14	.17	-.33**	-											
5. Height/age ratio	.30*	.42**	-.23	.04	-										
6. Neurological signs	-.12	-.29*	.25*	-.21	-.07	-									
7. Age at arrival	-.15	-.02	.21	-.42*	-.20	.09	-								
8. DIA - Internalizing	-.01	-.12	-.01	-.28*	.17	.06	.08	-							
9. DIA - Externalizing	-.16	-.13	-.04	-.25*	.17	.08	-.08	.69**	-						
10. CBCL - Internalizing	-.13	-.24*	.31**	-.16	-.14	.32**	.08	.25*	.19	-					
11. CBCL - Externalizing	-.09	-.09	.33**	-.22	.07	.26*	.11	.37**	.34**	.62**	-				
12. PSI – CD	-.31**	-.22	.21	-.26*	-.18	.39**	.33**	.10	.20	.53**	.47**	-			
13. PSI – PD	-.19	-.07	.10	-.08	-.01	.14	.26*	.12	.15	.49**	.37**	.67**	-		
14. SIPA – CD	-.12	-.01	.17	-.10	.11	.19	-.01	.36**	.37**	.60**	.77**	.51**	.49**	-	
15. SIPA – PD	-.03	.09	.04	-.08	.24*	.21	-.01	.08	.11	.39**	.45**	.32**	.41**	.62**	-

Note. MDI = Mental Development Index; PDI = Psychomotor Development Index; DIA = Dominic Interactive for Adolescents; CBCL = Child Behavior Checklist ; PSI = Parenting Stress Index ; CD = Child-domain ; PD = Parent-domain ; SIPA = Stress Index for Parents of Adolescents.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 6
Coefficients, Standard Error, and Summary for the Mediation Model

Dependant variable	Independent variable	Unstandardized coefficients	Standard error	Standardized coefficients	*p*-value
Model 1					
DIA – Internalizing (outcome)	Weight/height ratio	-0.21	0.09	-0.24	.023
	SIPA - CD	0.09	0.04	0.33	.008
DIA – Externalizing (outcome)	Weight/height ratio	-0.04	0.02	-0.21	.024
	SIPA - CD	0.02	0.01	0.35	.007
PSI - CD (mediator 1)	Weight/height ratio	-0.80	0.37	-0.25	.030
SIPA - CD (mediator 2)	PSI - CD	0.49	0.11	0.51	< .001
Model 2					
CBCL - Internalizing (outcome)	Neurological signs	7.75	3.37	0.24	.022
	SIPA - CD	0.25	0.04	0.53	< .001
CBCL - Externalizing (outcome)	Neurological signs	3.62	2.00	0.12	.070
	SIPA - CD	0.31	0.03	0.75	< .001
PSI - CD (mediator 1)	Neurological signs	34.54	9.32	0.47	< .001
SIPA - CD (mediator 2)	PSI - CD	0.50	0.10	0.52	< .001

Note. DIA = Dominic Interactive for Adolescents; CBCL = Child Behavior Checklist ; PSI = Parenting Stress Index ; SIPA = Stress Index for Parents of Adolescents; CD = Child-domain

Table 7
Bootstrapped Direct, Indirect, and Total Effects

	Consequent					
	Internalizing			Externalizing		
	Unstandardized coefficients	Standardized coefficients	95% confidence interval	Unstandardized coefficients	Standardized coefficients	95% confidence interval
Model 1 (Weight/height ratio → PSI CD → SIPA CD → DIA)						
Direct effect	-0.21	-0.24	[-0.38, -0.02]	-0.04	-0.21	[-0.07, -0.01]
Indirect effect	-0.04	-0.04	[-0.11, -0.00]	-0.01	-0.04	[-0.02, -0.00]
Total effect	-0.25	-0.29	[-0.42, -0.06]	-0.04	-0.25	[-0.07, -0.01]
Model 2 (Neurological signs → PSI CD → SIPA CD→ CBCL)						
Direct effect	7.75	0.24	[0.68, 14.00]	3.62	0.12	[-0.49, 7.38]
Indirect effect	4.23	0.13	[1.56, 7.57]	5.36	0.18	[2.10, 9.51]
Total effect	11.97	0.37	[4.33, 18.90]	8.98	0.31	[3.81, 14.40]

Note. PSI = Parenting Stress Index; CD = Child-domain; SIPA = Stress Index for Parents of Adolescents; DIA = Dominic Interactive for Adolescents; CBCL = Child Behavior Checklist. Unstandardized confidence intervals are indicated.

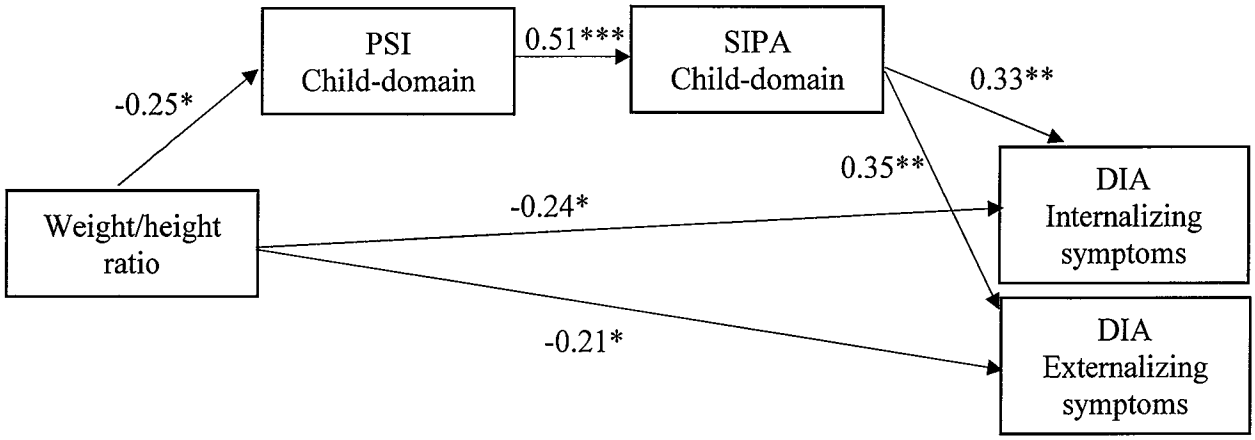


Figure 1. Partial mediation effects of parenting stress child-domain at school age and in adolescence on the relationship between weight/height ratio and self-reported internalizing and externalizing symptoms. Standardized path coefficients and significance levels are indicated.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

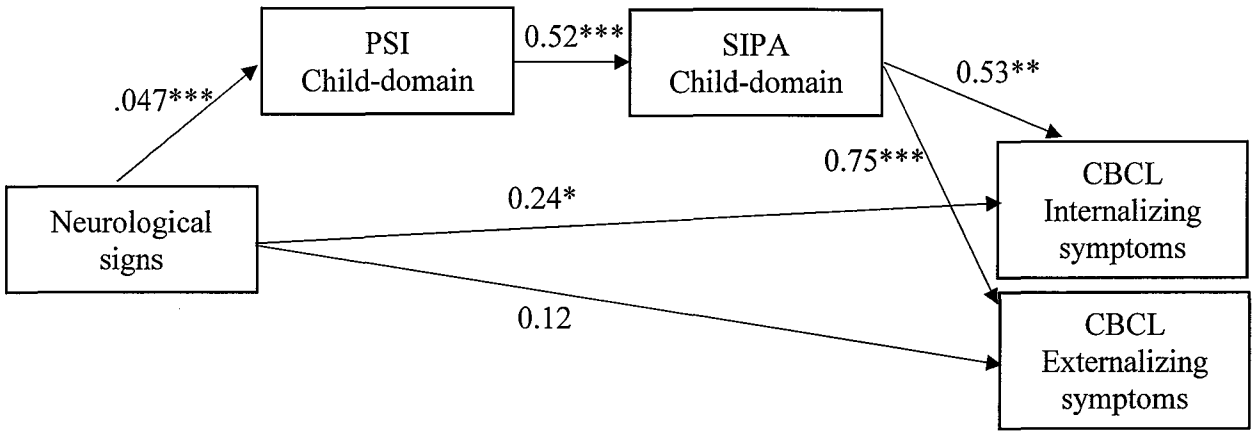


Figure 2. Partial and complete mediation effects of parenting stress child-domain at school age and in adolescence on the relationship between neurological signs and mothers' report of internalizing and externalizing symptoms. Standardized path coefficients and significance levels are indicated.
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

CHAPITRE III

ARTICLE 2

RELATION PARENT-ENFANT, RELATION A LA CULTURE D'ORIGINE ET BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE A L'ADOLESCENCE D'ENFANTS ADOPTES A L'ETRANGER TITRE

Accepté pour publication dans la revue *Psychologie Française*

Relation parent-enfant, relation à la culture d'origine et bien-être psychologique à l'adolescence d'enfants adoptés à l'étranger

Parent-child relationship, relation to the birth culture, and psychological well-being among international adoptees in adolescence

- Catherine Smith*, candidate au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8. Thèmes de recherche : adoption internationale, adolescence, santé mentale, identité.

- Louise Cossette, professeure de psychologie à l'Université du Québec à Montréal. C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3P8. Thèmes de recherche : adoption internationale, développement de l'enfant, socialisation des émotions, construction sociale du genre.

- Cybèle Beauvais-Dubois, candidate au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8. Thèmes de recherche : adoption internationale, développement cognitif, santé mentale.

- Nicole Smolla, chercheure, Hôpital Rivière-des-Prairies. 7070 Boulevard Perras, Montréal, (Québec), Canada, H1E 1A4. Thèmes de recherche : épidémiologie pédopsychiatrique, santé mentale, psychométrie.

- Jean-François Chicoine, pédiatre, Hôpital Sainte-Justine. 3175 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal (Québec), Canada, H3T 1C5. Thèmes de recherche : adoption internationale, évaluation médicale.

- Céline Belhumeur, pédiatre, Hôpital Sainte-Justine. 3175 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal (Québec), Canada, H3T 1C5. Thèmes de recherche : adoption internationale, évaluation médicale.

- Andrée Pomerleau, professeure de psychologie à l'Université du Québec à Montréal. C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3P8. Thèmes de recherche : adoption internationale, évaluation du développement de l'enfant.

- Gérard Malcuit, professeure de psychologie à l'Université du Québec à Montréal. C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3P8. Thèmes de recherche : adoption internationale, évaluation du développement de l'enfant.

* Auteure correspondante : Catherine Smith, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3P8, (Tel.) 514-717-8883, (Fax) 514-987-7953, smith.catherine@courrier.uqam.ca

Résumé

Afin d'examiner les liens entre le rapport aux origines et l'adaptation psychologique d'adolescents adoptés à l'étranger et l'effet médiateur de la relation avec leurs parents adoptifs, nous avons utilisé diverses composantes de l'identité et de la relation parent-enfant et des évaluations des symptômes intériorisés et extériorisés provenant des adolescents et des mères. La confiance des parents envers leur enfant a un effet de médiation complet sur le lien entre proximité à la culture d'origine et symptômes extériorisés évalués par les mères. La communication parent-enfant a un effet de médiation partiel sur le lien entre l'appartenance à la culture d'origine et les symptômes extériorisés que rapportent les adolescents. Ces résultats soulignent l'importance de la relation avec leurs parents adoptifs pour le bien-être psychologique des adolescents et ses liens étroits avec leurs questionnements identitaires ainsi que la complexité du rapport aux origines. Les implications cliniques de ces résultats sont discutées.

Abstract

Like any teenager, international adoptees must build their identity, a process that can be quite complex for those belonging to two families and two cultures. According to several studies, ethnic identity is associated with better psychological adjustment among internationally adopted teenagers, whereas other studies found no relationship. The link between identification to their adoptive culture and international adoptees' psychological well-being is also unclear. Parents' attitude towards their child origin is however crucial for his/her well-being. Adoptive parents must tolerate their child's curiosity about his/her origin, maintain a good communication about the adoption, and recognize their differences. These findings suggest that parent-child relationship could have an impact on the association between international adoptees' relation with their birth and adoptive cultures and psychological adjustment. The aim of this study was to examine the mediating role of parent-child relationship on the association between proximity to birth culture and to adoptive culture, ethnic identity, and psychological adjustment among international

adoptees during adolescence. The sample consisted of 76 adolescents (M = 15 years) adopted before 18 months of age from China, other East Asian countries, Russia, Haiti, and Bolivia. Internalizing and externalizing symptoms were assessed using the *Dominic Interactive for Adolescents,* a computerized self-report questionnaire, and the *Child Behavior Checklist* completed by the mothers. Adolescents also completed the *Inventory of Parent and Peer Attachment* to assess the quality of their relationship with their parents (trust, communication, and alienation), the *Multigroup Ethnic Identity Measure* (exploration, and belonging/commitment), and a home-made questionnaire assessing proximity to birth culture and to adoptive culture. Results show that although a large proportion of our sample reported being very close to their adoptive culture, no correlation was found with internalizing and externalizing symptoms. Proximity to birth culture was associated with higher externalizing scores when assessed by mothers but this relationship was completely mediated by children's perception of their parents' trust towards them. In contrast, belonging/commitment to birth culture was associated with lower externalizing scores according to self-reports and this relationship was partially mediated by parent-child communication. These findings suggest that the importance and meaning attached to child birth culture and origins may sometimes differ for adoptive parents and their teenager and be a source of conflict within the family. In this context, promoting trust and good communication between international adoptees and their parents is crucial to prevent the emergence and aggravation of behaviour problems.

Mots-clés **:** Adoption internationale; adolescence; identité; relation parent-enfant; symptômes intériorisés et extériorisés.

Keywords **:** International adoption; adolescence; identity; parent-child relationship; internalizing and externalizing symptoms.

Relation parent-enfant, relation à la culture d'origine et bien-être psychologique à l'adolescence d'enfants adoptés à l'étranger

1. Introduction

L'adolescence est une période charnière pour les enfants adoptés à l'étranger et leur famille (Harf, Taieb, & Moro, 2006). Aux défis normalement associés à l'adolescence s'ajoutent, pour les enfants de l'adoption internationale, les répercussions des graves conditions de privation qu'ils ont souvent connues avant l'adoption, leur meilleure compréhension de l'adoption et de ses enjeux, leur conscience accrue de leur différence, de ce qui les distingue de leurs parents et de leurs pairs (Brodzinsky, 2011; Friedlander et al., 2000; Grotevant, 1997). La construction de l'identité peut donc s'avérer particulièrement complexe pour les enfants adoptés à l'étranger.

La formation de l'identité est l'une des tâches centrales de l'adolescence (Erikson, 1968). L'enfant adopté à l'étranger doit se définir en conjuguant son appartenance à deux familles, l'une biologique, l'autre adoptive, et à deux cultures avec, de surcroit, des caractéristiques physiques souvent différentes de celles de sa famille adoptive (Friedlander et al., 2000; Harf et al., 2006). L'intérêt porté à son adoption et à ses origines est très variable d'un adolescent à l'autre, mais tous doivent intégrer leur adoption dans la définition de leur identité (Brodzinsky, 2011; Grotevant, 1997). La compréhension de son adoption et l'exploration de son appartenance à sa famille biologique et de ses origines feraient donc partie du processus de construction de l'identité de l'adolescent adopté.

L'identité ethnique est une composante de l'identité. Elle renvoie au sentiment d'appartenance à un groupe ethnique ou culturel et à la signification émotionnelle qui en découle (Phinney, 1992; Roberts et al., 1999). Elle comporte deux dimensions distinctes, mais étroitement liées, l'une de nature cognitive et l'autre affective : l'exploration, qui réfère à la recherche d'informations sur son groupe ethnique ou culturel, et l'appartenance, qui renvoie au sentiment d'affiliation à son groupe ethnique ou culturel et à la fierté envers ses origines (Phinney, 1990; Roberts et al.,

1999). La formation de l'identité ethnique s'opère ainsi à travers un processus d'exploration et mène éventuellement à un engagement (Phinney, 1992; Roberts et al., 1999). Pour l'enfant dont l'origine ethnique diffère de celle de ses parents adoptifs, la formation de l'identité ethnique peut présenter davantage de défis (Phinney & Rosenthal, 1992). Cette différence peut être sans importance pour certains jeunes, alors qu'elle est déroutante pour d'autres et peut les amener à se sentir étrangers au sein de leur famille adoptive (Brodzinsky, 2011).

Dans la population générale, une identité ethnique forte est associée au bien-être psychologique, à une bonne estime de soi, à l'auto-efficacité (Yasui, Dorham, & Dishion, 2004), à l'optimisme et à de bonnes stratégies d'adaptation (Roberts et al., 1999). Elle contribue donc au développement d'un concept de soi positif et au bien-être psychologique (Greene, Way, & Pahl, 2006; Phinney, Cantu, & Kurtz, 1997; Yip & Fuligni, 2002). En contrepartie, une identité ethnique faible est un prédicteur des symptômes dépressifs à l'adolescence (Yasui et al., 2004).

L'identité ethnique pourrait jouer le même rôle chez les enfants adoptés à l'étranger. Pourtant, selon des recensions récentes, aucune conclusion claire ne se dégage des études portant sur les liens entre l'identité ethnique des personnes adoptées à l'étranger et leur adaptation psychologique (Benoit, Harf, Skandrani, & Moro, 2015; Boivin & Hassan, 2015a; Castle, Knight & Watters, 2011). L'identification à la culture d'origine est associée à une meilleure adaptation psychologique dans quelques études, alors que d'autres ne trouvent aucun lien. La diversité des mesures utilisées et des caractéristiques des échantillons étudiés, notamment en termes d'âge et d'origine ethnique, rend difficile l'interprétation de ces résultats.

