

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ADOPTION À L'INTERNATIONAL D'ENFANTS
AYANT UNE FISSURE LABIO-PALATINE :
ÉTUDES SUR L'ADAPTATION SOCIO-AFFECTIVE
DE L'ENFANT ET LA SENSIBILITÉ PARENTALE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
VALÉRIE LOSIER

DÉCEMBRE 2019

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

La réalisation de ce projet doctoral a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes et organismes que je tiens à remercier. À ma famille, à mon conjoint et à mes amis ainsi qu'à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, je vous fais part de ma plus profonde reconnaissance pour votre soutien, votre générosité, votre patience et vos encouragements. Merci à ma directrice de recherche, Chantal Cyr, dont la grande ouverture, l'encadrement et l'expertise m'ont permis de réaliser une thèse qui correspondait à mes intérêts, à travers laquelle je me suis émancipée. Merci aux assistant(e)s de recherche et à mes collègues doctorant(e)s du Laboratoire d'Étude sur le Développement de l'Enfant et sa Famille pour votre collaboration.

Merci à la professeur Karine Dubois-Comtois, Ph.D., et à ses assistant(e)s de recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui m'ont aidée dans l'évaluation de deux familles dans leur laboratoire de recherche. Merci à Jean-Pascal Lemelin, Ph.D., vice-doyen à la recherche et aux études supérieures en recherche de l'Université de Sherbrooke, qui m'a permis de faire une expérimentation dans leurs locaux avec une famille de cette région. Un grand merci à la doctorante Claudie Loranger et à son directeur de recherche Stéphane Bouchard, Ph.D., de l'Université du Québec en Outaouais pour m'avoir prêté les locaux de leurs laboratoires le temps de deux rencontres avec des familles adoptantes. Je souligne le travail du traducteur Gaëtan Chénier, pour la traduction d'un article pour la publication scientifique ainsi que celui d'Alexandre Michaud, pour la révision linguistique de la thèse.

Merci au Centre Jeunesse de Montréal et au CHU Sainte-Justine pour l'aide dans le recrutement des participants et dans l'ouverture de leur milieu au projet de recherche. La subvention de recherche et la bourse d'études doctorales des Fonds de recherche du Québec en Société et Culture (FRQSC) ainsi que de la Faculté des sciences humaines de

l'UQÀM ont permis la réalisation de cette thèse. Mes plus sincères remerciements à ces organismes pour leur soutien financier.

Et finalement, je désire adresser ma reconnaissance aux parents adoptifs et aux enfants qui ont participé au projet de recherche. Sans eux, ce projet n'aurait jamais été possible.

À vous tous et toutes, merci !

« Les plus belles personnes que j'ai rencontrées sont celles qui ont connu la défaite, la souffrance, la lutte, la perte et qui ont trouvé leur chemin à travers les abîmes. Ces personnes ont une appréciation, une sensibilité et une compréhension de la vie qui les remplit de compassion, d'empathie, d'humilité, d'une profondeur aimante et d'un grand sens de l'amour. Les belles personnes ne viennent pas de nulle part, les belles personnes ne le sont pas seulement par hasard».

- Dre Elisabeth Kübler-Ross (1975, traduction libre)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES FIGURES.....	iix
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
RÉSUMÉ GÉNÉRAL.....	x
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1.1 Problématique	1
1.2 Les conditions de vie pré-adoption.....	6
1.3 Les enfants adoptés à besoins spéciaux.....	8
1.4 Les fissures labio-palatines	10
1.5 Le développement socio-affectif des enfants adoptés à l'international	15
1.5.1 L'attachement chez les enfants adoptés avec ou sans FLP	15
1.5.2 Les problèmes de comportement des enfants adoptés avec ou sans FLP....	17
1.6 La sensibilité parentale.....	20
1.7 Facteurs de risque et de protection chez les parents adoptifs.....	22
1.7.1 L'infertilité.....	22
1.7.2 Les évènements de vie stressants	23
1.7.3 Les facteurs socio-démographiques	23
1.7.4 Le stress parental	24
1.7.5 Les services pré/post adoption.....	26
1.8 Objectifs de la thèse	28
CHAPITRE II ARTICLE 1 : International Adoption of Children with Cleft Lip and Palate: Attachment, Behavior Problems, and Parental Sensitivity	30
Abstract	31
Introduction.....	32
Objectives.....	39

Method	39
<i>Participants</i>	39
<i>Procedure</i>	41
<i>Instruments</i>	41
Results	46
Discussion	53
Limitations and Future Recommendations.....	60
Conclusion.....	62
References	63
CHAPITRE III ARTICLE 2: Facteurs de stress et sensibilité des parents ayant adopté à l'international un enfant avec ou sans fissure labio-palatine	76
Résumé	77
Introduction	78
Objectifs	87
Méthode.....	87
<i>Participants</i>	87
<i>Procédure</i>	89
<i>Instruments de mesure</i>	90
Résultats	94
Discussion	99
Limites de l'étude et pistes de recherche future	108
Pistes d'intervention.....	109
Conclusion.....	110
Références	112
CHAPITRE IV : DISCUSSION GÉNÉRALE	126
4.1 Résultats principaux de l'étude 1	127
4.2 Résultats principaux de l'étude 2.....	131
4.3 Contributions, forces et limites de la thèse.....	134
4.4 Implications cliniques des résultats de la thèse	139

CONCLUSION.....	145
ANNEXE A : Types de fissure labio-palatine	146
APPENDICE A : Certificat éthique Projet Sourire du Monde.....	148
APPENDICE B : Certificat éthique Projet Chantal Cyr.....	152
APPENDICE C : Formulaire d'information et de consentement du projet Sourire du Monde.....	155
APPENDICE D : Formulaire d'information et de consentement du projet de Chantal Cyr.....	159
APPENDICE E : Questionnaire socio-démographique.....	165
RÉFÉRENCES (introduction et discussion générale).....	172

LISTE DES FIGURES

Figures	Page
1. Liens hypothétiques entre les variables dépendantes et indépendantes.....	5
2. Liens entre les variables dépendantes et indépendantes des études.....	135

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II (Article 1)

Tableau	Page
2.1 Descriptive Statistics of Sociodemographic, Adoption-related and CLP-related variables as a function of the CLP/non-CLP groups.....	71
2.2 Child Attachment Classifications as a function of the CLP groups and Compared to Children from the Adopted and Normative Populations.....	72
2.3 Mean, Standard Deviation, or Percentage of Parental sensitivity, Prior Parenting Experience and Child Behavior Problems as a Function of CLP/non-CLP groups.....	73
2.4 Correlation Matrix Between Study Variables.....	74
2.5 Hierarchical Regressions Predicting Child Attachment and Behavior Problems.....	75

CHAPITRE III (Article 2)

Tableau	Page
3.1 Caractéristiques Sociodémographiques des Parents et des Enfants selon les Groupes FLP/non FLP.....	122
3.2 Variables Indépendantes de l'Études selon les Groupes FLP/non FLP.....	123
3.3 Matrice de Corrélation entre les Variables Indépendantes de l'Étude et la Sensibilité.....	124
3.4 Régression Linéaire sur la Sensibilité Parentale.....	125