D'autres travaux montrent que l'identification à la culture du pays d'accueil serait plus importante que l'identification à la culture d'origine (Cederblad, Höök, Irhammar, & Mercke, 1999). Une étude menée auprès de 51 jeunes adultes âgés de 19 à 36 ans ($M = 24,35$) adoptés à l'étranger pendant l'enfance ne révèle aucune différence d'adaptation psychologique entre ceux qui s'identifient à la culture de leurs

parents adoptifs et ceux qui s'identifient à leur culture d'origine (Baden, 2002). Par contre, l'acceptation de la culture du parent adoptif est liée à une meilleure adaptation psychologique à l'âge adulte, ce qui amène l'auteure à conclure que l'identification à la culture d'origine n'est pas une condition nécessaire pour l'adaptation de l'individu adopté.

De plus en plus de chercheurs s'interrogent, par ailleurs, sur l'influence que peut avoir la qualité de la relation des adolescents avec leurs parents adoptifs sur leur identité ethnique et sur leur bien-être psychologique (Boivin & Hassan, 2015b; Brodzinsky & Pinderhughes, 2002; Harf, Skandrani, Mazeaud, Revah-Levy, & Moro, 2015; Scherman & Harré, 2008). Une bonne communication au sujet de l'adoption, la reconnaissance par les parents des différences mais également des similitudes entre eux et leur enfant sont associées au bien-être de l'enfant (Baden, 2002; Boivin & Hassan, 2015a; Castle et al., 2011; Friedlander et al., 2000; Harf et al., 2006; Yoon, 2000, 2004).

Une étude menée auprès de 241 adolescents adoptés de Corée pendant l'enfance montre qu'une relation parent-enfant positive, le soutien des parents au développement de l'identité ethnique de leur enfant et à la pratique d'activités liées à son pays d'origine sont de bons prédicteurs de l'adaptation psychologique de l'adolescent (Yoon, 2000). De plus, ceux dont le degré de bien-être est plus élevé ont des parents adoptifs plus chaleureux et affectueux, une meilleure communication avec eux et une meilleure estime de soi collective, c'est-à-dire un sentiment de fierté et d'appartenance à leur culture d'origine (Yoon, 2004).

Whitten et Weaver (2010) rapportent, de leur côté, une association entre une relation parent-enfant positive et divers indices de l'adaptation psychosociale chez 701 adolescents adoptés à l'étranger pendant l'enfance et ce, peu importe leur origine ethnique. Selon ces chercheurs, la qualité de la relation parent-enfant serait le facteur déterminant dans l'adaptation à l'adolescence de l'enfant adopté à l'étranger.

L'ensemble de ces travaux suggère que la qualité de la relation qu'entretient l'enfant avec ses parents adoptifs pourrait avoir un effet de médiation sur les liens

entre son identité ethnique et son bien-être psychologique à l'adolescence. Afin de vérifier cette possibilité, nous avons utilisé divers indices de l'identité : le degré de proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil, une mesure du degré d'inclusion de chacune des cultures dans la représentation de soi, ainsi que l'exploration et l'appartenance/engagement à la culture d'origine, des composantes de l'identité ethnique. Nous avons également évalué différentes dimensions de la relation parent-enfant, soit la perception qu'a l'enfant de la confiance de ses parents à son endroit, de la qualité de sa communication avec ses parents et son sentiment d'aliénation.

Les recherches portant sur les liens entre l'identité ethnique et le bien-être psychologique des adolescents adoptés à l'étranger en font rarement une évaluation complète. La plupart se limite à mesurer leur estime de soi ou leur concept de soi (Harf et al., 2015). La présente étude se propose d'en faire une évaluation plus globale en ayant recours à des mesures des symptômes intériorisés et extériorisés présentés par les adolescents. De plus, comme il n'existe aucun critère étalon pour évaluer ces symptômes et que l'on reconnaît de plus en plus l'importance d'utiliser plus d'une source d'information (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Bergeron et al., 2010; Costello, Egger, & Angold, 2005; De Los Reyes & Kazdin, 2005), nous avons recours à des évaluations provenant des adolescents et des mères.

Selon notre hypothèse, la proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil et l'identité ethnique des adolescents seront liés à leurs symptômes intériorisés et extériorisés, mais la qualité de la relation avec leurs parents aura un effet de médiation sur ces liens.

2. Méthode

2.1. Participantes et participants

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la phase III d'une étude longitudinale amorcée en 1998 auprès d'une centaine de familles québécoises ayant adopté un enfant à l'étranger (Gagnon-Oosterwaal et al., 2012a; Gagnon-Oosterwaal et al., 2012b; Pomerleau et al., 2005). Le recrutement des familles s'est effectué avec

l'aide des agences d'adoption internationale de la région de Montréal qui envoyaient une lettre d'information sur le projet aux futurs parents. Pour pouvoir y participer, les enfants devaient avoir été adoptés avant l'âge de 18 mois et rencontrer, dans les semaines suivant l'adoption, les pédiatres de la Clinique d'adoption internationale de l'Hôpital Sainte-Justine, pour une évaluation médicale, et l'équipe de recherche du Laboratoire d'études du nourrisson à l'UQAM, pour une évaluation psychologique.

L'échantillon initial comptait 123 enfants (91 filles) âgés de 4 à 18 mois (M = 11,28 mois) au moment de leur arrivée dans leur famille adoptive et leurs parents. L'échantillon de la phase III compte 76 enfants (61 filles, 15 garçons) âgés en moyenne de 15,02 ans ($ÉT$ = 0,45) et leur mère et/ou père adoptif, soit 39 enfants originaires de Chine, 22 d'autres pays d'Asie, 11 de Russie, 3 d'Haïti et 1 de Bolivie. Quatorze des familles de la phase I n'ont pu être retracées et 31 autres ont refusé d'y participer en raison d'un manque d'intérêt ou de disponibilité. Les données de deux familles qui étaient incomplètes ont été exclues. Nous avons comparé l'état de santé et le niveau de développement à l'arrivée dans leur famille adoptive des enfants du sous-échantillon de la phase III à ceux de l'échantillon initial à l'aide de tests-t et de χ^2. Aucune différence n'apparaît entre les deux groupes sauf en ce qui a trait à l'âge à l'arrivée, plus élevé pour les enfants de la phase III (M = 344,35 jours, $ÉT$ = 108,22 et M = 297,96 jours, $ÉT$ = 102,81, respectivement, $p < 0,05$). L'écart entre les deux groupes est d'un peu plus d'un mois.

2.2. Déroulement

Lors de la phase III, les familles ont participé à une rencontre au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal entre les mois de mai à septembre 2013. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'Hôpital Sainte-Justine. Après avoir obtenu leur consentement libre et éclairé, les enfants et leurs parents ont rempli une série de questionnaires dans des pièces séparées.

2.3. Mesures

2.3.1. Identité ethnique. Le *Multigroup Ethnic Identity Measure* (MEIM) est un questionnaire papier-crayon qui sert à évaluer l'identité ethnique, c'est-à-dire l'identification au groupe ethnique d'origine. Le jeune répond au questionnaire à l'aide d'une échelle de type Likert en 4 points (1 = tout à fait en désaccord, 2 = un peu en désaccord, 3 = un peu d'accord, 4 = tout à fait d'accord) en se référant à sa culture d'origine. Le MEIM permet d'obtenir un score d'exploration et un score d'appartenance/engagement. Le score d'exploration peut varier de 5 à 20 et le score d'appartenance/engagement de 7 à 28. Un score élevé indique une identité ethnique forte.

L'étude de validation du MEIM révèle une bonne consistance interne avec des alphas de Cronbach de 0,81 pour un échantillon d'adolescents et de 0,90 pour les jeunes adultes (Phinney, 1992). La mesure est liée positivement à l'importance accordée à l'origine ethnique dans sa vie (Roberts et al., 1999). La consistance interne de la version française est également satisfaisante ($\alpha = 0,89$) (Dru, 2004).

2.3.2. Proximité avec la culture d'origine et la culture d'accueil. Afin de mesurer le degré de proximité avec la culture d'origine et la culture d'accueil, nous avons créé un questionnaire inspiré de l'*Échelle d'inclusion de l'autre dans le soi* (Aron, Aron, & Smollan, 1992). La mesure originale permet de mesurer le degré de proximité à une autre personne à l'aide de diagrammes de Venne comportant chacun deux cercles dont le degré de superposition varie. La personne évaluée doit choisir l'image qui correspond le mieux à sa relation avec l'autre personne. La mesure présente une bonne consistance interne, une bonne fidélité test-retest et une validité convergente satisfaisante (Aron et al., 1992).

Ce type de mesure a été utilisé pour évaluer divers concepts, notamment l'*Inclusion d'un endogroupe dans le soi,* ou le degré d'identification à un groupe (Tropp & Wright, 2001), et l'*Inclusion de la communauté dans le soi,* soit la proximité ou la force du lien entre une personne et sa communauté (Mashek, Cannaday, & Tangney, 2007). Les résultats des études de validation de ces deux

mesures révèlent une bonne validité de construit, une bonne validité convergente et discriminante ainsi qu'une excellente fidélité test-retest.

Notre questionnaire maison inclut deux questions. L'une sert à mesurer le degré de proximité avec sa culture d'origine et l'autre, la proximité avec sa culture d'accueil. Chaque question comporte sept diagrammes de Venne avec deux cercles se superposant de plus en plus. Un score variant de 1 (faible proximité) à 7 (forte proximité) est ensuite calculé pour la proximité à la culture d'origine et un autre pour la proximité à la culture d'accueil.

2.3.3. Relation parent-enfant. The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) est un questionnaire papier-crayon qui permet d'évaluer les composantes cognitives et affectives de la relation de l'enfant avec ses parents et ses pairs (Armsden & Greenberg, 1987). Il a été traduit et validé en français (Vignoli & Mallet, 2004). Seules les questions relatives à la relation avec les parents sont utilisées dans la présente étude. L'IPPA permet d'en évaluer trois dimensions : la *confiance*, soit à quel point l'enfant sent que ses parents lui font confiance, le comprennent, respectent ses sentiments et l'acceptent, la *communication,* qui sert à évaluer la perception de la disponibilité des parents à discuter de ses difficultés et préoccupations, et l'*aliénation,* soit les sentiments de colère et de détachement à l'égard des parents (Lopez & Gover, 1993).

La version française de l'IPPA présente des alphas de Cronbach élevés : 0,85 pour la relation avec la mère, 0,89 pour la relation avec le père (Vignoli & Mallet, 2004). La version courte composée de 12 énoncés (4 énoncés pour chaque sous-échelle) a été utilisée pour la présente étude (Laible, Carlo, & Raffaelli, 2000). Nos alphas de Cronbach sont de 0,79 et 0,88 pour les scores totaux de relation avec la mère et avec le père, respectivement. Les jeunes répondent au questionnaire à l'aide d'une échelle Likert en 5 points allant de 1 (Presque jamais vrai) à 5 (Presque toujours vrai). Un score élevé indique une bonne relation. Les jeunes de familles biparentales (n = 64) répondent au questionnaire à deux reprises, une fois en pensant à leur mère et une fois à leur père. Les scores de relation avec chacun des parents étant fortement

corrélés (r = 0,70 pour le score total), ils ont été combinés. Les scores peuvent varier de 4 à 20 pour chaque sous-échelle.

2.3.4. Dominique interactif adolescent- Révisé (DIA-R). Le Dominique Interactif pour Adolescents-Révisé (DIA-R) est un questionnaire informatisé qui sert à évaluer les symptômes intériorisés et extériorisés les plus fréquents à l'adolescence (12 à 15 ans) selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (Bergeron et al., 2016). Il se présente sous forme de bande dessinée mettant en scène Dominique dans diverses situations. Chaque jeune choisit, à sa convenance, un Dominique garçon ou fille de race blanche, noire ou d'origine asiatique ou hispanique.

Le questionnaire comporte 121 questions, posées oralement et inscrites à l'écran, auxquelles il faut répondre par oui ou non. Le DIA-R permet d'évaluer les symptômes associés à neuf troubles distincts: dépression, anxiété généralisée, phobie spécifique, phobie sociale, obsession/compulsion, inattention/hyperactivité/impulsivité, opposition et problèmes de la conduite. Il permet également d'évaluer les traits de la personnalité limite, la consommation de drogue et d'alcool et le risque suicidaire. Un score continu de symptômes est calculé pour chaque sous-échelle. Le logiciel permet également d'obtenir un score de symptômes intériorisés, qui inclut les quatre échelles de symptômes anxieux, l'échelle de dépression et de risque suicidaire, et un score de symptômes extériorisés, qui inclut les échelles opposition, problèmes de conduite et inattention/hyperactivité/impulsivité.

Le DIA-R a été validé auprès de 447 adolescents. Sa consistance interne varie de modérée à excellente (α de 0,75 à 0,85 pour la majorité des échelles). La consistance interne des échelles « phobie spécifique » et « obsession/compulsion » est acceptable (α = 0,58 et 0,48, respectivement). Les auteurs expliquent ces indices plus faibles par le petit nombre de questions et l'hétérogénéité des situations pouvant susciter des phobies et des comportements ruminatifs/répétitifs. La fidélité varie de modérée à excellente avec des coefficients de fidélité test-retest de 0,75 à 0,94 pour

les échelles spécifiques et de 0,84 à 0,87 pour les échelles de symptômes combinés (Bergeron et al., 2016). Le DIA-R présente également une bonne validité de critère (Bergeron et al., 2016).

2.3.5. Child Behavior Checklist(CBCL). Le *Child Behavior Checklist* est un questionnaire papier-crayon de 113 énoncés qui sert à évaluer les problèmes de comportement d'enfants âgés de 6 à 18 ans au cours des six derniers mois. Le parent répond à chaque énoncé à l'aide d'une échelle de type Likert (0 = ne s'applique pas, 1= plus ou moins vrai, 2 = toujours ou souvent vrai). On peut ensuite calculer un score pour chacune des huit échelles de symptômes: anxiété/dépression, retrait/dépression, plaintes somatiques, problèmes sociaux, problèmes de la pensée, problèmes d'attention, problèmes de la conduite et comportements agressifs, ainsi qu'un score de troubles intériorisés et de troubles extériorisés (Achenbach & Rescorla, 2001). Les qualités psychométriques du CBCL sont reconnues avec une fidélité test-retest de 0,89 et une bonne validité de construit (Achenbach & Rescorla, 2001). Comme le nombre de questionnaires remplis par les mères est plus élevé que celui des pères, seuls les scores des mères sont utilisés dans les analyses.

2.4. Analyse des données

Nous avons, dans un premier temps, examiné les corrélations entre les diverses variables puis avons réalisé les analyses de médiation par modélisation d'équations structurelles à l'aide du logiciel Mplus 7.0 (Muthén & Muthén, 1998-2012). L'indice comparatif d'adéquation (*Comparative Fit Index* – CFI), l'indice d'ajustement de Tucker-Lewis (Tucker-Lewis Index – TLI), l'erreur quadratique moyenne de l'approximation avec son intervalle de confiance à 90% (*Root Mean Square Error of Approximation* –RMSEA) et l'indice de la racine du carré moyen d'erreur (*Standardized Root-Mean-Square Residual* – SRMR) ont été utilisés pour évaluer l'ajustement du modèle. Des valeurs >0,95 pour le CFI et le TLI, < 0,06 pour le RMSEA et < 0,08 pour le SRMR indiquent un bon ajustement (Hu & Bentler, 1999). Les effets directs et indirects ont été évalués à l'aide d'analyses de

type *Bootstrap* avec un intervalle de confiance de 95% et un ré-échantillonnage de 5000 itérations. Les effets sont significatifs lorsque l'intervalle de confiance exclut la valeur 0 (MacKinnon, Lockwood, & Williams, 2004). Ce type d'analyse est fréquemment utilisé pour tester des modèles de médiation (Preacher & Hayes, 2008).

3. Résultats

3.1. Données descriptives

Les scores moyens et écarts-types de la proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil, des composantes de l'identité ethnique et de la qualité de la relation parent-enfant ainsi que les scores de symptômes intériorisés et extériorisés rapportés par les mères et les adolescents sont présentés dans le Tableau I. Le Tableau II présente les pourcentages d'adolescents selon leur degré de proximité à leur culture d'origine et à leur culture d'accueil.

3.2. Corrélations entre proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil, identité ethnique, symptômes intériorisés et extériorisés et relation parent-enfant

Le Tableau III présente les corrélations bivariées entre les variables proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil, les composantes de l'identité ethnique (exploration et appartenance/engagement), les variables de la relation parent-enfant (confiance, communication et aliénation) et symptômes intériorisés et extériorisés. En raison d'un effet plancher pour la proximité à la culture d'origine et d'un effet plafond pour la proximité à la culture d'accueil, des scores dichotomiques ont été utilisés, soit faible proximité (scores de 1à 4) et forte proximité (scores de 5 à 7).

La proximité à la culture d'origine est corrélée négativement à la confiance des parents et positivement corrélée aux symptômes extériorisés que rapportent les mères. La composante appartenance/engagement de l'identité ethnique est liée positivement à la qualité de la communication avec les parents et négativement aux symptômes intériorisés et extériorisés que rapportent les adolescents. De plus, la confiance et la communication sont toutes deux liées négativement aux symptômes extériorisés que rapportent les mères, ainsi qu'aux symptômes intériorisés et extériorisés que rapportent les adolescents. L'aliénation est liée positivement aux

symptômes intériorisés et extériorisés selon les mères et les adolescents. Deux modèles de l'effet médiateur de la qualité de la relation parent-enfant ont ainsi pu être testés.

3.3. Modèles de médiation

3.3.1. Modèle 1. Le premier modèle vise à examiner l'effet de médiation de la confiance des parents adoptifs envers leur enfant sur la relation entre la proximité avec la culture d'origine et les symptômes intériorisés et extériorisés évalués par les mères (voir Figure 1). Les indices d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants : CFI = 1,00 ; TLI = 1,00 ; RMSEA < 0,001 [0,00 ; 0,00] ; SRMR = 0,00. La proximité à la culture d'origine est liée négativement à la confiance des parents adoptifs qui est liée négativement aux symptômes extériorisés rapportés par les mères. Les coefficients standardisés et non-standardisés sont présentés dans le Tableau IV. L'effet direct de la proximité à la culture d'origine sur les symptômes extériorisés rapportés par les mères est non-significatif lorsque la variable confiance des parents est introduite dans le modèle de médiation, alors que son effet indirect est significatif (voir Tableau V). La médiation est donc totale.

3.3.2. Modèle 2. Le deuxième modèle vise à examiner l'effet de médiation de la communication parent-enfant sur la relation entre l'appartenance/engagement des adolescents à leur culture d'origine et leur évaluation de leurs symptômes intériorisés et extériorisés (voir Figure 2). Les indices d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants : CFI = 1,00 ; TLI = 1,00 ; RMSEA < 0,001 [0,00 ; 0,00] ; SRMR = 0,00. L'appartenance/ engagement est liée positivement à la communication parent-enfant qui est liée négativement aux symptômes extériorisés que rapportent les adolescents. Les coefficients standardisés et non-standardisés sont présentés dans le Tableau IV. L'effet direct de l'appartenance/engagement et son effet indirect sur les symptômes extériorisés que rapportent les adolescents sont tous les deux significatifs (voir Tableau V). La qualité de la communication avec les parents a donc un effet de médiation partiel.

4. Discussion

Notre étude avait pour objectif de vérifier si la qualité de la relation avec les parents adoptifs a un effet de médiation sur les liens entre la proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil, les différentes dimensions de l'identité ethnique et les symptômes intériorisés et extériorisés à l'adolescence d'enfants adoptés à l'étranger. Nos résultats confirment, en grande partie, cet effet médiateur. Ils mettent, également, en évidence l'importance de la relation des adolescents avec leurs parents adoptifs pour leur bien-être psychologique.

La proximité à la culture d'origine est liée aux symptômes extériorisés des adolescents selon les mères, mais la perception qu'ont les adolescents de la confiance de leurs parents à leur endroit a un effet de médiation complet sur ce lien. En d'autres termes, les adolescents qui se sentent proches de leur culture d'origine sont moins susceptibles de croire que leurs parents ont confiance en eux et cette plus faible confiance a un effet négatif sur l'évaluation que font les mères de leurs symptômes extériorisés. Le lien entre la proximité à la culture d'origine et les symptômes extériorisés tels qu'évalués par les mères est donc indirect.

Il est possible que certains parents adoptifs s'inquiètent de l'intérêt que porte leur enfant à sa culture d'origine ce qui affecte leur perception de leur enfant. Bien qu'il soit essentiel de reconnaître l'origine ethnoculturelle de l'enfant adopté comme une dimension importante de son identité, l'image de cohésion familiale que les parents aimeraient présenter pourrait en être affectée (Ouellette & Méthot, 2003). Mais c'est la confiance des parents telle que la perçoive leur enfant qui semble ici déterminante.

Il n'est pas possible d'établir un lien de causalité entre proximité à la culture d'origine et confiance des parents envers leur enfant. La relation est sans doute bidirectionnelle. Un enfant qui met en doute le lien de confiance avec ses parents adoptifs pourrait être plus enclin à se tourner vers sa culture d'origine pour s'en défendre. Il est aussi possible que les parents dont l'enfant se sent plus proche de sa culture d'origine aient plus de mal à l'accepter avec ses sentiments, son point de vue

et ses questionnements. On peut aussi se demander si la perception des enfants rend bien compte de la confiance des parents à leur endroit.

Il est néanmoins important de rappeler que la majorité des adolescents adoptés de notre étude se sentent loin de leur culture d'origine et proches de leur culture d'accueil. Ces résultats corroborent ceux de l'étude qualitative de Boivin et Hassan (2015b). Selon ces chercheures, les jeunes adoptés présentent une forte identification à la culture de leur société d'accueil, sans doute en raison d'une faible exposition à leur culture d'origine. Pour l'enfant adopté ayant grandi dans une famille québécoise, l'identification à la culture québécoise va de soi puisqu'il y a été exposé depuis son jeune âge. Pour les parents adoptifs, bien qu'ils soient souvent préoccupés par la transmission à leur enfant de sa culture d'origine, les éléments culturels qu'ils peuvent intégrer dans leur quotidien sont bien souvent «folkloriques» étant eux-mêmes étrangers à cette culture (Ouellette & Méthot, 2003). Soulignons que la proximité à la culture d'accueil n'est pas liée aux symptômes intériorisés ou extériorisés que rapportent les adolescents ni à la qualité de la relation avec leurs parents.

Le deuxième modèle de médiation montre que la qualité de la communication des adolescents avec leurs parents adoptifs a un effet de médiation partiel sur le lien entre leur sentiment d'appartenance/engagement à leur culture d'origine, une composante de l'identité ethnique, et leur évaluation de leurs symptômes extériorisés. En d'autres termes, plus le sentiment d'appartenance à la culture d'origine est fort, plus la communication parent-enfant est bonne, ce qui semble avoir pour effet d'atténuer les symptômes extériorisés des adolescents. Le lien entre le sentiment d'appartenance/engagement à sa culture d'origine et les symptômes extériorisés que rapportent les adolescents est ainsi, en partie, indirect.

Une identité ethnique forte peut agir comme un facteur de protection contre la discrimination pour l'enfant adopté (Hjern, Lindblad, & Vinnerljung, 2002 ; Lee, 2003). Un fort sentiment d'appartenance est aussi lié à un sentiment de fierté et à une image de soi positive (Boivin & Hassan, 2015b). Ainsi, le sentiment d'appartenance à

la culture d'origine pourrait avoir un effet protecteur pour l'adolescent adopté bien qu'il ne semble avoir aucun impact sur la perception de leur mère adoptive.

Encore une fois, il n'est pas possible d'établir un lien de causalité entre le sentiment d'appartenance à sa culture d'origine et la qualité de la communication avec les parents. L'adolescent qui a un sens clair de ses origines peut se sentir plus libre de parler ouvertement à ses parents de ses préoccupations. Par ailleurs, l'ouverture des parents à la discussion peut inciter l'enfant à se questionner davantage sur ses origines, à s'identifier à sa culture d'origine et à en être fier. Les enfants adoptés dont les parents nient la différence sont moins enclins à exprimer leur curiosité à l'égard de leurs origines (Brodzinsky & Pinderhughes, 2002). Leurs parents voient leurs questionnements sur leur adoption et leurs origines comme une menace à l'intégrité de leur système familial, ce qui crée des obstacles à la discussion (Brodzinsky & Pinderhughes, 2002).

La proximité à la culture d'origine et le sentiment d'appartenance/engagement à l'égard de la culture d'origine sont positivement corrélés. Pourtant, une forte proximité à la culture d'origine est associée à des scores plus élevés de symptômes extériorisés chez leur enfant selon l'évaluation des mères alors qu'aucun lien n'apparait avec les évaluations qu'en font les enfants. De plus, un fort sentiment d'appartenance à la culture d'origine est lié à moins de symptômes intériorisés et extériorisés selon les adolescents tandis qu'il n'est pas lié aux évaluations qu'en font les mères. Il est difficile d'expliquer ces relations inverses, mais quelques hypothèses peuvent être néanmoins proposées.

La proximité à la culture d'origine évaluée à l'aide de diagrammes de Venne est une mesure concise qui sert à évaluer à quel point la culture d'origine fait partie du soi de l'individu. Elle ne rend cependant pas compte du degré d'aisance avec cette culture. Il est possible qu'une forte proximité à la culture d'origine soit, dans certains cas, un indice de rejet de la culture d'accueil ou de la culture familiale ou qu'elle soit interprétée de cette façon par les parents. Rappelons également que cette mesure est

négativement corrélée à la confiance des parents à l'endroit de leur enfant telle que la perçoit l'enfant.

La composante appartenance/engagement de l'identité ethnique mesurée à l'aide du MEIM (Phinney, 1992), quant à elle, rend compte de la qualité de l'identité sociale et a une dimension plus affective. Elle permet d'évaluer l'appréciation de l'enfant face à sa culture d'origine. Un degré élevé d'appartenance/engagement suppose qu'une exploration des origines a d'abord eu lieu et que ces origines ont été intégrées à l'identité engendrant un sentiment de fierté. Une identité ethnique forte est associée au bien-être psychologique dans la population générale (e.g. Greene et al., 2006; Phinney et al., 1997; Roberts et al., 1999; Yasui et al., 2004; Yip & Fuligni, 2002), ce qui semble également être le cas pour notre échantillon d'adolescents adoptés. Elle est aussi, comme nous l'avons vu, associée à la qualité de la communication avec les parents, ce qui contribue au bien-être psychologique.

L'ensemble de ces résultats, comme ceux d'autres travaux, met en lumière la complexité du rapport des enfants adoptés à leurs origines et de son intégration dans leur identité de même que les liens étroits entre questionnements identitaires et relation avec les parents (Benoit et al., 2015; Boivin & Hassan, 2015a,b; Castle et al., 2011). Ils soulignent également l'importance d'utiliser différentes sources pour l'évaluation des problèmes de comportements des adolescents. Il apparaît aussi important de distinguer les divers concepts liés aux origines, que ce soit les composantes de l'identité ethnique et le sentiment de proximité. Par exemple, un enfant adopté peut se sentir à l'aise avec sa culture d'origine sans nécessairement s'y identifier (Westhues & Cohen, 1998). Il peut aussi s'y identifier sans démontrer beaucoup d'intérêt (Scherman & Harré, 2010).

Dans une perspective clinique, les liens avec la culture d'origine peuvent prendre des significations différentes pour l'adolescent adopté et le parent adoptif et l'importance accordée aux origines peut être une source de conflit entre eux. Dans ce contexte, il est essentiel d'en tenir compte et de promouvoir la confiance et la communication dans les familles adoptives afin de prévenir l'exacerbation des

problèmes de comportement de l'enfant. Les parents adoptifs ne devraient pas craindre l'intérêt de leur enfant face à ses origines d'autant plus que leur ouverture à ses questionnements semble avoir une influence positive sur son bien-être psychologique. L'adolescent a besoin de sentir que son parent l'accepte tel qu'il est, avec sa différence, qu'il respecte ses intérêts et ses sentiments et lui fait confiance. Une approche transculturelle pourrait apporter aux parents qui se sentent démunis, bousculés par les questionnements de leur enfant, le soutien dont ils ont besoin pour parler de ses origines, de l'altérité, de métissage sans que cette discussion ne soit une menace pour le lien avec l'enfant (Harf et al., 2013).

La présente étude comporte certaines limites. L'échantillon est composé d'enfants adoptés en bas âge, entre 4 et 18 mois, ce qui pourrait expliquer, en partie, la faible identification à leur culture d'origine. Il faut se garder de généraliser ces résultats aux enfants adoptés tardivement et qui ont longtemps vécu dans leur milieu d'origine. D'autre part, les enfants de notre échantillon sont, en majorité, des filles adoptées de Chine et d'Asie de l'Est. Seulement 11 enfants étaient originaires de Russie. D'autres études sont nécessaires pour explorer le rapport aux origines selon le genre de l'enfant et son pays d'origine. Notons, également, que l'évaluation de la relation parent-enfant provient uniquement de questionnaires remplis par les enfants et que le point de vue des parents pourrait être différent.

Malgré ces limites, nos résultats soulignent l'importance de la qualité de la relation parent-enfant pour le bien-être psychologique de l'adolescent adopté, mais également ses liens étroits avec les questionnements identitaires. Nos résultats mettent également en lumière la complexité du rapport des enfants adoptés à leurs origines. Des chercheurs sont d'avis qu'il ne faut pas concevoir l'identité ethnique chez l'enfants adopté de façon unidimensionnelle mais qu'il faut plutôt la voir comme le produit d'appartenances multiples et métissées (Skandrani, Harf, Mestre, & Moro, 2012). Plutôt que d'opposer culture d'origine et culture d'accueil, les recherches futures pourraient se centrer sur cette négociation identitaire et ce métissage, en tenant compte du point de vue des enfants mais aussi des parents.

Remerciements :

Cette recherche a été financée par des bourses d'étude du Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC), du Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE) et de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM à la première auteure ainsi que par des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Conseil de recherche médicale (Canada), du Conseil de recherches en sciences humaines (Canada), du Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche (Québec), et de la Fondation de l'Hôpital Ste-Justine (Montréal, QC). Les auteurs tiennent à remercier les familles ayant participé à l'étude.

Références

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 213–32.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment : Individual Differences and Their Relationship to Psychological Well-Being in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *16*(5), 427–454.

Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the Structure of Interpersonal Closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*(4), 596–612.

Baden, A. L. (2002). The psychological adjustment of transracial adoptees : An application of the cultural-racial identity model. *Journal of Social Distress and the Homeless*, *11*(2), 167–191.

Benoit, L., Harf, A., Skandrani, S., & Moro, M.-R. (2015). Adoption internationale : Le point de vue des adoptés sur leurs appartenances culturelles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *63*(6), 413–421.

Bergeron, L., Smolla, N., Berthiaume, C., Renaud, J., Breton, J. J., St-Georges, M., … Labelle, R. (2016). Reliability, Validity, and Clinical Utility of the Dominic Interactive for Adolescents-Revised: DSM-5-Based Self-Report Screen for Mental Disorders, Borderline Personality Traits, and Suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, *62*(3), 211–222.

Bergeron, L., Smolla, N., Valla, J.-P., St-Georges, M., Berthiaume, C., Piché, G., & Barbe, C. (2010). Psychometric Properties of a Pictorial Instrument for Assessing Psychopathology in Youth Aged 12 to 15 years: The Dominic Interactive for Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, *55*(4), 211–221.

Boivin, M., & Hassan, G. (2015a). Ethnic identity and psychological adjustment in

transracial adoptees: a review of the literature. *Ethnic and Racial Studies*, *38*(7), 1084–1103.

Boivin, M., & Hassan, G. (2015b). Discrimination et double appartenance culturelle: la négociation identitaire des adolescents adoptés à l'international. *L'Autre*, *16*(3), 284–293.

Brodzinsky, D. M. (2011). Children's understanding of adoption: Developmental and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, *42*(2), 200–207.

Brodzinsky, D. M., & Pinderhughes, E. E. (2002). Parenting and child development in adoptive families. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (Vol. 1, pp. 279–311). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Castle, H., Knight, E., & Watters, C. (2011). Ethnic identity as a protective factor for looked after and adopted children from ethnic minority groups: A critical review of the literature. *Adoption Quarterly*, *14*(4), 305–325.

Cederblad, M., Höök, B., Irhammar, M., & Mercke, M. (1999). Mental health in international adoptees as teenagers and young adults. An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(8), 1239–1248.

Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(10), 972–986.

De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, *131*(4), 483–509.

Dru, V. (2004). Adaptation française d'une échelle d'identification culturelle. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, *3*, 103–118.

Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis.* New York: Norton.

Friedlander, M. L., Larney, L. C., Skau, M., Hotaling, M., Cutting, M. L., &

Schwam, M. (2000). Bicultural identification: Experiences of internationally adopted children and their parents. *Journal of Counseling Psychology*, *47*(2), 187–198.

Gagnon-Oosterwaal, N., Cossette, L., Smolla, N., Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., … Berthiaume, C. (2012a). Pre-adoption adversity and self-reported behavior problems in 7 year-old international adoptees. *Child Psychiatry and Human Development*, *43*(4), 648–660.

Gagnon-Oosterwaal, N., Cossette, L., Smolla, N., Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., … Séguin, R. (2012b). Pre-adoption adversity, maternal stress, and behavior problems at school-age in international adoptees. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *33*(5), 236–242.

Greene, M. L., Way, N., & Pahl, K. (2006). Trajectories of perceived adult and peer discrimination among Black, Latino, and Asian American adolescents: Patterns and psychological correlates. *Developmental Psychology*, *42*(2), 218–238.

Grotevant, H. D. (1997). Coming to terms with adoption: The construction of identity from adolescence into adulthood. *Adoption Quarterly*, *1*(1), 3–27.

Harf, A., Skandrani, S., Mazeaud, E., Revah-Levy, A., & Moro, M.R. (2015). Le concept d'identité culturelle chez les enfants adoptés : quelle pertinence ? *La Psychiatrie de L'enfant*, *58*(1), 299.

Harf, A., Skandrani, S., Sibeoni, J., Legros, S., Mestre, C., Moro, M.R., & Ledu, C. (2013). La consultation «adoption internationale», une lecture multiple et métissée. *Adolescence*, *31*(3), 521–530.

Harf, A., Taieb, O., & Moro, M. (2006). Adolescence et adoptions internationales : une nouvelle problématique ? *La Psychiatrie de L'enfant*, *49*(2), 543–572.