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

Bien que l'adoption soit une forme d'intervention améliorant le développement de l'enfant, elle comporte aussi des défis pour les enfants adoptés et leur famille (Brodzinsky, 2011). C'est dans ce contexte que de nombreuses recherches sont consacrées aux enfants issus de l'adoption internationale. De plus en plus d'enfants à besoins spéciaux sont adoptés chaque année au Québec, dont plusieurs ayant une malformation faciale de type fissure labio-palatine (FLP), et peu d'information sur ce nouveau portrait de l'adoption est actuellement disponible. Il est donc d'un grand intérêt de mieux comprendre l'impact d'une FLP et des multiples besoins de soins médicaux en bas âge qu'elle requiert sur le fonctionnement de ces enfants et l'adaptation de leur parent. Cette thèse vise à enrichir les connaissances sur les facteurs associés à la relation parent-enfant chez ce groupe spécifique en le comparant à un groupe de parents et d'enfants adoptés de l'international sans malformation. L'objectif principal de la présente thèse de doctorat est d'examiner au sein de deux études le fonctionnement socio-affectif d'enfants avec une FLP ayant été adoptés à l'international, la sensibilité et les facteurs de risque et de protection de leur parent adoptif.

La première étude tente plus précisément de mieux comprendre si la présence d'une FLP constitue un facteur important pour les enfants adoptés à l'international sur leur développement socio-émotionnel. Dans un premier temps, les classifications d'attachement et les problèmes de comportement chez les enfants adoptés avec fissure labio-palatine (29 enfants) sont comparés à un groupe d'enfants adoptés sans malformation (55 enfants). Ensuite, pour mieux identifier les facteurs de risque associés à l'adaptation socio-émotionnelle, nous examinons 1) si la sensibilité parentale et l'expérience parentale antérieure est associée à l'attachement et aux problèmes de comportement de l'enfant et si, à son tour, l'attachement de l'enfant est associé à des problèmes de comportement, et 2) si la présence d'une FLP modère ces associations. Pour répondre à ces questions, nous avons considéré des variables sociodémographiques et liées à l'adoption, ainsi que des conditions médicales de la FLP (par exemple, le type de fissure (unilatérale ou bilatérale), le moment de la première chirurgie reconstructive, le nombre total de chirurgies et la présence de complications). Les résultats ne montrent pas de différence entre les groupes quant aux types d'attachement : il n'y a pas plus d'enfants avec FLP qui ont un attachement insécurisant ou de problèmes de

comportement extériorisé ; toutefois, ils ont des scores plus bas de problèmes de comportement intériorisé. Nos résultats indiquent que les enfants de notre échantillon avec un attachement insécurisant sont plus à risque d'être impliqués dans des relations où leur parent présente des scores de sensibilité plus faibles. De plus, la présence d'une FLP est associée chez les enfants avec un attachement insécurisant à plus de problèmes extériorisés. Toutefois, la sensibilité et l'attachement ne sont pas associés de manière significative aux problèmes de comportement. Plus le parent a de l'expérience parentale antérieure, plus il est sensible et plus il y a de chance que son enfant ait un attachement sécurisant.

Dans la deuxième étude, le premier objectif est de mieux comprendre chez les parents adoptifs d'un enfant avec une FLP (30 parents) de ceux ayant adopté un enfant sans malformation (54 parents), ce qui se distingue en termes de caractéristiques socio-démographiques et de facteurs de risque et de protection associés à la relation parent-enfant. D'abord, des comparaisons sont réalisées sur des variables socio-économiques (l'âge du parent, la scolarité, la nationalité), des facteurs de risque (la détresse parentale, l'infertilité, les événements de vie stressants et la condition médicale de l'enfant) et de protection (le jeune âge de l'enfant à l'arrivée et l'utilisation de services post-adoption) et sur le degré de sensibilité parentale. Le second objectif est de mieux comprendre les liens entre ces facteurs de risque et la sensibilité parentale en considérant l'effet de l'utilisation des services post-adoption et l'âge de l'enfant à l'adoption en tant que facteurs de protection. Nos résultats montrent que les parents ayant un enfant FLP ou sans FLP ne se distinguent pas significativement sur le nombre d'événements de vie stressants qu'ils ont vécus, le degré de détresse parentale qu'ils peuvent ressentir, la proportion d'entre eux ayant une condition d'infertilité ou ayant eu recours à des services post-adoption. Toutefois, les parents des enfants avec FLP sont plus nombreux à être en couple et ont des enfants plus vieux. Dans l'ensemble, les parents adoptifs présentent de faibles scores de détresse parentale et des scores de sensibilité relativement élevés. Cependant, ceux dont l'enfant a une FLP sont moins sensibles que ceux dont l'enfant ne présente pas de FLP. De plus, nos résultats indiquent que les parents plus en détresse ou devant faire face à des conditions médicales de la FLP plus sévères sont les parents les moins sensibles, et ce, au-delà des services reçus en post-adoption et de l'âge de l'enfant à l'adoption. Les facteurs de protection n'ont pas réussi à minimiser l'impact de la détresse des parents sur sa sensibilité, ni celui des risques médicaux de la FLP.

Cette thèse est des plus novatrices, car elle est la première à examiner l'adaptation d'enfants adoptés à l'international avec une FLP. La discussion souligne l'importance de mieux comprendre la situation des enfants avec une FLP adoptés au Québec et elle montre la nécessité de poursuivre la recherche sur les différents facteurs de risque et de protection pour ces enfants et leurs familles. Les résultats obtenus peuvent servir de référence pour améliorer la qualité de l'information pour les parents qui désirent adopter des enfants à besoins spéciaux et de reconnaître les corrélats psychologiques de cette malformation pour les parents. La discussion contribue également à l'élaboration de diverses hypothèses pour les futures études empiriques voulant examiner ces questions avec de plus grands échantillons.

MOTS-CLÉS : attachement, adoption internationale, besoins spéciaux, fissure labio-palatine, relation parent-enfant, problèmes de comportement, stress parental, sensibilité parentale.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Problématique

Au cours des vingt dernières années, le profil de l'adoption internationale a grandement évolué et nous constatons que le nombre d'enfants plus âgés et présentant des besoins spéciaux est à la hausse. Les enfants disponibles à l'adoption risquent davantage d'être aux prises avec des problèmes de santé et des difficultés d'ordre physique, psychiatrique, cognitif et socio-émotionnel dû notamment à ce nouveau portrait de l'adoption internationale (Chicoine, Germain & Lemieux, 2003). On dit de ces enfants plus à risque qu'ils présentent des besoins spéciaux. Cette thèse portera plus spécifiquement sur les enfants adoptés de l'international et présentant un problème de santé de type fissure labio-palatine, une caractéristique retrouvée fréquemment (12-13 % aux États-Unis, Swanson et al., 2014) et en proportion grandissante (augmentation de 1,5 enfant par année aux États-Unis, Shay et al., 2016) dans les cliniques de chirurgie craniofaciale.