Hjern, A, Lindblad, F., & Vinnerljung, B. (2002). Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: A cohort study. *The Lancet, 360*, 443-448

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation*

Modeling: A Mutidisciplinary Journal, *6*(1), 1–55.

Laible, D. J. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, *29*(1), 45–59.

Lee, R. M. (2003). The transracial adoption paradox: History, research, and counseling implications of cultural socialization. *The Counseling Psychologist, 31*(6), 711-744.

Lopez, F. G., & Gover, M. R. (1993). Self-report measures of parent-adolescent attachment and separation-individuation: a selective review. *Journal of Counseling & Development*, *71*(5), 560–569.

MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution for the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, *39*(1), 37–67.

Mashek, D., Cannaday, L. W., & Tangney, J. P. (2007). Inclusion of community in self scale: a single-item pictorial measure of community connectedness. *Journal of Community Psychology*, *35*(2), 257–275.

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (n.d.). *Mplus user's guide. Seventh edition.* (Muthén & M). Los Angeles: CA.

Ouellette, F.-R., & Méthot, C. (2003). Les références identitaires des enfants adoptés à l'étranger : entre rupture et continuité. *Nouvelles Pratiques Sociales*, *16*(1), 132.

Phinney, J. (1990). Ethnic identity in adolescents and adults: Review of research. *Psychological Bulletin*, *108*(3), 499–514.

Phinney, J. S. (1992). The Multigroup Ethnic Identity Measure: A New Scale for Use with Diverse Groups. *Journal of Adolescent Research*, *7*(2), 156–176.

Phinney, J. S., Cantu, C. L., & Kurtz, D. A. (1997). Ethnic and american identity as predictors of self-esteem among african american, latino, and white adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *26*(2), 165–185.

Phinney, J. S., & Rosenthal, D. (1992). Ethnic identity in adolescence: Process,

context, and outcome. In G. Adams, T. Gullotta, & R. Montemayor (Eds.), *Adolescent Identity Formation* (pp. 145–172). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., Séguin, R., Belhumeur, C., Germain, P., … Jéliu, G. (2005). Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the first 6 months after adoption. *International Journal of Behavioral Development*, *29*(5), 445–457.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879–891.

Roberts, R. E., Phinney, J. S., Masse, L. C., Chen, Y. R., Roberts, C. R., & Romero, A. (1999). The Structure of Ethnic Identity of Young Adolescents from Diverse Ethnocultural Groups. *The Journal of Early Adolescence*, *19*(3), 301–322.

Scherman, R., & Harré, N. (2008). The Ethnic Identification of Same-Race Children in Intercountry Adoption. *Adoption Quarterly*, *11*(1), 45–65.

Scherman, R., & Harré, N. (2010). Interest in and identification with the birth culture: An examination of ethnic socialization in New Zealand intercountry adoptions. *International Social Work*, *53*(4), 528–541.

Skandrani, S., Harf, A., Mestre, C., & Moro, M.-R. (2012). La question culturelle dans l'adoption internationale. *L'Autre*, *13*(2), 151–159.

Tropp, L., & Wright, S. (2001). Ingroup identification as the inclusion of ingroup in the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(5), 585–600.

Vignoli, E., & Mallet, P. (2004). Validation of a brief measure of adolescents' parent attachment based on Armsden and Greenberg's three-dimension model. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, *54*(4), 251–260.

Westhues, A., & Cohen, J. S. (1998). Ethnic and racial identity of internationally adopted adolescents and young adults: Some issues in relation to children's rights. *Adoption Quarterly*, *1*(4), 33–55.

Whitten, K. L., & Weaver, S. R. (2010). Adoptive Family Relationships and Healthy Adolescent Development: A Risk and Resilience Analysis. *Adoption Quarterly*, *13*(3–4), 209–226.

Yasui, M., Dorham, C. L., & Dishion, T. J. (2004). Ethnic identity and psychological adjustment: A validity analysis for european american and african american adolescents. *Journal of Adolescent Research*, *19*(6), 807–825.

Yip, T., & Fuligni, A. J. (2002). Daily variation in ethnic identity, ethnic behaviors, and psychological well-being among american adolescents chinese descent. *Child Development*, *73*(5), 1557–1572.

Yoon, D. P. (2000). Causal modeling predicting psychological adjustment of korean-born adolescent adoptees. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *3*(3–4), 65–82.

Yoon, D. P. (2004). Intercountry adoption : The importance of ethnic socialization and subjective well-being for korean-born adopted children. *Journal of Ethnic And Cultural Diversity in Social Work*, *13*(2), 71–89.

Tableau I.

Moyennes et Écart-Types des Différentes Mesures
Means and Standard Deviations for the Different Measures

	Moyenne	Écart-type
Proximité		
Culture d'origine	2,75	1,58
Culture d'accueil	6,07	1,28
Identité ethnique		
Exploration	9,71	3,03
Appartenance/Engagement	18,75	4,96
Relation parent-enfant		
Confiance	17,62	2,30
Communication	14,97	3,08
Aliénation	8,33	3,32
CBCL		
Symptômes intériorisés	55,25	10,40
Symptômes extériorisés	50,43	9,51
DIA-R		
Symptômes intériorisés	17,16	8,50
Symptômes extériorisés	8,20	6,22

Tableau II

Pourcentage d'Adolescents selon leur Degré de Proximité à leur Culture d'Origine et à leur Culture d'Accueil
Percentages of Adolescents for each Level of Proximity with their Birth Culture and Adoptive Culture

Degré de proximité	Faible						Forte
	1	2	3	4	5	6	7
Culture d'origine	25	25	23,7	13,2	6,6	2,6	3,9
Culture d'accueil	0	2,6	3,9	6,6	7,9	28,9	50

Tableau III

Corrélations entre Proximité à la Culture d'Origine et à la Culture d'Accueil, Identité Ethnique, Relation Parent-Enfant et Symptômes Intériorisés et Extériorisés
Correlations between Proximity with Birth Culture and Adoptive Culture, Ethnic Identity, Parent-Child Relationship, and Internalizing and Externalizing Symptoms

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Proximité origine	-									
2. Proximité accueil	-0,19	-								
3. Meim – Exploration	0,43**	-0,21	-							
4. Meim – Appartenance	0,28*	-0,19	0,71*	-						
5. IPPA – Confiance	-0,36**	0,02	0,10	0,21	-					
6. IPPA – Communication	-0,17	-0,06	0,16	0,25*	0,69**	-				
7. IPPA – Aliénation	0,17	-0,20	0,03	-0,02	-0,34*	-0,38**	-			
8. CBCL – Intériorisés	0,17	-0,10	0,20	0,14	-0,21	-0,11	0,29*	-		
9. CBCL – Extériorisés	0,24*	0,02	0,12	-0,01	-0,40**	-0,24*	0,38**	0,61**	-	
10. DIA-R – Intériorisés	0,17	-0,10	-0,02	-0,26*	-0,37**	-0,23*	0,50**	0,25*	0,33**	-
11. DIA-R – Extériorisés	0,12	-0,07	-0,11	-0,30**	-0,35**	-0,29*	0,40**	0,20	0,41**	0,65**

Note. MEIM = Multigroup Ethnic Identity Measure; IPPA = Inventory of Parent and Peer Attachment; CBCL = Child Behavior Checklist; DIA-R = Dominic Interactif pour Adolescents-Révisé.
* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau IV

Coefficients et Erreurs Types des Modèles de Médiation
Coefficients and Standard Errors for the Mediation Models

Variables dépendantes	Variables indépendantes	Coefficients non-standardisés	Erreur type	Coefficients standardisés	Valeur *p*
Modèle 1					
Intériorisés (CBCL)	Proximité origine	3,28	4,73	0,11	0,467
	Confiance	-0,76	0,61	-0,17	0,201
Extériorisés (CBCL)	Proximité origine	2,95	4,42	0,11	0,481
	Confiance	-1,51	0,52	-0,37	0,004
Confiance	Proximité origine	-2,44	1,12	-0,36	0,009
Modèle 2					
Intériorisés (DIA-R)	Appartenance/Engagement	-0,33	0,22	-0,19	0,112
	Communication	-0,55	0,35	-0,20	0,114
Extériorisés (DIA-R)	Appartenance/Engagement	-0,33	0,14	-0,26	0,011
	Communication	-0,57	0,28	-0,28	0,027
Communication	Appartenance/Engagement	0,16	0,06	0,25	0,014

Note. CBCL = Child Behavior Checklist; DIA-R = Dominique Interactif Adolescent-Révisé.

Tableau V

Effets Directs, Indirects et Totaux et Intervalles de Confiance Bootstrap des Modèles de Médiation
Direct, Indirect, and Total Effects, and Boostrap Confidence Intervals for the Mediation Models

	Intériorisés			Extériorisés		
	Coefficients Non-standardisés	Coefficients standardisés	Intervalle de confiance 95%	Coefficients Non-standardisés	Coefficients standardisés	Intervalle de confiance 95%
Modèle 1 (Proximité origine → Confiance → CBCL)						
Effet direct	3,28	0,11	[-5,57 ; 12,55]	2,95	0,11	[-5,25 ; 11,81]
Effet indirect	1,85	0,06	[-0,77 ; 6,49]	3,69	0,13	[0,38 ; 9,88]
Effet total	5,12	0,17	[-1,79 ; 12,82]	6,64	0,24	[0,02 ; 13,81]
Modèle 2 (Appartenance/Engagement → Communication → DIA-R)						
Effet direct	-0,33	-0,19	[-0,75 ; 0,12]	-0,33	-0,26	[-0,59 ; -0,04]
Effet indirect	-0,09	-0,05	[-0,26 ; 0,02]	-0,09	-0,07	[-0,22 ; -0,001]
Effet total	-0,41	-0,24	[-0,84 ; 0,03]	-0,42	-0,33	[-0,69 ; -0,12]

Note. CBCL = Child Behavior Checklist; DIA-R = Dominique Interactif Adolescent-révisé. Les intervalles de confiance non-standardisés sont rapportés.

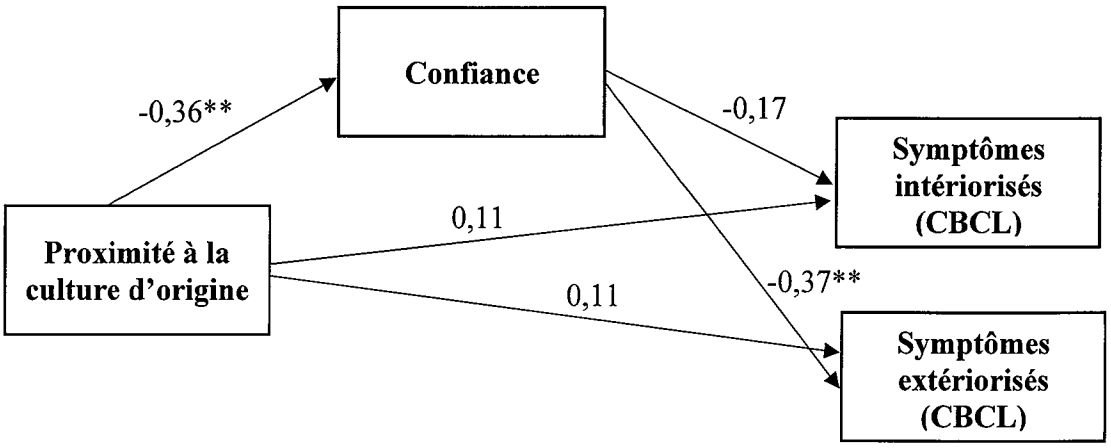


Figure 1. Effet de médiation totale de la confiance sur la relation entre la proximité à la culture d'origine et les symptômes extériorisés évalués par la mère. Les coefficients standardisés sont rapportés.
* $p < .05$. ** $p < .01$.

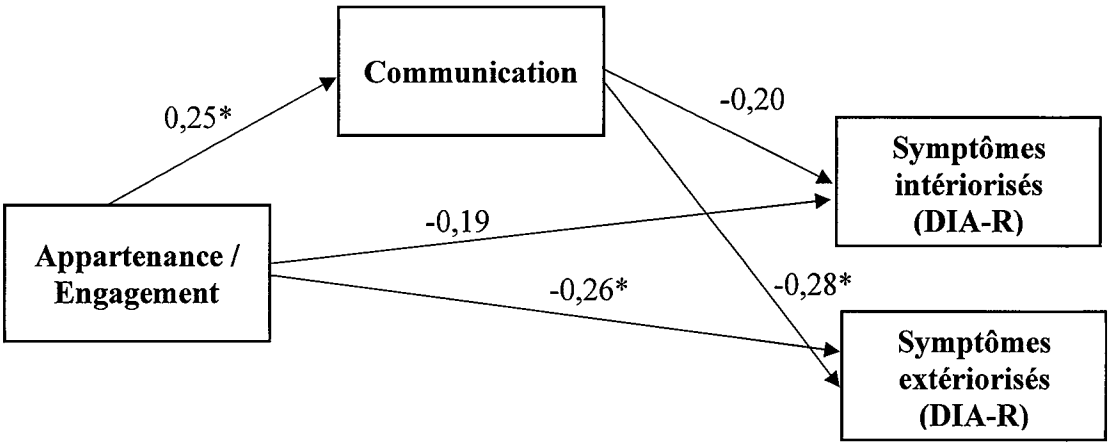


Figure 2. Effet de médiation partielle de la communication parent-enfant sur la relation entre l'appartenance/engagement à la culture d'origine et l'auto-évaluation des symptômes extériorisés. Les coefficients standardisés sont rapportés.
* $p < .05$.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

La présente thèse avait pour objectif de mieux cerner les effets de divers facteurs sur les symptômes intériorisés et extériorisés à l'adolescence d'enfants adoptés à l'étranger. Le premier article s'intéressait, de façon plus spécifique, à l'évolution des symptômes intériorisés et extériorisés des enfants de l'âge scolaire à l'adolescence et à l'influence des facteurs de risque auxquels ils ont été exposés avant l'adoption et du stress parental de leurs mères adoptives. Le deuxième article visait à explorer l'influence de la proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil, de l'identité ethnique et de la perception de la qualité de leur relation avec leurs parents adoptifs sur les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants à l'adolescence.

4.1 Synthèse des principaux résultats

Les enfants rapportent en moins grand nombre des problèmes intériorisés, plus particulièrement des phobies spécifiques, et des troubles d'opposition, à l'adolescence qu'à l'âge scolaire, alors que, selon les mères, ils sont moins nombreux à présenter des problèmes extériorisés, notamment des problèmes d'agressivité, à l'adolescence. L'état de santé des enfants au moment de leur arrivée dans leur famille adoptive, soit un faible rapport poids/taille et la présence de signes d'atteinte neurologique, des indices de malnutrition et de soins inadéquats avant l'adoption, sont associés à leurs symptômes intériorisés et extériorisés à l'adolescence. Le stress parental des mères adoptives à l'âge scolaire et à l'adolescence a, cependant, un effet de médiation sur ces liens.

Le deuxième article met en lumière le rapport complexe des enfants adoptés à l'étranger à leurs origines. Alors que la proximité à la culture d'origine est liée à des scores plus élevés de symptômes extériorisés selon les mères adoptives, l'appartenance/engagement à leur culture d'origine est corrélée à des scores plus faibles de symptômes intériorisés et extériorisés selon l'évaluation des adolescents. La perception des adolescents de leur relation avec leurs parents adoptifs a, toutefois, un effet de médiation sur ces liens.

4.2 Évolution des symptômes intériorisés et extériorisés de l'âge scolaire à l'adolescence

La diminution des symptômes relevée chez les enfants de notre étude de l'âge scolaire à l'adolescence fait écho aux résultats de la méta-analyse de Juffer et Van IJzendoorn (2005) qui inclut surtout des études transversales. Ils vont, toutefois, à l'encontre des résultats de quelques études longitudinales (ex., Hawk & McCall, 2011; Robinson et al., 2015; Sonuga-Barke et al., 2010; Sonuga-Barke et al., 2017; Verhulst, 2000; Verhulst & Versluis-den Bieman, 1995).

Ces divergences peuvent s'expliquer par différents facteurs, tels que l'âge à l'adoption, le pays d'origine et les conditions de vie avant l'adoption. Rappelons que les études longitudinales disponibles portent sur des enfants adoptés de l'ex-Union soviétique et de Roumanie. Beaucoup ont été exposés à des substances tératogènes et ont vécu, avant l'adoption, dans des conditions de grande précarité. Les enfants de notre étude ont été adoptés relativement tôt, soit entre les âges de 4 mois et de 18 mois, et la plupart sont originaires de Chine et d'autres pays d'Asie de l'Est. Les conditions de vie dans les institutions des pays asiatiques sont, généralement, meilleures que celles que l'on trouve dans les orphelinats d'autres pays. Il faut, néanmoins, noter que les enfants

originaires d'Asie adoptés à un âge plus avancé, qui ont donc vécu pendant une longue période dans un environnement appauvri, présentent davantage de problèmes de comportement que ceux adoptés plus tôt (Gunnar, van Dulmen, & Team, 2007).

Le pourcentage d'enfants qui rapportent des troubles intériorisés de niveau clinique/sous-clinique à l'adolescence est inférieur à celui relevé à l'âge scolaire (23,9% vs 40,8%, respectivement). Il faut souligner que, dans la population générale, les symptômes intériorisés tendent à augmenter à l'adolescence, en particulier chez les filles (Bongers, Koot, van der Ende, & Verhulst, 2003). Cette diminution s'explique principalement par la diminution des phobies spécifiques. Les phobies spécifiques étaient plus fréquents chez les enfants de notre étude à l'âge scolaire que chez les enfants d'un groupe de comparaison issus de la population générale (Gagnon-Oosterwaal et al., 2012a).