Les relations entre les caractéristiques des enfants adoptés, les problèmes de santé et de développement, la relation d'attachement et les enjeux psychologiques du parent adoptif apparaissent complexes et s'avèrent peu documentés. Pourtant, une meilleure

compréhension des liens entre ces variables permettrait d'offrir un meilleur soutien aux enfants à besoins spéciaux ainsi qu'à leurs parents et de concevoir des programmes d'intervention qui leur sont spécifiques. D'ailleurs, à ce jour, peu d'études ont été réalisées auprès de cette population. L'objectif principal de cette thèse est donc de mieux comprendre les facteurs qui peuvent influencer la qualité de la relation qui se développe entre l'enfant adopté avec des besoins spéciaux, en l'occurrence avec une fissure labio-palatine (FLP) et son parent adoptif.

De prime abord, l'adoption internationale est un phénomène répandu au Canada et tout particulièrement au Québec. Depuis 2005, nous assistons cependant à une baisse significative des adoptions internationales et le Québec n'y fait pas exception. De 2006 à 2009, il y a eu une moyenne de 475 adoptions par année au Québec. En 2010, un record de 595 adoptions a eu lieu (dû au séisme en Haïti), puis une diminution importante a été observée de 2011 à 2014, avec une moyenne de 262 adoptions par année (SAI, 2015). En 2016, environ 793 adoptions ont eu lieu au Canada (Statistique Canada, 2017) et de ce nombre, un peu plus du tiers était constitué d'enfants adoptés par des couples québécois. La tendance en matière d'adoptions internationales s'avère également à la baisse aux États-Unis, alors que l'on en recensait 4714 en 2017, comparativement à 19 601 en 2007 (U.S. Department of State, 2017). Les critères d'admission plus sévères, de plus petits quotas annuels d'adoption propres à chaque pays d'origine et le fait que plusieurs de ces pays développent des programmes d'adoption nationale ont contribué à

cette diminution (Secrétariat à l'adoption internationale [SAI], 2010). Ce recul est également attribuable à des coûts particulièrement élevés et à la multiplication des voies d'accès à la parentalité.

Selon le plus récent rapport du Secrétariat à l'adoption internationale du Québec, 142 enfants provenant de 20 pays ont été adoptés en 2018 (SAI, 2019), et parmi ceux-ci, 43 % venaient de pays asiatiques, 31 % des Amériques, 13 % d'Europe et 13 % d'Afrique. Selon ce même rapport, 32 % des enfants étaient âgés entre 12 et 23 mois au moment de l'adoption, 32 % des enfants entre 24 et 47 mois, 13 % entre 48 et 83 mois et 24 % étaient adoptés à plus de 84 mois. En moyenne, pour tous les types d'adoption confondus en 2018, les enfants adoptés par des couples québécois avaient 56,50 mois, une augmentation de 20 mois depuis 2005 (SAI, 2006; 2018). De plus, une majorité des enfants adoptés étaient de sexe masculin (58 %), alors qu'au début des années 2000, les filles constituaient la majorité des enfants adoptés (72 %, SAI, 2001). Selon le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI, 2019), de nombreux enfants avec des besoins spéciaux ont été adoptés au Québec en 2018. Parmi ceux-ci, 24 % étaient des fratries (adoption de 2 à 4 enfants provenant de la même famille) et 44 % des adoptions étaient constituées d'enfants aux prises avec des problèmes de santé (57 % d'origine asiatique et 27 % des Amériques et 16 % d'Europe de l'Est). Au Québec, il n'existe actuellement pas de statistiques qui précisent la nature des problèmes de santé des enfants adoptés à l'internationale, en raison notamment de la confidentialité des dossiers d'adoption. Cette

information ne semble pas non plus disponible dans le reste du Canada et aux États-Unis. Parmi la liste des problèmes de santé les plus fréquemment observés chez les enfants à besoins spéciaux, on retrouve les malformations faciales congénitales, en particulier la fissure labio-palatine (FLP), qui touchent environ 1 enfant sur 300 dans la population asiatique (Martinelli, Scapoli & Pezzetti, 2001). Aux États-Unis, le nombre de nouveaux patients adoptés à l'internationale dans les cliniques de FLP a quintuplé au cours des 15 dernières années (Swanson et al., 2014). Compte tenu du nombre grandissant d'adoptions d'enfants ayant des besoins spéciaux, dont ceux aux prises avec une condition de type FLP, il devient essentiel d'enrichir les connaissances sur les capacités d'adaptation socio-affective de ces enfants à la suite de leur adoption.

C'est dans cette perspective que cette thèse a été réalisée et présente les résultats de deux études empiriques. La première étude compare les classifications d'attachement et les degrés de problèmes de comportement des enfants adoptés ayant une FLP à ceux adoptés sans FLP. Elle examine ensuite si des facteurs de risque, tels que les conditions associées aux enfants (conditions pré-adoption, conditions médicales) et les conditions associées aux parents (expérience parentale, sensibilité) peuvent être associés à l'adaptation socio-affective des enfants (l'attachement et les problèmes de comportement). La deuxième étude s'intéresse de plus près aux parents. D'une part, elle tente de déterminer si les parents adoptifs d'enfants avec une FLP se distinguent en termes de conditions socio-démographiques, de sensibilité parentale et de facteurs de risque de ceux qui adoptent un

enfant sans FLP. D'autre part, elle examine si des facteurs de risque sont liés à la sensibilité parentale en considérant l'effet de l'utilisation des services post-adoption et l'âge de l'enfant à l'adoption en tant que facteur de protection (voir figure 1).

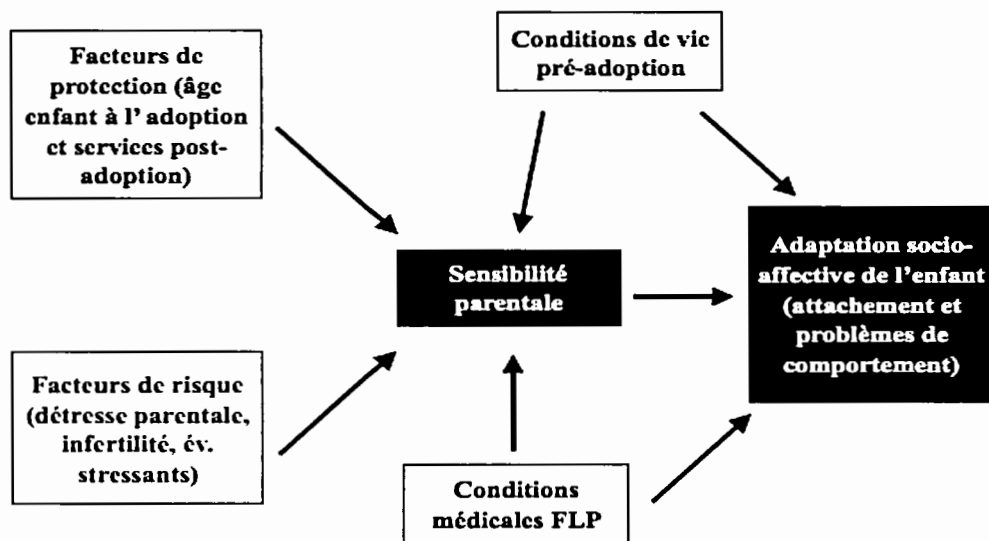


Figure 1. Liens hypothétiques entre les variables dépendantes et indépendantes

Le présent chapitre fait un résumé des études du domaine de l'adoption internationale. Dans un premier temps, les conditions de vie pré-adoption sont présentées et la condition de la FLP est décrite. Ensuite, un résumé des facteurs de risque et de protection les plus susceptibles d'être associés à la relation parent-enfant, l'adaptation sociale de l'enfant et

la qualité des soins parentaux est présenté. Les objectifs spécifiques des deux articles sont finalement exposés.