Les troubles anxieux sont parmis les troubles les plus fréquents durant l'enfance et à l'adolescence (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). Les phobies spécifiques apparaissent généralement avant l'âge de 12 ans et une bonne partie disparait naturellement avec le temps (Wittchen, Lieb, Pfister, & Schuster, 2000), ce qui semble être le cas pour les enfants de notre étude. Le pourcentage d'enfants rapportant des troubles dépressifs est, néanmoins, légèrement plus élevé à l'adolescence qu'à l'âge scolaire (28,2% vs 19,7%), bien que la différence n'atteigne pas le seuil de signification.

Selon les mères, le pourcentage de problèmes intériorisés est sensiblement le même à l'adolescence qu'à l'âge scolaire (36,6 % vs 35,2 %). Divers travaux montrent que les parents ont tendance à sous-estimer l'importance des symptômes intériorisés chez leur enfant, sans doute parce qu'ils sont moins visibles, plus difficiles à détecter que les symptômes extériorisés (ex., Bouvard, Dantzer, & Turgeon, 2007; Karver, 2006; Luby, Belden, Sullivan, & Spitznagel, 2007; Moss et al., 2006). Ce n'est clairement pas le cas des mères adoptives de notre étude. Alors que 23,9% des adolescents rapportent des

troubles intériorisés atteignant le seuil clinique ou proche du seuil clinique, 36% des mères adoptives en rapportent chez leur enfant à l'adolescence. Les caractéristiques particulières des parents adoptifs pourraient expliquer ce résultat. Les parents adoptifs sont souvent plus sensibles et plus attentifs aux problèmes de leur enfant que les parents de la population générale (Miller, 2005). Les parents adoptifs peuvent avoir une meilleure capacité à saisir les problèmes de leur enfant mais il est aussi possible qu'ils en surestiment la gravité, ce qui pourrait être lié à leur degré de stress parental.

Les parents adoptifs sont soumis à un long processus de sélection avant l'adoption et ils sont bien informés des difficultés potentielles que pourrait connaître leur enfant. Ils peuvent ainsi manifester une sensibilité marquée aux signes les plus subtiles de trouble intériorisé de leur enfant, au point parfois d'en exagérer l'importance. Il est important de mentionner que l'évaluation des symptômes intériorisés et extériorisés faite par les mères adoptives rend compte du regard qu'elles portent sur leur enfant et ne reflète pas nécessairement les difficultés réelles de l'enfant.

En ce qui a trait aux troubles extériorisés, un plus faible pourcentage d'enfants en présente à l'adolescence qu'à l'âge scolaire selon l'évaluation des mères (12,7% vs 25,4%). On observe la même tendance dans les évaluations des enfants, soit 18,3% à l'adolescence et 28,3% à l'âge scolaire, mais la différence n'atteint pas le seuil de signification. Un examen des troubles spécifiques indique que, selon les mères, un plus faible pourcentage d'enfants présente des comportements agressifs à l'adolescence qu'à l'âge scolaire alors que les enfants rapportent moins de troubles d'opposition avec l'âge. Cette évolution des troubles extériorisés est semblable à celle observée dans la population générale. Les comportements agressifs et oppositionnels tendant à diminuer avec l'âge (Maughan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer, 2004).

4.3 Conditions de vie avant l'adoption et problèmes de comportement

La très grande majorité des enfants de notre étude présentaient des retards de développement et d'importants problèmes de santé à leur arrivée dans leur famille adoptive (Pomerleau et al., 2005). De tels problèmes sont fréquents chez les enfants adoptés à l'étranger et sont liés à leurs conditions de vie avant l'adoption (ex., Chicoine, Germain, & Lemieux, 2003; Gunnar, 2001; Johnson, 2000). De nombreuses études ont démontré que ces expériences précoces peuvent avoir des répercussions sur le développement et le fonctionnement des enfants, même plusieurs années suivant l'adoption (Gunnar, 2001; Johnson, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2006; O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney, & Kreppner, 2000). Nos résultats montrent que certaines des mesures recueillies à l'arrivée des enfants dans leur famille adoptive sont toujours corrélées à leurs symptômes intériorisés et extériorisés à l'adolescence.

Des signes d'atteinte neurologique, un petit périmètre crânien (un indice de malnutrition et de sous-stimulation) et un retard du développement psychomoteur à l'arrivée sont associés aux problèmes de comportement que rapportent les mères alors qu'un faible rapport poids/taille à l'arrivée (également un indice de malnutrition) est lié aux problèmes de comportement que rapportent les adolescents. Les signes d'atteinte neurologique, qui incluent le syndrome d'alcoolisation fœtale, l'hémiparésie, l'épilepsie, le déficit moteur cérébral et les maladies organiques avec atteintes neurologiques, indiquent généralement la présence d'un dysfonctionnement cérébral résultant de conditions de développement inadéquates (Chicoine et al., 2003; Samour & King, 2005). Bien que significatives, les corrélations entre ces mesures et les symptômes intériorisés et extériorisés que rapportent les mères et les adolescents sont faibles. De plus, les corrélations obtenues diffèrent selon que les évaluations proviennent des mères ou des adolescents. Ces résultats suggèrent que d'autres facteurs pourraient avoir une influence plus marquée sur les problèmes de comportement des

adolescents. En effet, les études récentes montrent que les facteurs post-adoption gagnent de l'importance avec le temps. C'est dans cette perspective que nous nous sommes attardées à l'influence du stress parental des parents adoptifs.

4.4 Facteurs de risque à l'adoption, stress parental et problèmes de comportement à l'adolescence

Peu de mères adoptives présentent un degré de stress de niveau clinique dans notre étude. Seulement six mères présentent un degré de stress parental lié aux caractéristiques de l'enfant de niveau clinique à l'âge scolaire et sept mères à l'adolescence. Plusieurs recherches ont relevé un degré de stress parental plutôt faible chez les parents ayant adopté un enfant à l'étranger. Comme nous l'avons déjà souligné, les caractéristiques particulières des parents adoptifs, ils sont souvent plus âgés, plus scolarisés et mieux nantis que les parents biologiques, peuvent expliquer ces résultats. Les parents adoptifs semblent, en outre, mieux préparés à la parentalité en raison du long et exigeant processus de sélection en vue pour l'adoption et de l'accompagnement reçu jusqu'à l'arrivée de l'enfant et, parfois, après son arrivée.

Il faut, par ailleurs, noter que l'instrument de mesure utilisé dans la présente étude se fonde sur une conceptualisation du stress parental qui ne permet pas de tenir compte de l'expérience spécifique de la parentalité adoptive. Les professionnels de l'adoption ont identifié des défis spécifiques à l'adoption que les parents rencontrent à chaque stade développemental qui peuvent être des sources de stress (Brodzinsky, 1987; Brodzinsky & Pinderhughes, 2002). Il est possible qu'une évaluation plus spécifique du stress parental lié à l'adoption révèle un degré de stress plus élevé.

Bien que le degré de stress parental soit relativement faible chez les mères de notre étude, comme chez beaucoup d'autres parents adoptifs (ex., Ceballo, Lansford, Abbey, & Stewart, 2004; Palacios & Sánchez-Sandoval, 2006), les problèmes que présentait leur enfant au moment de l'adoption semblent accroître leur degré de stress parental. D'autres travaux font état de résultats semblables (ex., Viana & Welsh, 2010; McGlone, Santos, Kazama, Fong, & Mueller, 2002). Un retard du développement cognitif à l'arrivée des enfants dans leur famille adoptive, un faible rapport poids/taille, des signes d'atteinte neurologique et un âge plus avancé à l'arrivée sont positivement corrélés au stress parental des mères à l'âge scolaire. Par contre, le stress parental des mères à l'adolescence n'est plus lié à l'état de leur enfant à son arrivée. Il semble ainsi que l'état des enfants à l'arrivée dans leur famille adoptive continue de susciter des inquiétudes chez les parents jusqu'à l'âge scolaire, mais que cette inquiétude se dissipe avec l'âge.

D'autres sources de stress parental semblent donc en jeu à l'adolescence. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, l'adolescence est une période de distanciation de l'enfant à l'égard de ses figures d'attachement alors que s'accroît l'importance accordée à ses pairs. Pour les parents, cette distanciation peut être source d'inquiétudes et être vécue comme un rejet. Pour le parent adoptif, ce sentiment de rejet peut s'accompagner d'une inquiétude que l'enfant désire retrouver ses parents biologiques.

Rappelons que le stress parental des mères à l'âge scolaire et leur stress parental à l'adolescence sont tous deux liés aux symptômes intériorisés et extériorisés qu'elles rapportent chez leur enfant à l'adolescence alors que seul le stress parental à l'adolescence est lié aux évaluations des adolescents. C'est donc le stress parental proximal qui semble avoir le plus d'influence sur l'adolescent.

Notons qu'une quarantaine de pères ont participé à l'étude. Des analyses complémentaires révèlent que leur degré de stress lié aux caractéristiques de l'enfant

est similaire à celui des mères adoptives (M = 78,50 vs 77,99). Comme pour les mères, le stress parental des pères à l'adolescence est lié à leur évaluation des symptômes intériorisés et extériorisés de leur enfant (r = 0,41 et 0,75 ; p < 0,01). Or, le stress parental des pères n'est pas lié aux évaluations que font les adolescents de leurs symptômes intériorisés et extériorisés (r = 0,16 et 0,22) alors que le stress parental de leur mère l'est. Ceci suggère que les adolescents sont plus affectés par le stress parental de leur mère que par celui de leur père, ce qui s'explique sans doute par leur degré de proximité. Il serait intéressant, dans des recherches futures, d'inclure le point de vue des pères adoptifs et d'évaluer de façon plus approfondie la qualité de leur relation avec leur enfant et son influence sur l'enfant.

4.4.1 Effet médiateur du stress parental des mères

Afin de mieux cerner l'influence des milieux dans lesquels ont évolué les enfants avant et après l'adoption sur leurs symptômes intériorisés et extériorisés à l'adolescence, nous avons examiné l'effet médiateur du stress parental. Les résultats des analyses confirment que les liens entre l'état des enfants à leur arrivée et leurs symptômes de troubles intériorisés et extériorisés à l'adolescence sont, en partie, indirects.

La présence de signes d'atteinte neurologique à l'arrivée est liée à un degré de stress parental plus élevé chez les mères à l'âge scolaire. Les difficultés associées aux atteintes neurologiques sont nombreuses et bien documentées et on peut aisément comprendre qu'elles suscitent de vives inquiétudes chez les parents et, peut-être, aussi, des comportements surprotecteurs à l'égard de l'enfant. On trouve davantage de pratiques parentales contrôlantes et de comportements de surprotection chez les parents ayant adopté à l'étranger que chez d'autres parents adoptifs (Levy-Shiff et al., 1997). Ces comportements parentaux sont en général associés à des problèmes de

comportement chez l'enfant durant l'enfance (McLeod et al., 2007; Rapee, 1997). Le stress parental des mères à l'âge scolaire semble se répercuter sur leur stress parental à l'adolescence, puis sur leur évaluation des symptômes intériorisés et extériorisés de leur enfant à l'adolescence. Le stress parental à l'âge scolaire puis à l'adolescence a un effet de médiation séquentiel sur la relation entre les signes d'atteinte neurologique des enfants à l'arrivée dans leur famille adoptive et leurs problèmes de comportement à l'adolescence. La médiation est partielle pour ce qui est des symptômes intériorisés et complète dans le cas des symptômes extériorisés.

Ainsi, lorsque le stress parental des mères est inclus dans le modèle de médiation, l'effet direct des signes d'atteinte neurologique sur les symptômes intériorisés demeure significatif, tout comme leur effet indirect. L'effet des signes d'atteinte neurologique s'explique, donc, en partie, par le stress parental qui agit comme un mécanisme de transmission. L'effet des signes d'atteinte neurologique sur les symptômes extériorisés s'explique, par contre, complètement par le stress parental puisque l'effet direct n'est plus significatif lorsque le stress parental est inclus dans le modèle de médiation. Il reste à mieux comprendre les facteurs et mécanismes qui contribuent au maintien du stress parental des mères de l'âge scolaire à l'adolescence mais son effet sur les évaluations que font les mères des problèmes de comportement de leur enfant apparaît clairement.

Le même effet de médiation se retrouve pour les évaluations provenant des adolescents. Le stress parental des mères à l'âge scolaire et à l'adolescence a un effet de médiation séquentiel sur la relation entre un faible rapport poids/taille à l'arrivée et l'évaluation que font les enfants de leurs symptômes à l'adolescence. Un faible rapport poids/taille, un indice de malnutrition, est ainsi lié à un degré de stress parental plus élevé chez les mères à l'âge scolaire qui semble se répercuter sur leur stress parental à l'adolescence et contribuer à accroître les symptômes intériorisés et extériorisés que rapportent les adolescents. Le rapport poids/taille a donc un effet sur l'auto-évaluation des

symptômes à l'adolescence via le stress parental des mères adoptives. Le stress parental n'a donc pas seulement une influence sur la perception qu'ont les mères des symptômes intériorisés et extériorisés de leur enfant, mais aussi sur les évaluations qu'en font les adolescents. Le stress parental des mères pourrait affecter leurs comportements avec leur adolescent et, ainsi, tout son fonctionnement.

Il semble ainsi que le milieu familial dans lequel évoluent les enfants après l'adoption ait davantage d'influence sur leurs symptômes à l'adolescence que les facteurs de risque auxquels ils ont été exposés avant l'adoption bien que leur influence soit toujours, en partie, présente. Ces résultats confirment ceux d'autres études qui ont montré que le pouvoir prédictif des facteurs préadoption s'atténue avec l'âge (Tan, Camras, & Kim, 2016; Tan, Rice, & Mahoney, 2015) alors que les facteurs post-adoption gagnent en importance (McGuinness & Pallansch, 2007).

4.5 Proximité à la culture d'origine et à la culture d'accueil, identité ethnique et problèmes de comportement à l'adolescence

Afin de mieux cerner les liens entre les problèmes de comportement à l'adolescence des enfants adoptés à l'étranger, leurs rapports à leurs origines et la qualité de la relation avec leurs parents adoptifs, nous avons, dans un premier temps, examiné les liens entre leur proximité à leur culture d'origine et à leur culture d'accueil, les composantes de leur identité ethnique, soit l'exploration et l'appartenance/engagement à l'égard de la culture d'origine, et leurs symptômes intériorisés et extériorisés à l'adolescence.

Le score moyen de proximité à la culture d'origine est de 2,75 alors que le score de proximité à la culture d'accueil est de 6,07. La plus forte inclusion de la culture québécoise dans le soi de l'adolescent adopté n'est pas surprenante puisque ces enfants

ont grandi dans une famille québécoise depuis leur jeune âge. Ces résultats corroborent ceux de l'étude qualitative de Boivin et Hassan (2015b) qui montrent que les adolescents adoptés à l'étranger s'identifient principalement à leur culture d'accueil. Malgré les efforts des parents adoptifs pour transmettre certaines éléments de la culture d'origine à leur enfant, ceux-ci sont bien souvent «folkloriques» puisqu'ils sont eux-mêmes étrangers à cette culture (Ouellette & Méthot, 2003). Il est aussi possible que le sentiment de faible proximité à leur culture d'origine soit l'expression du désir profond des adolescents de ressembler à leurs pairs non-adoptés, d'appartenir à leur famille adoptive et de maintenir une affiliation forte malgré la différence physique et leur statut d'adopté. La proximité à la culture d'accueil n'est, cependant, pas corrélée à leurs symptômes intériorisés et extériorisés alors que la relation à la culture d'origine l'est.

Une forte proximité à la culture d'origine est liée à un score plus élevé de symptômes extériorisés selon l'évaluation des mères alors qu'un fort sentiment d'appartenance/engagement à la culture d'origine est lié à de plus faibles scores de symptômes intériorisés et extériorisés selon les évaluations des adolescents. Cette relation inverse peut surprendre, mais quelques hypothèses peuvent être proposées pour l'expliquer.

Il est possible que la proximité à la culture d'origine suscite des inquiétudes chez les parents adoptifs et affecte leur perception des problèmes de leur enfant. Bien que les parents adoptifs manifestent souvent le désir de reconnaître l'origine ethnoculturelle de leur enfant, l'image de cohésion familiale qu'ils aimeraient présenter peut aussi en être ébranlée (Ouellette & Méthot, 2003). Il est aussi possible qu'une forte proximité à la culture d'origine soit, dans certains cas, un indice de rejet de la culture d'accueil et de la famille adoptive ou qu'elle soit interprétée de cette façon par les parents.

Rappelons, par ailleurs, que la proximité à la culture d'origine est évaluée à l'aide de diagrammes de Venne, une mesure concise de l'inclusion de la culture dans le soi. Elle

ne rend pas compte du degré d'aisance de l'individu avec ses origines. La composante appartenance/engagement de l'identité ethnique mesurée à l'aide du MEIM (Phinney, 1992) permet d'évaluer la satisfaction de l'enfant adopté face à sa culture d'origine et rend compte de son intégration au sein de son identité. Une étude a montré que les parents d'enfants adoptés sont en mesure de prédire l'intérêt de leur enfant envers sa culture d'origine, mais ne parviennent pas à prédire son identification à sa culture d'origine mesurée à l'aide du MEIM (Scherman & Harré, 2010). Les auteurs proposent que l'identité ethnique est un construit plus complexe et subjectif, ce qui pourrait, en partie, expliquer l'absence de lien avec les évaluations des symptômes intériorisés et extériorisés que font les mères de notre étude.

L'impact positif d'une forte identité ethnique sur le bien-être psychologique est bien documenté dans la population générale (ex., Greene et al., 2006; Phinney et al., 1997; Roberts et al., 1999; Yasui et al., 2004; Yip & Fuligni, 2002), ce qui semble également le cas pour notre échantillon d'adolescents adoptés à l'étranger. Les corrélations entre identité ethnique et symptômes intériorisés et extériorisés sont toutefois faibles, ce qui laisse croire que d'autres facteurs ont une influence plus marquée sur ces symptômes à l'adolescence. Nous nous sommes ainsi attardées à la qualité de la relation parent-enfant.

4.6 Rapport aux origines, relation parent-enfant et symptômes intériorisés et extériorisés

Lorsque l'on tient compte de la qualité de la relation des enfants avec leurs parents adoptifs, l'effet de la culture d'origine sur leurs symptômes à l'adolescence est, en partie, indirect. La perception qu'ont les adolescents adoptés de la confiance de leurs

parents à leur endroit et de la qualité de la communication avec leurs parents semble déterminante.

Les trois composantes de la qualité de la relation parent-enfant, soit la confiance, la communication et l'aliénation, sont liées aux symptômes intériorisés et extériorisés des adolescents selon les évaluations de leurs mères adoptives et celles des adolescents. De nombreux travaux montrent que la qualité de la relation parent-enfant est associée au bien-être psychologique de l'enfant, même à l'adolescence (e.x., Armsden & Greenberg, 1987; Laible, Carlo, & Raffaelli, 2000; Steinberg, 2001). La qualité de la relation avec leurs parents adoptifs serait d'autant plus importante pour les enfants adoptés que leur lien d'attachement peut être fragilisé en raison de leur expérience précoce d'abandon (van IJzendoorn & Juffer, 2006).

La nature corrélationnelle de notre devis de recherche ne nous permet, cependant, pas d'établir de liens de causalité entre la qualité de la relation parent-enfant et les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant. Alors que la qualité de la relation parent-enfant peut influencer la santé mentale de l'adolescent, des problèmes de santé mentale peuvent également affecter la perception qu'a l'adolescent de sa relation avec ses parents. Dans leur étude longitudinale, Branje, Hale, Frijns, et Meeus (2010) rapportent que les liens entre les symptômes dépressifs des adolescents et leur perception de leur relation avec leurs parents sont bidirectionnels.

Il est ainsi possible qu'un enfant qui doute de la confiance de ses parents à son endroit se sente étranger au sein de sa famille et soit plus enclin à se tourner vers sa culture d'origine. Il est aussi possible qu'un parent adoptif ait plus de difficulté à accepter les sentiments, le point de vue et les questionnements de son enfant lorsque celui-ci se sent proche de sa culture d'origine. Par ailleurs, comme l'ont montré divers travaux, un enfant dont le parent nie la différence sera moins porté à exprimer sa curiosité à l'égard de ses origines par crainte de menacer l'équilibre familial (Brodzinsky &

Pinderhughes, 2002). En contrepartie, les parents plus ouverts au désir d'exploration de leur enfant et à la discussion pourraient ainsi lui permettre de s'interroger sur ses origines, de s'y identifier et d'en être fier. L'adolescent qui a un sens clair de ses origines et qui en est fier pourrait également se montrer plus ouvert à la discussion avec ses parents.

Revenons au processus de séparation-individuation propre à l'adolescence qui se manifeste par une distanciation des parents afin de construire son identité et développer son autonomie. Les questionnements sur leurs origines peuvent s'inscrire à l'intérieur de ce processus de distanciation chez les enfants adoptés. Ce processus implique un déséquilibre dans la relation parent-enfant et la dyade doit renégocier un nouvel équilibre. Le parent se retrouve ainsi face au défi d'accepter le mouvement de distanciation de son enfant sans se sentir menacé. Pour les parents adoptifs, cela peut engendrer davantage d'inquiétudes liées à la spécificité de leur parentalité. Ils peuvent s'inquiéter de l'intérêt de leur enfant face à ses origines et craindre que ses questionnements soient l'expression d'une souffrance. D'autres parents peuvent percevoir l'identification de leur enfant à leur culture d'origine comme une manifestation de rejet. De son côté, dans son processus de séparation-individuation, l'adolescent adopté peut utiliser l'adoption et ses origines pour mettre à distance son parent sans pour autant le rejeter. Le rapport aux origines pourrait donc être fortement teinté par la qualité du lien parent-enfant.

4.6.1 Effet médiateur de la qualité de la relation parent-enfant

Pour mieux comprendre les liens entre la relation parent-enfant, le rapport aux origines et les symptômes intériorisés et extériorisés à l'adolescence, l'effet médiateur de la

qualité de la relation parent-enfant a été examiné. Les résultats obtenus confirment l'effet de médiation de la relation parent-enfant.

La perception qu'ont les adolescents de la confiance de leurs parents à leur endroit a un effet de médiation complet sur le lien entre la proximité à la culture d'origine et les symptômes extériorisés que rapportent les mères chez leur enfant. Plus la proximité à la culture d'origine est forte, moins le lien de confiance est bon, plus la mère rapporte de symptômes extériorisés chez son enfant. Le lien de confiance avec leurs parents adoptifs, tel que le perçoivent les adolescents, apparaît donc déterminant. L'effet de la proximité à la culture d'origine sur les symptômes extériorisés que rapportent les mères chez leur enfant n'est plus significatif lorsque ce lien de confiance est inclus dans le modèle de médiation.

La qualité de la communication avec leurs parents, telle que la perçoivent les adolescents, a, par ailleurs, un effet de médiation partiel sur le lien entre le sentiment d'appartenance/engagement des adolescents à l'égard de leur culture d'origine et les symptômes extériorisés qu'ils rapportent. Plus l'adolescent sent une forte appartenance à sa culture d'origine, meilleure est la communication avec ses parents et moins il rapporte de symptômes extériorisés. L'effet d'un fort sentiment d'appartenance à la culture d'origine sur les symptômes extériorisés s'explique, en partie, par la qualité de la communication parent-enfant.

En somme, les résultats de ces modèles de médiation confirment que la qualité du lien entre parent et enfant explique une bonne partie de l'effet du rapport aux origines sur le bien-être psychologique à l'adolescence de l'enfant adopté à l'étranger.

D'autres études ont souligné l'importance de la qualité de la relation parent-enfant pour l'adaptation de l'enfant adopté (Harwood, Feng, & Yu, 2013; Whitten & Weaver,

2010). Nos résultats soulignent également ses liens étroits avec la construction identitaire à l'adolescence.

4.7 Forces de l'étude

L'une des principales forces de la présente étude est son devis longitudinal qui a permis d'examiner l'évolution des symptômes intériorisés et extériorisés des enfants de la période scolaire à l'adolescence ainsi que différents facteurs liés aux milieux de vie des enfants avant et après leur adoption.

Le recours à diverses mesures de l'état de santé et du niveau de développement des enfants au moment de leur arrivée dans leur famille adoptive comme indices de leurs conditions de vie avant l'adoption constitue également une force. Dans la plupart des études, l'âge à l'arrivée est utilisé comme seule mesure des conditions de vie des enfants avant l'adoption. Cette mesure rend bien compte de la durée des privations, mais non de leur ampleur ou de leur gravité. Or, les conditions de vie en orphelinat varient beaucoup selon la région ou le pays d'origine ou, même, d'un orphelinat à l'autre au sein d'un même pays (Merz & McCall, 2010). Les données recueillies dans la présente étude permettent d'avoir une vision plus juste de la réalité des enfants avant leur adoption.

L'originalité de l'étude tient également à l'utilisation d'évaluations des symptômes intériorisés et extériorisés provenant des parents et des enfants eux-mêmes à chacun des temps de mesure. Il n'existe pas de critères étalon pour évaluer ces symptômes et que l'on reconnaît de plus en plus l'importance d'utiliser plus d'une source d'information (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Bergeron et al., 2010; Costello, Egger, & Angold, 2005; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Jensen et al., 1999).

Nos résultats confirment, de plus, l'importance de tenir compte du point de vue des parents et des adolescents puisque les associations entre le rapport aux origines et les problèmes de comportements diffèrent selon que les évaluations proviennent des parents ou des enfants. De plus, l'importance accordée au stress parental des parents adoptifs à l'adolescence est novatrice étant donné l'absence d'études sur cette période. Bien que l'enfant cherche à se distancer de ses parents à l'adolescence, le stress parental des mères adoptives a une influence significative sur leur adaptation.

Tel que l'ont montré des recensions récentes, les liens entre identité ethnique et adaptation des enfants adoptés n'est pas clair (Benoit, Harf, Skandrani, & Moro, 2015; Boivin & Hassan, 2015; Castle, Knight, & Watters, 2011). Nos résultats montrent que la diversité des mesures liés à l'identité utilisées peut, en partie, expliquer ces divergences. La provenance des mesures d'adaptation utilisées peut aussi être en cause. La proximité à la culture d'origine est liée à davantage de symptômes selon les mères adoptives, alors que le sentiment d'appartenance et de fierté face aux origines est lié à moins de symptômes selon les adolescents eux-mêmes. Mais nos résultats suggèrent également que la qualité du lien avec les parents adoptifs pourrait expliquer une grande partie des divergences relevées dans les études. Rappelons, par ailleurs, que plusieurs des études antérieures se limitaient à une évaluation de l'estime de soi ou du concept de soi des adolescents comme mesure de leur adaptation (Harf et al., 2015). À notre connaissance, la présente étude est la première à faire une évaluation complète des symptômes intériorisés et extériorisés des adolescents adoptés à l'étranger et à les mettre en lien avec leur identité ethnique et la qualité de la relation parent-enfant.

4.8 Limites de l'étude et recherches futures

Une limite de la présente thèse consiste en l'impossibilité de généraliser nos résultats à l'ensemble des enfants adoptés. Notre échantillon est composé d'enfants adoptés à un âge relativement jeune (entre 4 mois et 18 mois) et majoritairement d'Asie (plus de 80%). Les conditions de vie peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre et d'un orphelinat à l'autre et leur impact peut également varier de façon importante selon le temps passé en institution (Gunnar et al., 2007; Merz & McCall, 2010). La petite taille de l'échantillon vient également limiter la puissance statistique et la généralisation de nos résultats. Néanmoins, notre échantillon est représentatif des enfants adoptés à l'étranger par des familles québécoises à la fin des années 90.

Le petit nombre de pères ayant participé à l'étude ($n = 41$) nous a amené à les exclure de la présente étude. Néanmoins, des analyses complémentaires nous ont permis de constater qu'ils sont en accord avec les mères adoptives lorsqu'il s'agit d'évaluer les difficultés de leur enfant. Ils présentent également un degré de stress parental semblable à celui des mères. Il serait pertinent dans de futures études d'examiner plus en profondeur l'impact que peuvent avoir les pères sur l'adaptation des enfants adoptés.

D'autre part, le rapport aux origines peut être différent pour des enfants ayant vécu plus longuement dans leur pays d'origine. Le pays d'origine et la visibilité de l'adoption pourraient aussi influencer le rapport aux origines. Plusieurs études rapportent que les adoptés interraciaux sont plus susceptibles d'être assimilés à la culture dominante que les adoptés intra-raciaux (Andujo, 1988; Bagley, 1993; Hollingsworth, 1997). Des analyses complémentaires montrent d'ailleurs qu'un pourcentage plus élevé des adolescents de notre échantillon adoptés d'Asie, d'Haïti et de Bolivie, des adoptés que l'on peut qualifier d'interraciaux, se sentent proche de leur culture d'accueil comparativement aux adolescents originaires de Russie qui sont, en proportion, plus

nombreux à se sentir proche de leur culture d'origine. Il est possible que la visibilité de l'adoption puisse venir rappeler le statut d'adopté et fragiliser le lien filiatif incitant ainsi les enfants à se rapprocher de leur culture d'accueil. D'autre part, les parents adoptifs de notre échantillon avait été questionnés sur le choix du pays d'origine. Une grande majorité des parents ayant adopté des enfants de Russie avaient invoqué comme motif de leur choix les caractéristiques physiques similaires aux leurs. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces parents cherchent à minimiser les différences avec leur enfant, ce qui pourrait amener l'enfant à revendiquer son identité d'origine.

L'absence d'évaluation de la qualité de la relation parent-enfant provenant des parents constitue aussi une limite. Leur perception pourrait différer de celle de leur enfant. Des mesures d'observation de la qualité des interactions parent-enfant pourraient aussi s'avérer pertinentes. Avoir le point de vue des parents, en plus de celui des enfants, pourrait permettre d'évaluer leur accord quant à la qualité de la relation et en obtenir un portrait plus complet. Dans une perspective clinique, ce double point de vue pourrait également permettre de mieux cibler les interventions. À propos du lien de confiance entre parent et enfant, on peut se demander, par exemple, si le parent de l'enfant qui doute de la confiance de son parent a véritablement du mal à faire confiance à son enfant.

La présente thèse s'est concentrée principalement sur le milieu familial. Les pairs prennent pourtant une importance considérable à l'adolescence et il serait intéressant d'en étudier l'influence sur le développement identitaire des enfants adoptés à l'étranger. Il est possible que le grand besoin d'appartenance à leur groupe de pairs et le désir de leur ressembler rende complexe l'intégration de l'adoption dans leur identité et se traduise, parfois, par une ambivalence dans leur rapport à leurs origines.

Finalement, une étude qualitative pourrait permettre d'accéder aux représentations complexes du rapport à ses multiples appartenances et de mieux saisir des nuances qui

échappent aux études quantitatives. Des auteures critiquent le concept d'identité ethnique comme étant statique, catégoriel et réducteur de l'identité alors que celle-ci serait plutôt multiple, plurielle et hautement subjective (Harf et al., 2015; Skandrani et al., 2012). Ces auteures proposent plutôt d'étudier l'identité comme un processus dynamique de négociations en perpétuel mouvement. Plutôt que de faire un choix entre sa culture d'origine et sa culture d'accueil, l'adolescent adopté fait face à un processus de métissage. Ce métissage se caractérise par une alternance, une ambiguïté, une oscillation entre deux cultures, deux histoires, deux filiations, deux pays.

4.9 Conclusion et implications cliniques de l'étude

En conclusion, les problèmes de comportement sont moins nombreux à l'adolescence qu'à l'âge scolaire chez les enfants adoptés à l'étranger, ce qui devrait rassurer les parents adoptifs. De plus, les facteurs liés au milieu familial, tels que le stress parental et la qualité de la relation parent-enfant, ont une influence importante sur l'adaptation des enfants à l'adolescence.

Sur le plan clinique, les professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent auprès des familles adoptives devraient être particulièrement attentifs aux inquiétudes que peuvent susciter chez les parents les problèmes de santé de leur enfant à son arrivée dans la famille. Leur permettre d'exprimer leurs préoccupations, les informer, les rassurer pourraient prévenir la persistance du stress parental au cours des années et ses effets sur l'enfant. Plusieurs des problèmes présentés par les enfants au moment de leur adoption peuvent se résorber et les parents doivent en être informés. Compte tenu de la faible association entre les facteurs de risque à l'adoption et le stress parental à l'âge scolaire et l'absence d'association à l'adolescence, il serait pertinent d'évaluer quels

sont les sources de stress des parents, autre que l'état de l'enfant à l'arrivée, en tenant compte des sources de stress spécifiques à la parentalité adoptive.

En ce qui a trait plus particulièrement à l'adolescence, il apparaît essentiel de favoriser la confiance et une meilleure communication entre les parents adoptifs et leur enfant puisque la qualité de la relation parent-enfant a un effet déterminant sur les problèmes de comportement de l'adolescent adopté à l'étranger. Il est aussi essentiel d'apporter un soutien aux parents adoptifs qui se sentent menacés par les questionnements de leur enfant sur ses origines. Une approche transculturelle (Harf et al., 2013) pourrait s'avérer précieuse pour permettre aux parents de mieux accompagner leur enfant dans sa recherche identitaire.

L'approche transculturelle s'appuie sur différents concepts théoriques pouvant être utiles à la réalité adoptive, telle que l'altérité, la filiation, l'affiliation, l'identité culturelle et le métissage. L'intervention familiale peut soutenir à la fois l'enfant dans son désir de parler de ses origines sans se montrer déloyal face à ses parents adoptifs, mais également le parent adoptif dans son ambivalence ou ses difficultés avec l'enfant sans que le lien filial soit menacé (Benoit et al., 2015; Harf et al., 2013). L'importance accordée à la culture dans l'approche transculturelle autorise l'enfant à parler de ses origines en lui montrant que cette discussion est possible et que son parent pourra aussi être soutenu et entendu dans ce que cela lui fait vivre. Mais parler de culture sous-entend également de parler des représentations familiales, de la multiplicité des affiliations de l'enfant, des origines, de déni ou de revendication de l'altérité. L'approche transculturelle permet une « co-construction de sens multiples dissimulés sous la question de la culture » et favorise la discussion autour de ces sujets sensibles (Harf et al., 2013).