1.2 Les conditions de vie pré-adoption

Les enfants adoptés de l'étranger connaissent souvent, avant leur adoption, de graves conditions de privation (Gunnar, Bruce & Grotevant, 2000; MacLean, 2003). Ces privations sont catégorisées selon trois perspectives majeures : 1) le manque de soins médicaux, d'hygiène et la malnutrition, 2) le niveau de stimulation insuffisant et 3) l'absence de relations interpersonnelles stables et de liens privilégiés avec un donneur de soin. Ces conditions peuvent affecter le développement physique, intellectuel et socio-affectif des enfants (Gunnar et al., 2000). Ces caractéristiques de l'environnement d'origine peuvent contribuer à expliquer le fait que certains enfants s'adaptent mieux que d'autres. Plusieurs études montrent les effets négatifs de la privation de soins parentaux sur le développement de l'enfant (Cyr, Dobrova-Kroll, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2007; Miller, 2005; Rutter, 1998; Zeanah, Smyke, Koga, Carlson & The Bucharest Early Intervention Project Core Group, 2005; Zeanah, 2007). Les enfants peuvent vivre dans des institutions qui sont des milieux où ils ont peu d'occasions de développer et d'exercer des habiletés motrices, cognitives ou sociales nécessaires à un développement socio-affectif optimal (Judge, 2003; Morison, Ames & Chrisholm, 1995; O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney & Kreppner, 2000; Schaffer, 2000; Shapiro, Shapiro & Paret, 2001). En Colombie, au Viêt Nam, en Corée du Sud ou dans certaines régions de la Chine, les enfants sont souvent pris en charge par une nourrice ou par une

famille d'accueil avant leur adoption. Ils ont ainsi plus de chances d'être stimulés et de recevoir des soins adaptés qui répondent à leurs besoins (Chicoine, 2001; Chicoine et al., 2003; Miller, 2000; Shapiro et al., 2001).

Les conditions de vie de certains milieux institutionnels peuvent expliquer les problèmes observés chez les enfants, surtout s'ils y ont été exposés longtemps avant d'être adoptés (Judge, 2004, Morison et al., 1995). Cette situation est plus souvent constatée chez des enfants adoptés tardivement. Au-delà d'un certain âge, les enfants sont susceptibles d'éprouver plus de difficultés à former des liens significatifs avec des adultes (Dozier & Rutter, 2008; Roberson, 2006). Selon Fisher, Ames, Chisholm et Savoie (1997), les enfants adoptés en bas âge se développeraient généralement mieux que des enfants adoptés plus tardivement (plus de 12 mois). Il est donc possible que l'âge avancé des enfants quand ils sont adoptés compromette leur capacité d'adaptation, sans que cela ne s'explique seulement que par la durée d'exposition à des conditions défavorables. Il arrive que des enfants adoptés plus âgés aient déjà établi des liens affectifs avec un membre de leur famille biologique ou avec une nourrice; par conséquent, la rupture en serait par la suite d'autant plus douloureuse (Dozier & Rutter, 2008). Ainsi, il a été démontré que plus les enfants sont adoptés tôt, moins les problèmes sont nombreux ou plus vite ils se résorbent (Bimmel, Juffer, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg 2003 ; O'Connor et al., 2000; 2003; Rutter et al., 2007; van IJzendoorn & Juffer, 2006). L'âge de l'enfant à l'adoption est donc considéré comme une variable importante à

contrôler dans les analyses, sachant qu'une adoption en bas âge peut être un facteur de protection dans leur développement socio-affectif.

Les études actuelles, menées au Québec et ailleurs, sur les enfants de l'adoption internationale portent surtout sur l'état de santé physique et neurologique des enfants à leur arrivée (Chicoine, Blanquaert, Chicoine & Raynault, 1999; Johnson, 2000; Miller, 2000; Miller & Hendrie, 2000) et sur leur développement cognitif (Pomerleau et al., 2005; Rutter, O'Connor, & the English and Romanian Adoptees [ERA] Study Team, 2004). Ce sont, en particulier, les gains cognitifs et moteurs, réalisés par la majorité des enfants au cours des premiers mois de vie dans leur famille adoptive, qui se révèlent comme étant les plus impressionnants. Par ailleurs, il y aurait une plus grande variabilité dans les progrès de la sphère du développement socio-affectif, en particulier la sphère de l'attachement (Ames & Chisholm, 2001; Judge, 2004; Rutter et al., 2004). Ainsi, les conditions de vie qui prévalent dans le milieu d'origine pré-adoptif, mais également celles auxquelles les enfants sont exposés dans leur nouveau milieu de vie expliqueraient une bonne partie de la capacité d'adaptation des enfants à la suite de l'adoption (van IJzendoorn & Juffer, 2006).

1.3 Les enfants adoptés à besoins spéciaux

Les enfants à besoins spéciaux constituent une **proportion croissante de l'adoption internationale et sont des enfants particulièrement vulnérables**. Ils sont dits à besoins spéciaux lorsqu'ils sont difficilement adoptables du fait de leur situation personnelle (p.

ex. : âge, fratrie, ethnie), de leur histoire, de leur handicap ou de leur état de santé (Conseil d'adoption du Canada, 2017). Ainsi, un enfant à besoins spéciaux peut être défini comme un enfant juridiquement et psychologiquement adoptable, mais pour lequel il est particulièrement difficile de trouver une famille correspondant à ses besoins particuliers (Perry & Henry, 2009). L'application du principe de subsidiarité, un principe fondamental qui régit toute adoption internationale, implique de prioriser le maintien de l'enfant dans sa propre famille ou sa famille élargie et de prioriser l'adoption nationale sur l'adoption internationale. Ce principe, prescrit par la Convention de La Haye de 1993 sur la protection de l'enfance et la coopération en matière d'adoption internationale (CLH-93), augmente de façon significative la proportion d'enfants à besoins spécifiques proposés en adoption internationale, puisque ceux sans problème sont plus facilement adoptés nationalement (Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale, 1993). Le principe de double subsidiarité implique pour les pays d'origine qu'ils doivent mettre tout en œuvre pour favoriser une réintégration de l'enfant dans son milieu familial. Le cas échéant, l'État conventionné doit s'assurer de lui trouver un milieu favorable dans sa communauté ou dans son pays d'origine. C'est uniquement si aucune autre solution n'a été trouvée à l'intérieur du pays que l'enfant peut, en principe, être jugé adoptable à l'international (CLH-93). Ces transformations des politiques sociales ont eu pour conséquences de diminuer l'offre d'enfants adoptables et d'augmenter du même coup les délais d'attente pour les candidats adoptants. Le SAI s'attend à ce que les adoptions d'enfants qui ont des besoins spéciaux deviennent de plus en plus nombreuses. Déjà, on constate une augmentation : 26% en

2014, 33 % en 2015, 44 % en 2016, et 31 % en 2017 (SAI, 2015, 2016, 2017, 2018). L'agence montréalaise d'adoption *Formons une famille*, qui réalise des adoptions en Chine, a rapporté que de 2003 à 2016, plus de cent cinquante-cinq (155) enfants à besoins spéciaux ont été adoptés, dont certains souffraient de problèmes cardiaques, d'autres de fissures labiales et palatines, ou encore de malformations congénitales (Formons une famille, 2017).

1.4 Les fissures labio-palatines

Parmi les problèmes de santé figurant dans la catégorie « besoins spéciaux », on retrouve les malformations faciales congénitales. La plus fréquente des malformations observées chez les enfants adoptés est la fissure labio-palatine (FLP), laquelle est plus souvent présente chez les enfants asiatiques (1 sur 300 enfants, Cox, 2004; Martinelli et al., 2001 pour une étude épidémiologique). La fissure labio-palatine est une malformation congénitale qui consiste en une séparation de la lèvre pouvant aller jusqu'à la narine, associée à une séparation dans la gencive et le palais (voir annexe A). Cette séparation affecte soit l'avant du palais derrière la gencive, soit l'arrière du palais jusqu'à la lèvre, soit tout le palais. La fissure est complète lorsqu'elle couvre toute la lèvre jusqu'à la narine ou tout le palais (fissure labio-palatine), et incomplète lorsqu'elle ne couvre qu'une partie de la lèvre (fissure labiale) ou du palais seulement (fissure palatine; Grollemund et al., 2010). La fissure peut aussi être située sur un côté du nez et de la bouche, on l'appelle alors unilatérale, ou sur les deux côtés : on l'appelle alors bilatérale.

La fissure labio-palatine consiste en une embryopathie précoce, à la suite d'un défaut de fusion des bourgeons faciaux se produisant entre la sixième et la treizième semaine de vie du fœtus (Murray et al., 2008). Ce type de fissure se produit plus souvent chez les filles que chez les garçons (4:1 : Seibert, Wiet & Bumsted, 1998) et le côté gauche est plus fréquemment atteint que le droit (ratio 2 :1, Hansson, Svensson & Becker, 2012).

Aux États-Unis, près de 6800 enfants naissent par année avec cette condition (ACPA, 2018). On estime qu'elle touche 1 nouveau-né sur 300 asiatiques, 1 nouveau-né sur 600 caucasiens et 1 nouveau-né sur 2500 africains (Martinelli et al., 2001). Cette variation selon le groupe ethnique montre que la génétique est impliquée dans l'étiologie de la fissure labio-palatine. L'implication des facteurs génétiques dans les formes non-syndromiques de la fissure labio-palatine est étudiée depuis environ 20 ans. Depuis, la liste de gènes impliqués ne cesse de s'allonger. Parmi les facteurs environnementaux étudiés pour expliquer l'apparition des fentes labio-palatines, il y a l'utilisation de tabac, d'alcool, de caféine et le manque d'acide folique par la femme enceinte. Les solvants et pesticides augmenteraient aussi le risque d'apparition de cette malformation (Martinelli et al., 2001). Une mère qui souffre d'épilepsie a 10 fois plus de risques de donner naissance à un enfant avec une FLP (Martinelli et al., 2001). D'autres facteurs contribuent certainement à son apparition, mais il ne semble pas y avoir de facteur prédominant. L'étude de l'interaction entre les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux est une piste intéressante et exploitée depuis une dizaine d'années,

mais les résultats sont assez modestes jusqu'à présent (Murray et al., 2008). La FLP peut être associée à plus de 450 syndromes et malformations génétiques (Swanenburg de Veye, Beemer, Mellenberg, Wolters & Heineman-De Boer, 2003). Les troubles musculo-squelettiques, cardiovasculaires et du système nerveux central sont fréquemment associés à la FLP (prévalence de 9,1 sur 10 000 FLP; Calzolari et al., 2007). Les anomalies associées les plus communes sont, par exemple, le Syndrome de Pierre Robin (anomalies chromosomiques provoquant d'autres malformations faciales, telles que le menton en retrait), le syndrome d'Apert (mutation de gènes : fusion des doigts et orteils, retard mental, anomalies cérébrales, malformation du crâne) ou le syndrome de di George (associé à des malformations cardiaques congénitales et à une malformation de l'œsophage; Setó-Salvia & Stanier, 2014).

Plusieurs enfants porteurs de ce handicap, qu'ils soient opérés ou non, sont proposés à l'adoption en tant qu'enfants à besoins spéciaux. Comme ceux ayant d'autres types de malformations, ces enfants sont souvent délaissés par leur famille en raison de croyances religieuses, culturelles et/ou de manque de moyens financiers pour assurer les besoins médicaux. La chirurgie réparatrice reste parfois inexistante dans les systèmes de santé de nombreux pays qui manquent de ressources humaines qualifiées, de matériaux et d'infrastructures. Ces enfants ont besoin d'être suivis par une équipe multidisciplinaire spécialisée (p. ex. pédiatre, chirurgien buccal et maxilo-facial, orthophoniste, psychologue, pédodontiste, oto-rhino-laryngologiste, travailleur social) pour pallier leurs

difficultés le plus rapidement possible. La réparation d'une fente labiale et/ou palatine exige de multiples chirurgies et le nombre de chirurgies varie selon la gravité du problème (Association canadienne des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale ACSCBMF, 2019). La première chirurgie, faite entre 3 et 6 mois est la réparation de la lèvre (labioplastie), cette chirurgie améliore l'apparence du visage de l'enfant, mais aide aussi l'enfant à téter et à émettre certains sons importants dans le développement du langage. La majorité des enfants adoptés vont subir cette opération dans leur pays d'origine. Ensuite, vers 6 à 12 mois, on procède à la réparation du palais (staphylorrhaphie). Cette chirurgie aide l'enfant à parler et à manger en empêchant l'air, la nourriture et les liquides de monter dans son nez. Une chirurgie de la gencive à l'aide d'un greffon osseux est habituellement réalisée lorsque l'enfant a entre six et douze ans, selon son développement dentaire. Cette chirurgie est importante pour la croissance des dents et la mâchoire de l'enfant. L'équipe soignante peut recommander d'autres traitements ou chirurgies pour améliorer la fonction et l'apparence de l'enfant, tels que de l'orthophonie, un traitement orthodontique (arc dentaire), une chirurgie correctrice de la mâchoire, des aérateurs transtympaniques (myringotomie) ou des prothèses auditives, des corrections de la lèvre et/ou le nez, des implants dentaires et des restaurations dentaires (ACSCBMF, 2019).