En somme, la présente étude montre que le rapport aux origines est complexe et ne doit pas être ignoré. Alors que la majorité des interventions en adoption se concentre

principalement sur la peur de l'abandon et la création d'une relation d'attachement significative avec les parents adoptifs, nous croyons qu'une attention doit également être porté à la construction identitaire des enfants adoptés. Ceux-ci peuvent se retrouver face à un sentiment de vide lié à leurs origines et à une difficulté à se définir, à se construire avec une histoire qu'ils connaissent mal et la crainte, en cherchant à mieux la connaître, de blesser leurs parents adoptifs ou même de découvrir des informations non-souhaitées, douloureuses. La question culturelle dans l'adoption a des implications concrètes quotidiennes dans le lien que l'enfant entretient avec ses parents adoptifs.

ANNEXE A

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le 05 mars 2013

Docteure Céline Bellhumeur
Centre de développement
Étage 2 Bloc 3

OBJET: Titre du projet: État de santé et développement psycho-social d'enfants adoptés à l'étranger depuis leur arrivée au Québec jusqu'en début de scolarisation - PHASE II

No. de projet: 2154

Responsable(s) du projet: Céline Bellhumeur M.D., Jean-François Chicoine, M.D., Gloria Jelio, M.D., Louise Corneau, Ph.D., Marie-Noëe Lapointe, étudiante à la maîtrise, Andrée Pomerleau, Ph.D. et Gérard Malcuit, Ph.D.

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université de Montréal

Chère Docteure,

Votre projet cité en rubrique a été renouvelé et votre amendement a été accepté par le comité d'éthique de la recherche en date du 04 mars 2013. Vous trouverez ci-joint la liste des documents approuvés ainsi que votre formulaire d'information et de consentement estampillé dont nous vous prions de vous servir d'une copie pour distribution.

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réexaminés annuellement et la durée de l'approbation de votre projet sera effective du **04 mars 2013 au 04 mars 2014**. Notez qu'il est de votre responsabilité de soumettre une demande au Comité pour le renouvellement de votre projet avant la date d'expiration mentionnée. Il est également de votre responsabilité d'aviser le Comité de toute modification à votre projet ainsi que de tout effet secondaire survenu dans le cadre de la présente étude.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la continuité de votre projet et vous prions de recevoir nos meilleures salutations.

Patrick A. Gagnagnon, éthicien
Responsable du suivi annuel du Comité d'éthique de la recherche

PG/gg

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université de Montréal

Liste des documents approuvés par le CÉR

Titre du projet:
État de santé et développement psycho-social d'enfants adoptés à l'étranger depuis leur arrivée au Québec jusqu'en début de scolarisation - PHASE II

No. de dossier: 2154

Date de réapprobation : lundi 04 mars 2013

Responsables du projet: BELHUMEUR CÉLINE M.D., Jean-François Chicoine, M. D., Gloria Jeliu, M.D., Louise Cossette, Ph.D., Marie-Noée Lapointe, étudiante à la maîtrise, Andrée Pomerleau, Ph.D. et Gérard Malcuit, Ph.D.

Liste:

- Protocole de recherche amendé, non daté et approuvé le 04 mars 2013

- Formulaire d'information et de consentement daté du 19 février 2013

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013
(Renseignements généraux)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013
(Questionnaire médical - Fille)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013
(Questionnaire médical - Garçon)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013
(IPPA)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013
(PAO)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013
(SEI)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013
(MIE)

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013 (MC)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013 (MCP - SR)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013 (ISPA)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013 (Questionnaire réseau social)

- Questionnaire non daté, approuvé le 04 mars 2013 (Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans)

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université de Montréal

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

1. Titre de l'étude :

PHASE III - État de santé et développement psychosocial d'enfants adoptés à l'étranger depuis leur arrivée au Québec jusqu'à l'adolescence

2. Nom des chercheurs : Dr Céline Bellhumeur
Dr Jean-François Chicoine
CHU Sainte-Justine

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Pour l'amour des enfants

Université de Montréal

Nom des collaborateurs :
Dre Louise Cossette
Dre Chantal Cyr
Dr Gérard Malcuit
Dre Andrée Pomerleau
Cybèle Beauvais-Dubois, étudiante de doctorat
Catherine Smith, étudiante de doctorat
Université du Québec à Montréal

Dre Gloria Jéliu

Dre Nicole Smolla
Hôpital Rivière-des-prairies

3. Invitation à participer à un projet de recherche

Dans le but de mieux connaître l'état de santé et le développement des enfants nés à l'étranger et adoptés au Québec, votre collaboration et celle de votre enfant seraient grandement appréciées. Votre participation à l'étude apportera un éclairage précieux sur le développement des enfants de l'adoption internationale.

4. Quelle est la nature de ce projet

Vous avez participé aux deux premières phases de ce projet qui s'est terminé lorsque votre enfant avait atteint l'âge scolaire. Nous désirons maintenant procéder à la phase III du projet qui consiste à évaluer l'état de santé et le développement psychosocial de votre enfant à l'adolescence. Nous souhaitons pour cela vous rencontrer à deux moments : à la Clinique de Pédiatrie Internationale de l'Hôpital Ste-Justine (CPI) ainsi qu'au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

5. Comment se déroulera le projet

Les rencontres à la CPI ont pour but d'obtenir de l'information sur l'état de santé de votre enfant. Cette rencontre dure environ 50 minutes. L'évaluation médicale effectuée par le pédiatre de la clinique permettra d'apprécier la croissance et l'état de santé de votre enfant. Le pédiatre complètera un questionnaire lui permettant de colliger les informations au dossier médical. Il procédera comme lors des visites antérieures à un examen physique. Chaque enfant bénéficiera d'un suivi approprié à ses besoins.

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5

Le deuxième volet de cette recherche porte plus précisément sur le développement psychosocial de votre enfant. Cette visite dure environ 1 h 30 et se tient au département de psychologie de l'UQAM. Au cours de cette rencontre, vous et votre enfant devrez compléter divers questionnaires. Une courte période (15 minutes) d'interaction entre vous et votre enfant sera ensuite filmée pour nous permettre d'en faire une analyse plus détaillée ultérieurement.

Questionnaires aux parents

Le **questionnaire de renseignement général** permet de recueillir de l'information sur les caractéristiques de votre famille, telles que le statut civil, le revenu familial, le nombre d'enfants, etc. ainsi que les événements survenus depuis la phase II de l'étude.

L'indice de stress pour les parents d'adolescents est un questionnaire qui sert à évaluer le degré de stress ressenti par chacun des parents dans sa relation avec l'enfant et dans son rôle de parent. Le père et la mère le complète de façon indépendante.

Le **Arizona Social Support Interview Schedule** (ASSIS) sert à évaluer votre réseau social et le soutien que vous recevez de votre entourage.

01 MAI 2013

Le **ASEBA** permet d'évaluer les problèmes de comportement de votre enfant.

Le **Questionnaire de maintien culturel** sert à évaluer vos pratiques de maintien et de valorisation de la culture d'origine de votre enfant.

Test et questionnaires aux enfants

Le **Dominique interactif adolescent** se présente sous forme d'un jeu sur ordinateur. Il sert à dépister les difficultés que peuvent éprouver les adolescents telles que les symptômes d'anxiété, de phobie, de dépression, les problèmes de conduite, etc. Il permet aussi d'identifier ses forces et ses compétences telles que son sentiment de sécurité, sa capacité d'obtenir de l'aide, etc.

La **sous-échelle Mémoire de travail du WISC-IV**, une mesure d'aptitudes cognitives, sera utilisée afin d'évaluer les capacités de votre enfant.

Le **Questionnaire de maintien culturel** sert à évaluer les pratiques de maintien ou de valorisation de sa culture d'origine de votre enfant et la **Mesure de l'identité ethnique et le Questionnaire de Proximité avec la culture d'accueil et la culture d'origine,** ses sentiments à l'égard de ses cultures d'accueil et d'origine.

L'Inventaire de l'estime de soi de Coopersmith et l'Échelle corporelle du Profil des perceptions de soi à l'adolescence seront utilisés afin de mesurer les perceptions de soi dans divers domaines : scolaire, social, familial, apparence physique.

L'Inventaire d'attachement aux parents et aux pairs sert à mesurer la perception de sa relation avec sa mère, son père et ses amis.

De plus, au cours de la visite l'université, vous serez invités à discuter pendant environ 15 minutes avec votre enfant d'un sujet qui suscite parfois des désaccords entre vous. La discussion sera enregistrée en vidéo ce qui permettra d'en faire l'analyse.

6. Quels sont les avantages et bénéfices

Vous et votre enfant profitez du soutien d'une équipe spécialisée en développement de l'enfant et en médecine pédiatrique. Vous pouvez également bénéficier d'un soutien et de références appropriés pour les problèmes qui pourraient être éventuellement identifiés.

Le projet permet de mieux comprendre le développement des enfants adoptés à l'international, les difficultés rencontrées et les facteurs qui peuvent favoriser le développement de la petite enfance à l'adolescence. Ces connaissances permettront d'apporter un meilleur soutien aux familles adoptives et aux professionnels des réseaux de la santé et des services sociaux qu'elles consultent. Elles pourront alors bénéficier de programmes d'intervention plus appropriés. De plus les connaissances acquises permettront d'informer adéquatement les parents adoptants avant, pendant et après le processus d'adoption.

7. Quels sont les inconvénients et les risques

Si des problèmes étaient détectés lors de la passation du Dominique interactif, ou d'autres tests, l'assistante de recherche en discutera avec l'enfant et avec vous pour mieux cerner la nature du problème. Elle le rapportera ensuite aux responsables de la recherche qui prendront les mesures appropriées (par exemple, suggestion de consultation de services professionnels en psychologie, psychiatrie, etc.). S'il arrivait que l'enfant réagisse mal à la passation du test, l'assistante de recherche y mettra fin et rassurera l'enfant. Elle prendra ensuite les mesures décrites plus haut si cela s'avère nécessaire.

8. Comment la confidentialité est-elle assurée

Tous les renseignements obtenus sur l'enfant et sur vous mêmes (les parents) dans le cadre de ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une autorisation de la part des parents ou d'une exception de la loi. Tous les documents seront codés et mis sous clé. Seuls les chercheurs de l'étude, les membres du comité d'éthique à la recherche y auront accès. Les dossiers sous études seront conservés à l'Hôpital Sainte-Justine et au département de psychologie de l'UQAM pendant 5 ans après la date de publication. À votre demande, les résultats généraux de la recherche vous seront transmis.

Par ailleurs, les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans des congrès scientifiques mais aucune information pouvant identifier votre enfant ne sera alors dévoilée.

9. Responsabilité des chercheurs

Les parents seront informés de tout problème ou difficulté mis en évidence lors de l'étude, et les parents et les enfants seront référés pour intervention, consultation, traitement, etc. vers les ressources appropriées. Un suivi adéquat sera assuré par l'équipe médicale si la ou les condition(s) l'exige(nt).

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun des droits prévus par la loi ni à ceux de votre enfant. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs et le promoteur de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice à votre enfant.

10. Y a-t-il une compensation prévue pour vos dépenses et inconvénients

Vous recevrez une somme forfaitaire de 20$ lors de votre visite au département de psychologie de l'UQAM en compensation des frais encourus.

11.Liberté de participation

Votre participation et celle de votre enfant est libre et volontaire. Toute nouvelle connaissance susceptible de remettre en question sa participation vous sera communiquée.

Vous pouvez retirer votre enfant de l'étude en tout temps. Quelle que soit votre décision cela n'affectera pas la qualité des services de santé qui lui sont offerts. Les données recueillies seront conservées à moins d'avis contraire de votre part.

12.En cas de questions ou de difficultés, avec qui peut-on communiquer

Pour plus d'information concernant cette recherche, vous pouvez contacter la responsable du projet, madame Louise Cossette, professeure au département de psychologie de l'UQAM au (514) 987-3000, poste 7069.

Pour tout renseignement sur les droits de l'enfant à titre de participant à ce projet de recherche, vous pouvez contacter la conseillère à la clientèle de l'hôpital au (514) 345-4749.

13.Consentement et assentiment

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondues. Après réflexion, j'accepte que moi-même et mon enfant participions à ce projet de recherche. J'autorise l'équipe de recherche à consulter le dossier médical de mon enfant pour obtenir les informations pertinentes à ce projet. De plus, je consens à ce que la séance de discussion entre moi et mon enfant au département de psychologie de l'UQAM soient filmées.

Nom de l'enfant (Lettres moulées)

Assentiment de l'enfant (Signature) Date

Nom du père (Lettres moulées) Nom de la mère (Lettres moulées)

Consentement du père, tuteur (Signature) Date

Consentement de la mère, tutrice (Signature) Date

14.Formule d'engagement du chercheur ou de la personne qu'il a déléguée

J'ai expliqué au participant et/ou à son parent/tuteur tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (lettres moulées) Signature Date

Le projet de recherche doit être décrit au participant et/ou à son parent/tuteur ainsi que les modalités de la participation. Un membre de l'équipe de recherche doit répondre à leurs questions et doit leur expliquer que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Engagement de la chercheure (lettres moulées) Signature Date

Louise Cossette
Responsable du projet
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal
Tél: (514) 987-3000, poste 7069

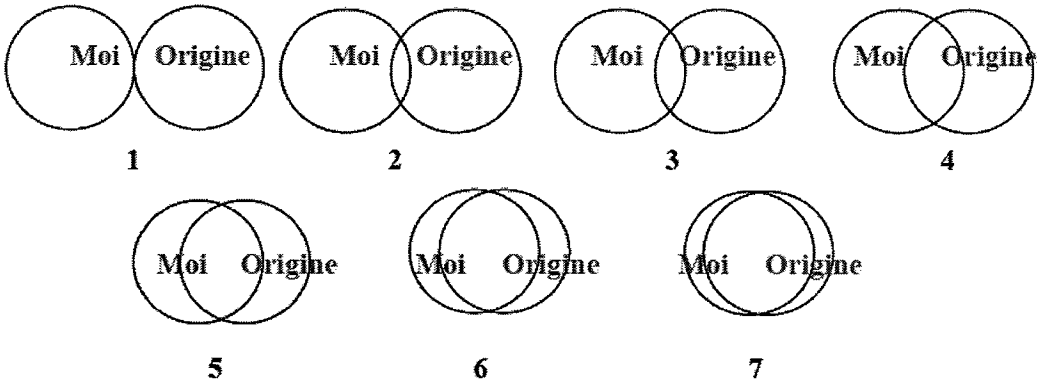
Céline Belhumeur
Pédiatre
Clinique de Pédiatrie Internationale
Hôpital Ste-Justine
(514) 345-4893

ANNEXE C

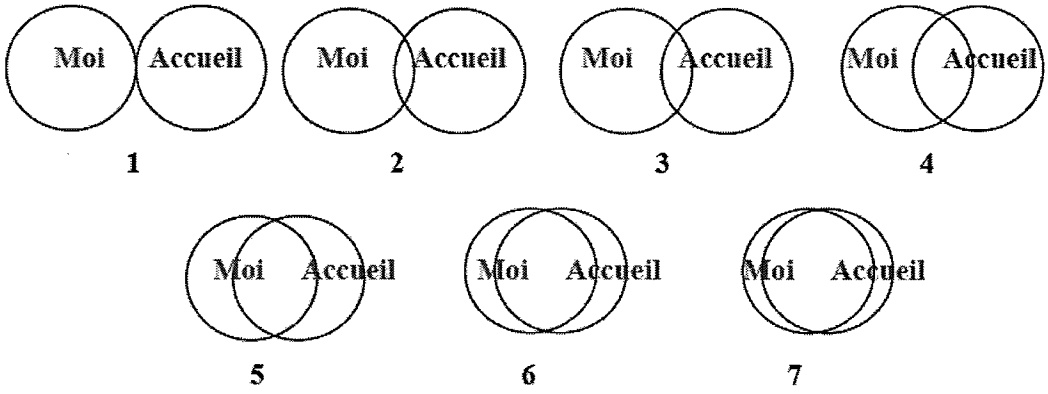
QUESTIONNAIRE

Proximité culture d'origine et culture d'accueil

1) Encercle le chiffre (ou le dessin) qui représente le mieux la relation qui existe entre toi [Moi] et ta culture d'origine [Origine], par exemple la culture chinoise, vietnamienne, bolivienne, coréenne, taïwanaise, haïtienne, russe, cambodgienne, thaïlandaise, etc.



2) Encercle le chiffre (ou le dessin) qui représente le mieux la relation qui existe entre toi [Moi] et ta culture d'accueil [Accueil], c'est-à-dire la culture québécoise.



REFERENCES

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101*(2), 213–32.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Albers, L. H., Johnson, D. E., Hostetter, M. K., Iverson, S., & Miller, L. C. (1997). Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. *The Journal of the American Medical Association, 278*(11), 922–924.

Andujo, E. (1988). Ethnic identity of transethnically adopted Hispanic adolescents. *Social Work, 33*, 531-535.

APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment : Individual Differences and Their Relationship to Psychological Well-Being in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16*(5), 427–454.

Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the Structure of Interpersonal Closeness. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(4), 596–612.

Baden, A. L. (2002). The psychological adjustment of transracial adoptees : An application of the cultural-racial identity model. *Journal of Social Distress and the Homeless, 11*(2), 167–191.

Bagley, C. (1993). Transracial adoption in Britain: A follow-up study, with policy considerations. *Child Welfare League of American, 73*, 285-299.

Bayley, N. (1993). *Bayley scales of infant development* (2nd ed.). San Antonio: The Psychological Corporation.

Bird, G. W., Peterson, R., & Miller, S. H. (2002). Factors associated with distress among support-seeking adoptive parents. *Family Relations, 51,* 215-220.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, *32*(3), 483–524.