Pour les enfants adoptés non opérés, les chirurgies sont faites en priorité dès leur arrivée en raison de l'âge avancé auquel ils sont adoptés (Hansson et al., 2012). Le moment de

la chirurgie réparatrice est un facteur important pour le développement physiologique et langagier, mais également sur le plan socio-affectif, pour l'établissement du lien d'attachement entre l'enfant et son parent adoptif (Guneren et al., 2015; Hortis-Dzierzbicka, Radkowska & Fudalej, 2012). La réparation de la fissure peut entraîner un délai dans la formation d'un lien relationnel sécurisant possiblement en raison de l'hospitalisation de l'enfant et des complications postopératoires (Hansson et al., 2012). Les chirurgies réparatrices effectuées plus rapidement permettraient notamment aux parents de mieux percevoir les signaux de communication de l'enfant et d'améliorer leurs réponses lors d'interaction durant les premiers mois d'arrivée, ce qui faciliterait ainsi l'établissement d'un lien d'attachement sain et solide (Sullivan, Jung & Mulliken, 2014; Shipe et al., 2016). Les parents adoptifs sont tous au fait de la malformation de l'enfant avant l'adoption. Au moment de la proposition d'enfant, les organismes agréés tentent de fournir le maximum de renseignements sur la santé de l'enfant afin de faciliter la prise de décision des adoptants. Ces renseignements, lorsqu'ils sont disponibles, portent sur : les problèmes de santé, les maladies et infections dont ils peuvent être atteints, les examens médicaux réalisés, les antécédents médicaux de l'enfant et ceux de ses parents biologiques, les circonstances d'abandon de l'enfant, son caractère et ses comportements, les milieux de vie dans lesquels il a vécu et les conditions sanitaires dans lesquelles vivent les enfants. Les adoptants peuvent également avoir accès à des photos et des vidéos de l'enfant dans les mois précédents l'arrivée de celui-ci dans la famille (SAI, 2019). L'ouverture des parents à adopter un enfant présentant une FLP et la préparation

psychologique avant l'adoption pourraient également faciliter l'établissement d'une relation optimale.

1.5 Le développement socio-affectif des enfants adoptés à l'international

1.5.1 L'attachement chez les enfants adoptés avec ou sans FLP

La capacité d'établir des relations avec les autres se développe en majeure partie grâce à la qualité des relations des nourrissons avec leurs parents. Afin notamment d'assurer leur survie et d'atteindre un développement socio-affectif optimal, les tout-petits forment d'abord naturellement un lien d'attachement sélectif et significatif avec leurs parents (Ainsworth, 1979; Shapiro et al., 2001). Lorsque ce lien d'attachement est sécurisant pour l'enfant, il constituera un important facteur de protection dans son développement. La qualité du lien d'attachement s'observe sur la base de différents comportements de l'enfant et du parent. En situation de stress, l'enfant ayant un attachement sécurisant recherche la proximité et le contact physique de son parent pour apaiser sa détresse. Il tend à être facilement et rapidement consolé par le parent sensible pour ensuite se remettre à explorer une fois calme. Cependant, face à des comportements parentaux plus insensibles, l'enfant sera davantage porté à présenter un attachement insécurisant. Si le parent ne répond pas à la détresse de l'enfant, s'il rejette ses besoins de proximité, ou encore y répond de manière inconsistante et imprévisible, celui-ci développera un attachement insécurisant organisé. On observe que ces enfants sont portés à soit

minimiser la proximité à leur figure de soins et l'expression de leurs émotions ou à exagérer leur détresse (dépendance, passivité, colère) et être difficilement consolés. D'autres enfants développeront un attachement insécurisant désorganisé et présenteront, bien souvent en raison de comportements parentaux effrayants à leur égard, des comportements de peur et d'approche contradictoire envers leur parent (Ainsworth, 1979; Hesse, 2008). Or, les enfants adoptés, en raison des conditions de privation de soins parentaux auxquelles ils ont été exposés, ont parfois peu d'occasions de qualité pour développer un tel lien d'attachement sélectif, significatif et sécurisant avec leurs donneurs de soins (Shapiro et al., 2001). Une fois adoptés, les chercheurs observent que certains de ces enfants parviennent à former de tels liens avec leurs nouveaux donneurs de soins (Juffer & Rosenboom, 1997), alors que d'autres y arrivent plus difficilement (Chisholm, Carter, Ames & Morison, 1995; Kadlec & Cermak, 2002; van IJzendoorn, Juffer & Poelhuis, 2005) et deviennent plus à risque de maintenir et développer des difficultés développementales (p. ex. : problèmes socio-émotionnels et cognitifs).

Malgré les défis que représente l'adoption d'un enfant ayant des besoins spéciaux et des risques sur le développement affectif, plusieurs études nuancent ces résultats et montrent des niveaux de difficultés relationnelles similaires aux enfants sans FLP (Speltz, Endriga, Fisher & Mason, 1997). Selon plusieurs études (Despars et al., 2011; Koomen & Hoeksema, 1993; Murray et al., 2008; Wasserman, Lennon, Allen & Shilansky, 1987), la qualité de l'attachement de l'enfant à son parent ne serait pas affectée par la présence

d'une fissure labio-palatine et sa sévérité. L'étude de Clements et Barnett (2002) a d'ailleurs montré que les enfants avec une FLP et autres malformations faciales ont plus de chances de former un attachement sécurisant à leur parent biologique. Toutefois, les effets de la FLP sur l'attachement demeurent mitigés, car d'autres études montrent des difficultés d'attachement plus importantes chez des enfants avec une FLP (Grollemund et al., 2010; Millard & Richman, 2001; Richman, McCoy, Conrad & Nopoulos, 2012; Werner, 2000). Par exemple, l'étude de Habersaat et al. (2013) montre que les enfants avec FLP ($n = 50$) présentaient significativement plus d'attachement insécurisant-évitant que les enfants sans FLP ($n = 45$) lors de la procédure de séparation-réunion de Ainsworth et al., (1978). Il importe donc de mener des études à ce sujet afin de clarifier notre compréhension sur l'implication de la FLP sur l'attachement de l'enfant.

1.5.2 Les problèmes de comportement des enfants adoptés avec ou sans FLP

Les enfants peuvent souffrir de problèmes émotifs qui interfèrent avec des aspects importants du développement, en réduisant l'exposition à des situations stimulantes essentielles au développement et à l'apprentissage social (Mian & Carter, 2013). Les expériences relationnelles, en particulier dans la relation parent-enfant, peuvent influencer le développement de problèmes de comportement de l'enfant (Deater-Deckard, Dodge, Bates & Pettit, 1998). Le concept de trouble de comportement est défini selon deux catégories : les troubles intériorisés et les troubles extériorisés (Achenbach & McConaughy, 1997). Les troubles intériorisés réfèrent notamment à la

réactivité émotionnelle, l'anxiété, la dépression, les plaintes somatiques et le retrait social. Les troubles extériorisés sont représentés par des comportements qui perturbent l'ordre tels que l'hyperactivité, les problèmes attentionnels, les troubles de la conduite et les comportements agressifs (Achenbach & McConaughy, 1997; Coleman, 1996).

À partir d'une série de méta-analyses menées sur un échantillon de 25 000 enfants adoptés, Juffer et Van IJzendoorn (2005) ont montré que les enfants adoptés présentaient plus de problèmes de comportements extériorisés ($d = 0.24$, p. ex. : agressivité) et intériorisés ($d = 0.16$, p. ex. : anxiété) que les enfants non adoptés. Certains enfants adoptés à l'international, en particulier ceux l'ayant été après 12 mois et ceux ayant vécu des expériences sévères de malnutrition et de négligence avant l'adoption, présentent une persistance de problèmes d'ordre comportemental, émotionnel et social (Bimmel, et al., 2003; Moore & Fombonne, 1999; Rosenberg, 1992; Rutter et al., 2007). Une étude de Gunnar, van Dulmen & the International Adoption Project Team (2007) indique en effet que les enfants adoptés au-delà d'un certain âge, entre 18 et 36 mois ($n = 899$), présentent davantage de problèmes de comportements extériorisés et intériorisés que les enfants adoptés qui ont passé moins de 4 mois en institution ($n = 1038$). En somme, selon de nombreuses recherches, les enfants adoptés de l'étranger seraient aux prises avec plus de problèmes de comportement que leurs pairs non adoptés. Il faut toutefois apporter une nuance à ces informations étant donné que ces évaluations sont auto-rapportées par les parents adoptifs, lesquels, en raison de formations pré-adoption, pourraient être plus

sensibles aux problèmes que vivent leurs enfants. De plus, ces parents auraient davantage recours aux services sociaux, médicaux et de santé mentale, pour pallier les difficultés de leur enfant et seraient surreprésentés dans les milieux cliniques. Ces caractéristiques particulières des adoptants pourraient affecter à la hausse les taux de problèmes de comportement (Juffer & van IJzendoorn, 2009).

Les enfants avec une FLP peuvent présenter de nombreux déficits (la phonation, l'audition, la déglutition, la mastication, la ventilation) qui les rendent plus à risque de développer des problèmes de développement socio-affectif (Grollemund et al., 2010; Hunt, Burden, Hepper & Johnston, 2005; Maris, Endriga, Speltz, Jones & DeKlyen, 2000), cognitif (Kapp-Simon & Krueckeberg, 2000; Speltz, Endriga, Hill, Maris, Jones & Omnell, 2000), moteur (Swanenburg de Veye et al., 2003) et langagier (Jones, Chapman & Hardin-Jones, 2003; Konst, Rietveld, Peters & Kuijpers-Jagtman, 2003). En termes de problèmes de comportements, les études ont indiqué que les enfants biologiques avec une FLP comparativement à des enfants sans FLP, présentent davantage de problèmes intériorisés selon leurs parents (Hunt, Burden, Hepper, Stevenson & Johnston, 2007; Pope & Snyder, 2005; Ramstad, Ottem & Shaw, 1995; Richman & Millard, 1997; Speltz, Morton, Goodell & Clarren, 1993) et leur enseignant (Murray et al., 2010). Concernant les problèmes de comportement extériorisés, il y a moins de consensus, les résultats étant plutôt mitigés. Les résultats de plusieurs études montrent que les enfants avec une fissure présentent des degrés de problèmes de

comportement extériorisés similaires (Collett, Cloonan, Speltz, Anderka & Werler, 2012; Wehby, Tyler, Lindgren, Romitti, Robbins & Damiano, 2012) ou plus importants (Brand et al., 2009; Hunt et al., 2007; Murray et al., 2008; Pope & Ward, 1997) comparativement aux enfants sans malformation. Ces résultats peuvent s'expliquer par des méthodologies différentes : l'âge de l'enfant à l'évaluation (difficultés plus apparentes chez les enfants d'âge scolaire), l'utilisation d'autres sources d'évaluation des difficultés (éducateur, enseignant, parent) et des échantillons cliniques ou non cliniques. Selon la méta-analyse de Stock et Feragen (2016), il se peut également que les problèmes de comportement soient en fait une expression de difficultés émotionnelles, cognitives ou neurologiques sous-jacentes ou liées à la présence d'une autre condition chez l'enfant.

1.6 La sensibilité parentale

L'attachement et adaptation psychosociale de tout enfant dépend, en grande partie, de la capacité des adultes à prendre soin d'eux. Selon la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969), les parents doivent répondre de façon adéquate et sensible aux signaux de leur enfant afin de favoriser chez ce dernier la capacité à organiser et réguler ses émotions de façon appropriée. La sensibilité du parent et la qualité de ses interactions avec l'enfant au cours de la première année permettent à l'enfant de développer un lien d'attachement sécurisant avec celui-ci. Les parents adoptifs sont généralement soucieux du bien-être de leur enfant et tendent à stimuler le développement de leur enfant de façon plus soutenue et variée que la moyenne des autres parents (Stams, Juffer, Rispen & Hoksbergen,

2000). La sensibilité que le parent manifeste et ressent pour son enfant constitue un aspect important de l'expérience parentale. Selon Ainsworth et al. (1978), la sensibilité parentale se définit comme la capacité du parent à percevoir les signaux de l'enfant, à les interpréter et y répondre de façon appropriée. Simpson (1999) affirme que la sensibilité parentale se manifeste dans les soins parentaux quotidiens à l'enfant. Par conséquent, les comportements sensibles du parent affecteraient la formation de l'attachement (sécurisant versus insécurisant) développé par l'enfant auprès de son parent adoptif. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer la sensibilité parentale, à savoir les caractéristiques individuelles des enfants et des parents, l'expérience parentale antérieure du parent, leur contexte de vie plus ou moins stressant et enfin le soutien offert aux parents et les ressources utilisées par les familles (Webster-Stratton, 1990). Chez les parents adoptifs, on retrouve notamment certains facteurs de risque plus susceptibles d'être présents, par exemple les expériences de vie difficiles (Liao, 2016), l'infertilité des parents (Foli, Hebdon, Lim & South, 2017), la détresse parentale (Sellers, Battalen, Fiorenzo, McRoy & Grotevant, 2018), le contexte d'adoption d'un enfant (Mckay, Ross & Goldberg, 2010) et les difficultés développementales (p. ex. : le tempérament, les troubles de comportement, Groh et al. 2014) et de santé que l'enfant peut présenter (van IJzendoorn, et al., 2005; van IJzendoorn & Juffer, 2006). Des facteurs de protection sont également rencontrés chez plusieurs parents adoptifs, en particulier les services post-adoption que plusieurs reçoivent. Ces facteurs de protection peuvent diminuer les effets négatifs des problèmes de l'enfant ou des événements stressants sur la qualité de la relation parent-enfant, dont la sensibilité parentale.

1.7 Facteurs de risque et de protection chez les parents adoptifs

1.7.1 L'infertilité

Les individus désireux d'adopter un enfant ont un profil de plus en plus hétérogène. Notamment, on retrouve de plus en plus de couples homosexuels, des hommes ou des femmes célibataires ou encore des couples ayant déjà des enfants biologiques. Cependant, pour plusieurs adultes, entreprendre un projet d'adoption est la résultante de l'infertilité, après avoir tenté la procréation assistée et l'adoption constitue pour eux l'ultime moyen de fonder une famille (Tessier, Nadeau, Larose & Tarabulsky, 2004). En 2019, selon l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ, 2019), environ 330 000 couples souffraient d'infertilité au Canada, soit entre 10 et 15 % de la population. Plusieurs problèmes de santé des organes reproducteurs semblent être à l'origine de l'infertilité (p. ex. : pour la femme : anovulation, endométriose, infection ou pour l'homme : défaillance dans la production de spermatozoïdes). Il existe toutefois 10% des cas inexplicables pour lesquels les causes d'infertilité demeurent inconnues (AOGQ, 2019). Le nombre de couples infertiles a augmenté depuis quelques années principalement dû au fait que plusieurs couples remettent à plus tard la planification d'une grossesse que ce soit pour des raisons professionnelles ou personnelles. De plus, l'âge constitue en soi un élément incontournable expliquant l'infertilité puisque la capacité reproductive, tant chez les hommes que chez les femmes tend à diminuer avec l'âge (AOGQ, 2019).