Benoit, L., Harf, A., Skandrani, S., & Moro, M.-R. (2015). Adoption internationale : Le point de vue des adoptés sur leurs appartenances culturelles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *63*(6), 413–421.

Bergeron, L., Berthiaume, C., St-Georges, M., Piché, G., & Smolla, N. (2013). Reliability, validity, and clinical use of the Dominic Interactive: a DSM-based, self-report screen for school-aged children. *Canadian Journal of Psychiatry*, *58*(8), 466–475.

Bergeron, L., Smolla, N., Berthiaume, C., Renaud, J., Breton, J. J., St-Georges, M., … Labelle, R. (2016). Reliability, Validity, and Clinical Utility of the Dominic Interactive for Adolescents-Revised: DSM-5-Based Self-Report Screen for Mental Disorders, Borderline Personality Traits, and Suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, *62*(3), 211–222.

Bergeron, L., Smolla, N., Valla, J.-P., St-Georges, M., Berthiaume, C., Piché, G., & Barbe, C. (2010). Psychometric Properties of a Pictorial Instrument for Assessing Psychopathology in Youth Aged 12 to 15 years: The Dominic Interactive for Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, *55*(4), 211–221.

Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental : Manuel francophone en complément de l'édition américaine.* (Multi-Heal). Toronto.

Boivin, M., & Hassan, G. (2015a). Ethnic identity and psychological adjustment in transracial adoptees: a review of the literature. *Ethnic and Racial Studies*, *38*(7), 1084–1103.

Boivin, M., & Hassan, G. (2015b). Discrimination et double appartenance culturelle: la négociation identitaire des adolescents adoptés à l'international. *L'Autre*, *16*(3), 284–293.

Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*(2), 179–192.

Bouvard, M., Dantzer, C., & Turgeon, L. (2007). L'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. In L. Turgeon & P. Gendreau (Eds.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille: Solal.

Branje, S. J. T., Hale, W. W., Frijns, T., & Meeus, W. H. J. (2010). Longitudinal Associations Between Perceived Parent-Child Relationship Quality and Depressive Symptoms in Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*(6), 751–763.

Breton, Gilles (1997). Statistiques de l'adoption au Québec et ailleurs.... Repéré à http://www.quebecadoption.net/adoption/pays/stat.html

Brodzinsky, D. M. (2011). Children's understanding of adoption: Developmental and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, *42*(2), 200–207.

Brodzinsky, D. M. (1987). Adjustment to adoption: A psychosocial perspective. *Clinical Psychology Review, 7*, 25–47.

Brodzinsky, D. M., & Pinderhughes, E. E. (2002). Parenting and child development in adoptive families. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (Vol. 1, pp. 279–311). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Butler, I. C. (1989). Adopted children, adoptive families: Recognizing differences. Dans L. Combrinck-Graham (Eds.), *Children in family contexts* (pp. 161–186). New York: Guilford.

Castle, H., Knight, E., & Watters, C. (2011). Ethnic identity as a protective factor for looked after and adopted children from ethnic minority groups: A critical review of the literature. *Adoption Quarterly*, *14*(4), 305–325.

Ceballo, R., Lansford, J., Abbey, A., & Stewart, A. (2004). Gaining a child: Comparing experiences of biological parents, adoptive parents and stepparents. *Family Relations, 53*, 38–48.

Cederblad, M., Höök, B., Irhammar, M., & Mercke, M. (1999). Mental health in international adoptees as teenagers and young adults. An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(8), 1239–1248.

Chicoine, J.-F., Germain, P., & Lemieux, J. (2003). *L 'enfant adopté dans le monde.* Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(10), 972–986.

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In *Handbook of parenting Volume 5 Practical issues in parenting* (vol 5, pp. 243–267). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates..

Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting stress.* New Haven, CT: Yale University Press.

De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, *131*(4), 483–509.

Dru, V. (2004). Adaptation française d'une échelle d'identification culturelle. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, *3*, 103–118.

Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis.* New York: Norton.

Friedlander, M. L., Larney, L. C., Skau, M., Hotaling, M., Cutting, M. L., & Schwam, M. (2000). Bicultural identification: Experiences of internationally adopted children and their parents. *Journal of Counseling Psychology*, *47*(2), 187–198.

Gagnon-Oosterwaal, N., Cossette, L., Smolla, N., Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., … Berthiaume, C. (2012a). Pre-adoption adversity and self-reported behavior problems in 7 year-old international adoptees. *Child Psychiatry and Human Development*, *43*(4), 648–660.

Gagnon-Oosterwaal, N., Cossette, L., Smolla, N., Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., … Séguin, R. (2012b). Pre-adoption adversity, maternal stress, and behavior problems at school-age in international adoptees. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *33*(5), 236–242.

Greene, M. L., Way, N., & Pahl, K. (2006). Trajectories of perceived adult and peer discrimination among Black, Latino, and Asian American adolescents: Patterns and psychological correlates. *Developmental Psychology*, *42*(2), 218–238.

Grotevant, H. D. (1997a). Family processes, identity development, and behavioral outcomes for adopted adolescents. *Journal of Adolescent Research*, *12*(1), 139–161.

Grotevant, H. D. (1997b). Coming to terms with adoption: The construction of identity from adolescence into adulthood. *Adoption Quarterly*, *1*(1), 3–27.

Groza, V., & Ryan, S. D. (2002). Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs, and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology, 27*, 181–198.

Gunnar, M. R. (2001). Effects of early deprivation. In C. A. Nelson & M. Luciana (Eds.), *Handbook of developmental cognitive neuroscience* (pp. 617–629). Cambridge, MA: MIT Press.

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. M., & Team, I. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, *19*(1), 129–48.

Harf, A., Skandrani, S., Mazeaud, E., Revah-Levy, A., & Moro, M.R. (2015). Le concept d'identité culturelle chez les enfants adoptés : quelle pertinence ? *La Psychiatrie de L'enfant*, *58*(1), 299.

Harf, A., Skandrani, S., Sibeoni, J., Legros, S., Mestre, C., Moro, M.R., & Ledu, C. (2013). La consultation «adoption internationale», une lecture multiple et métissée. *Adolescence*, *31*(3), 521–530.

Harf, A., Taieb, O., & Moro, M. (2006). Adolescence et adoptions internationales : une nouvelle problématique ? *La Psychiatrie de L'enfant*, *49*(2), 543–572.

Harwood, R., Feng, X., & Yu, S. (2013). Preadoption adversities and postadoption mediators of mental health and school outcomes among international, foster, and private adoptees in the United States. *Journal of Family Psychology*, *27*(3), 409–420.

Hawk, B., & McCall, R. (2010). CBCL behavior problems of post-institutionalized international adoptees. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*(2), 199–211.

Hawk, B. N., & McCall, R. B. (2011). Specific extreme behaviors of postinstitutionalized Russian adoptees. *Developmental Psychology*, *47*(3), 732–738.

Hjern, A, Lindblad, F., & Vinnerljung, B. (2002). Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: A cohort study. *The Lancet, 360*, 443-448.

Hollingsworth, L.D. (1997) Effect of Transracial/Transethnic Adoption on Children's Racial and Ethnic Identity and Self-Esteem, *Marriage & Family Review, 25*(1-2), 99-130.

Hoopes, J.L. (1990). Adoption and Identity Formation. Dans D.M. Brodzinsky & M.D. Schechter, *The Psychology of adoption* (p. 144-166). Oxford, NY: Oxford University Press.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Mutidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55.

Huh, N. S., & Reid, W. J. (2000). Intercountry, transracial adoption and ethnic identity. A Korean example. *International Social Work*, *45*(1), 75–87.

Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H. R., Dulcan, M. K., Schwab-Stone, M. E., & Lahey, B. B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(12), 1569–1579.

Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence & Abuse*, *7*(1), 34–60.

Judge, S. (2004). The impact of early institutionalization on child and family outcomes. *Adoption Quarterly,* 7, 31-48.

Judge, S. (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations*, *52*(3), 241–248.

Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees. A Meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, *293*(20), 2501–2515.

Karver, M. S. (2006). Determinants of multiple informants agreement on child and adolescent behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34,* 252-262.

Kirk, H.D. (1964). *Shared fate: A theory of adoption and mental health*. New York: The Free Press.

Kohler, J. K., Grotevant, H. D., & McRoy, R. G. (2002). Adopted adolescents' preoccupation with adoption: The impact on adoptive family relationships. *Journal of Marriage and Family*, *64*(1), 93-104.

Laible, D. J. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, *29*(1), 45–59.

Lee, R. M. (2003). The transracial adoption paradox: History, research, and counseling implications of cultural socialization. *The Counseling Psychologist, 31*(6), 711-744.

Levy-Shiff, R., Zoran, N., & Shulman, S. (1997). International and domestic adoption: child, parents, and family adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 20,* 109-129.

Lewis, E. E., Dozier, M., Ackerman, J., & Sepulveda-Kozakowski, S. (2007). The effect of placement instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior. *Developmental Psychology*, *43*(6), 1415–27.

Ligaa, F., Ingogliab, S., Lo Cricchiob, M.G., & Lo Cocob, A. (2015). Mothers' Parenting stress and adolescents' emotional separation: the role of youngsters' self orientation. *International Journal of Developmental Science, 9*, 147–156.

Lopez, F. G., & Gover, M. R. (1993). Self-report measures of parent-adolescent attachment and separation-individuation: a selective review. *Journal of Counseling & Development*, *71*(5), 560–569.

Luby, J. L., Belden, A., Sullivan, J., & Spitznagel, E. (2007). Preschoolers' contribution to their diagnosis of depression and anxiety: Uses and limitations of young child self-report of symptoms. *Child Psychiatry and Human Development, 38*, 321-338.

MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution for the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, *39*(1), 37–67.

MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, *15*(4), 853–884.

Mainemer, H., Gilman, L. C., & Ames, E. W. (1998). Parenting stress in families adopting children from romanian orphanages. *Journal of Family Issues, 19,* 164-180.

Mashek, D., Cannaday, L. W., & Tangney, J. P. (2007). Inclusion of community in self scale: a single-item pictorial measure of community connectedness. *Journal of Community Psychology*, *35*(2), 257–275.

Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: Developmental epidemology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(3), 609–621.

McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R., & Mueller, C. (2002). Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare*, *81*(2), 151–171.

McGuinness, T. M., & Pallansch, L. (2007). Problem Behaviors of Children Adopted From the Former Soviet Union. *Journal of Pediatric Health Care*, *21*(3), 171–179.

McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*(8), 986–1003.

Merz, E. C., & McCall, R. B. (2010). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*(4), 459–470.

Miller, L. C. (2005). International Adoption, Behavior and Mental Health. *Journal of the American Medical Association*, *293*(20), 2533–2535.

Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and Psychopathology*, *18*(2), 425–444.

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (n.d.). *Mplus user's guide. Seventh edition.* (Muthén & M). Los Angeles: CA.

O'Connor, T. G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L., Kreppner, J. M., & English and Romanian Adoptees Study Team. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: Extension and longitudinal follow-up. *Child Development, 71*(2), 376-390.

Ouellette, F.-R., & Méthot, C. (2003). Les références identitaires des enfants adoptés à l'étranger : entre rupture et continuité. *Nouvelles Pratiques Sociales*, *16*(1), 132.

Palacios, J., & Brodzinsky, D. (2010). Review: Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, *34*(3), 270–284.

Phinney, J. (1990). Ethnic identity in adolescents and adults: Review of research. *Psychological Bulletin*, *108*(3), 499–514.

Phinney, J. S. (1992). The Multigroup Ethnic Identity Measure: A New Scale for Use with Diverse Groups. *Journal of Adolescent Research*, *7*(2), 156–176.

Phinney, J. S., Cantu, C. L., & Kurtz, D. A. (1997). Ethnic and american identity as predictors of self-esteem among african american, latino, and white adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *26*(2), 165–185.

Phinney, J. S., & Rosenthal, D. (1992). Ethnic identity in adolescence: Process, context, and outcome. In G. Adams, T. Gullotta, & R. Montemayor (Eds.), *Adolescent Identity Formation* (pp. 145–172). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., Séguin, R., Belhumeur, C., Germain, P., … Jéliu, G. (2005). Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the first 6 months after adoption. *International Journal of Behavioral Development*, *29*(5), 445–457.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879–891.

Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T. D., & Collins W. A. (2010). Stability, continuity, and similarity of parenting stress in European American mothers and fathers across their child's transition to adolescence. *Parenting: Science and Practice, 10*, 60-77.

Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *17*(1), 47–67.

Rijk, C., Hoksbergen, R., Ter Laak, J. , Van Dijkum C., & Robbroeckx, L. H. M. (2006). Parents who adopt deprived children have a difficult task. *Adoption Quarterly, 9,* 37-61.

Roberts, R. E., Phinney, J. S., Masse, L. C., Chen, Y. R., Roberts, C. R., & Romero, A. (1999). The Structure of Ethnic Identity of Young Adolescents from Diverse Ethnocultural Groups. *The Journal of Early Adolescence*, *19*(3), 301–322.

Robinson, C. B., Mcguinness, T. M., Azuero, A., & Pallansch, L. (2015). Problem behaviors of children adopted from the former soviet union. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *28*(1), 14–22.

Samour, P. Q., & King, K. (2005). *Handbook of pediatric nutrition* (3rd ed.). Sudburry: Jones and Bartlett Publishers.

Scherman, R., & Harré, N. (2008). The Ethnic Identification of Same-Race Children in Intercountry Adoption. *Adoption Quarterly*, *11*(1), 45–65.

Scherman, R., & Harré, N. (2010). Interest in and identification with the birth culture: An examination of ethnic socialization in New Zealand intercountry adoptions. *International Social Work*, *53*(4), 528–541.

Sheras, P. L., Abidin, R. R., & Konold, T. R. (1998). *Stress index for parents of adolescents: Professional Manual* (Psychologi). Lutz, FL.

Skandrani, S., Harf, A., Mestre, C., & Moro, M.-R. (2012). La question culturelle dans l'adoption internationale. *L'Autre*, *13*(2), 151–159.

Sonuga-Barke, E. J. S., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., … Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *The Lancet*, *389*(10078), 1539–1548.

Sonuga-Barke, E. J., Schlotz, W., & Kreppner, J. (2010). V. Differentiating developmental trajectories for conduct, emotion, and peer problems following early deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *75*(1), 102–124.

Steinberg, L. (2001). We Know Some Things: Parent-Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect. *Journal of Research on Adolescence, 11*(1), 1–19.

Steinberg, L., & Silk, J.S. (2002). Parenting Adolescents. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (vol 1, pp. 103-133). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Tan, T., Camras, L., & Kim, E. (2016). Preadoption Adversity and Long-Term Clinical-Range Behavior Problems in Adopted Chinese Girls. *Journal of Counseling Psychology, 63*(3), 319–330.

Tan, T. X., Gelley, C. D., & Dedrick, R. F. (2015). Non-child-related family stress, parenting styles, and behavior problems in school-age girls adopted from china. *Journal of Child and Family Studies, 24*(10), 2881–2891.

Tan, T. X., Rice, J. L., & Mahoney, E. E. (2015). Developmental delays at arrival and postmenarcheal chinese adolescents' adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry, 85*(1), 93–100.

Tropp, L., & Wright, S. (2001). Ingroup identification as the inclusion of ingroup in the self. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(5), 585–600.

van der Vegt, E. J. M., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2009). Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: evidence for long lasting effects. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(2), 239–49.

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, and Allied Disciplines, 47*(12), 1228–1245.

Verhulst, F. C. (2000). Internationally Adopted Children : The Dutch Longitudinal Adoption Study. *Adoption Quarterly, 4*(1), 27–44.

Verhulst, F. C., & Versluis-den Bieman, H. J. M. (1995). Developmental course of problem behaviors in adolescent adoptees. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(2), 151–159.

Viana, A. G., & Welsh, J. A. (2010). Correlates and predictors of parenting stress among internationally adopting mothers: A longitudinal investigation. *International Journal of Behavioral Development, 34*(4), 363–373.

Vignoli, E., & Mallet, P. (2004). Validation of a brief measure of adolescents' parent attachment based on Armsden and Greenberg's three-dimension model. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *54*(4), 251–260.

Westhues, A., & Cohen, J. S. (1998). Ethnic and racial identity of internationally adopted adolescents and young adults: Some issues in relation to children's rights. *Adoption Quarterly*, *1*(4), 33–55.

Whitten, K. L., & Weaver, S. R. (2010). Adoptive Family Relationships and Healthy Adolescent Development: A Risk and Resilience Analysis. *Adoption Quarterly*, *13*(3–4), 209–226.

Wittchen, H.-U., Lieb, R., Pfister, H., & Schuster, P. (2000). The waxing and waning of mental disorders: Evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(2), 122–132.

Yasui, M., Dorham, C. L., & Dishion, T. J. (2004). Ethnic identity and psychological adjustment: A validity analysis for european american and african american adolescents. *Journal of Adolescent Research*, *19*(6), 807–825.

Yip, T., & Fuligni, A. J. (2002). Daily variation in ethnic identity, ethnic behaviors, and psychological well-being among american adolescents chinese descent. *Child Development*, *73*(5), 1557–1572.

Yoon, D. P. (2000). Causal modeling predicting psychological adjustment of korean-born adolescent adoptees. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *3*(3–4), 65–82.

Yoon, D. P. (2004). Intercountry adoption : The importance of ethnic socialization and subjective well-being for korean-born adopted children. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, *13*(2), 71–89.