L'infertilité est une condition difficile pour des personnes qui ont un désir d'avoir un enfant. Des sentiments de déception, d'impuissance et de détresse peuvent avoir un impact sur l'état psychologique des parents (Cudmore, 2005). Toutefois, le processus de deuil, l'adaptation à l'infertilité et les solutions pour pallier ce problème (p. ex. : adoption, fécondation in vitro) peuvent renforcer le désir profond de la parentalité et susciter ainsi des comportements parentaux de sensibilité, de proximité et d'engagement envers l'enfant (Dozier, Bick & Bernard, 2011).

1.7.2 Les événements de vie stressants

Des facteurs de stress (événements et expériences subjectives), dont certains plus spécifiques aux parents adoptifs (frais d'adoption, congé parental, frais de soins, matériels et services pour l'enfant adopté), ont été identifiés comme pouvant affecter la sensibilité du parent et le développement de dysfonctions dans la relation parent-enfant (Barth & Brook, 1997; Barth & Miller, 2000). Plusieurs études ont montré que les événements de vie stressants, tels que l'hospitalisation d'un parent ou la mort d'un membre de la famille, des difficultés d'emploi, la monoparentalité ou la baisse de revenu familial, affectent la disponibilité parentale et la relation parent-enfant (Carlson & Trapani, 2006; Dwyer, Nicholson & Battistutta, 2003; Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsy & Dubois-Comtois, 2005).

1.7.3 Les facteurs socio-démographiques

Les dernières statistiques de 2018, lors de l'ouverture des dossiers d'adoption, permettent de cerner le profil des adoptants québécois. Ainsi, on constate que les pères avaient en

moyenne 43,3 ans et les mères en moyenne 41,6 ans (SAI, 2019). L'âge moyen de l'adoptant au premier enfant est de 10 ans supérieurs à celui du parent biologique (Tessier et al., 2004). Les préférences quant au choix des enfants des candidats à l'adoption jouent aussi un rôle dans la diminution des adoptions. Bien que les adoptants soient de plus en plus ouverts à adopter un enfant différent, qu'il s'agisse de son ethnie ou de ses besoins de soins particuliers, la majorité recherche des enfants jeunes (généralement en bas de deux ans), en pleine santé et sans handicap. Or, les critères des adoptants sont de plus en plus à l'opposé de ce que les pays d'origine ont à offrir. Devant ce nouveau profil de l'adoption, les parents adoptants doivent se préparer aux défis qu'ils rencontreront lors de l'accueil de leur enfant présentant des caractéristiques développementales particulières dans leur famille. Comme la majorité des adoptants proviennent de milieu socio-économique favorisé, qu'ils sont plus âgés et plus scolarisés que la moyenne des autres parents (Groze, Ryan & Cash, 2003; Tizard, 1991; Westhues & Cohen, 1995), ils sont en mesure d'offrir un contexte de vie favorisant le développement des jeunes enfants qu'ils adoptent.

1.7.4 Le stress parental

Les parents adoptants constituent un groupe de parents particulièrement compétents, informés et sensibles. Toutefois, leur capacité d'adaptation et de gestion des stressseurs peut être mise à rude épreuve, considérant les nombreux besoins particuliers et difficultés développementales des enfants adoptés. Certaines études rapportent un niveau plus élevé de stress parental chez les parents adoptifs que chez les parents biologiques (Mainemer,

Gilman & Ames, 1998; Rijk, Hoksbergen, Ter Laak, Van Dijkum & Robbroeckx, 2006). Quelques travaux indiquent néanmoins que des niveaux élevés de stress parental sont associés à des retards de développement chez l'enfant (Judge, 2003) et à des problèmes médicaux dans la première année de l'adoption (McGlone, Santos, Kazama, Fong & Mueller, 2002; Palacios & Sanchez-Sandoval, 2006). Toutefois, ces résultats sont mitigés par le fait que d'autres études rapportent au contraire que les parents adoptifs présentent des niveaux de stress parental similaires et parfois même inférieurs à ceux des parents biologiques (Bird, Peterson & Miller, 2002; Judge, 2004; Levy-Shiff, Zoran & Shulman, 1997; Palacios & Sanchez-Sandoval, 2006). Le stress parental affecte le bien-être psychologique du parent ainsi que ses perceptions, ses attitudes, ses comportements et les interactions qu'il entretient avec son enfant (Boyd, 2002). Par exemple, l'adoption d'un enfant avec des difficultés développementales ou de santé influence le degré de stress si le parent perçoit ou non avoir les capacités ou les ressources pour s'y adapter (Boyd, 2002). Des stratégies d'adaptation positives (p. ex. : recherche de soutien, résolution de problème) sont associées à un faible degré de stress parental, tandis que des stratégies d'adaptation négatives (p. ex. : évitement/déni ou réaction émotionnelle intense) sont associées à un stress parental accru (Creasey & Jarvis, 1994). Si l'état de stress et d'inquiétude que présentent plusieurs parents adoptifs à l'arrivée de leur enfant perdure, il peut affecter la sensibilité du parent (Howe, 1997; Tizard, 1991; Westhues & Cohen, 1995) et le climat familial, ce qui peut ultimement générer des conflits relationnels entre les membres de la famille (Castle et al., 2009; Judge, 2004; Mainemer et al., 1998). Dans plusieurs études (Darke & Goldberg, 1994; Girolametto & Tannock, 1994; Onufrak,

Saylor, Taylor, Eyberg & Boyce, 1995), le stress lié à l'adaptation de l'enfant dans sa famille, l'acceptation de l'enfant par les parents et la perception du parent de sa compétence parentale étaient particulièrement prédictifs de leur sensibilité envers leur enfant adopté. Bien que certaines études n'aient pas rapporté de tels résultats (Denham & Moser, 1994; Harrison & Magill-Evans, 1996), plusieurs chercheurs émettent l'hypothèse d'une association entre le stress parental et la sensibilité parentale chez les adoptants (Floyd & Saitzyk, 1992; Onufrak et al., 1995; Pelchat, Bisson, Bois & Saucier, 2003).

1.7.5 Les services pré/post adoption

Les familles adoptives sont nombreuses à recevoir des services de formation avant l'adoption de leur enfant, afin d'être bien documentées et de se préparer aux enjeux spécifiques associés à l'adoption. De plus, elles n'hésitent pas à aller consulter lors de difficultés avec leur enfant, principalement auprès de professionnels (Palacios, Roman, Moreno & Leon, 2009). Les formations sont généralement offertes par les agences d'adoption ou par les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui offrent des services par des éducatrices spécialisées, des infirmières, des travailleurs sociaux et des psychologues aux familles adoptives d'enfants de l'international. Ces organismes organisent des activités diverses qui prennent la forme d'entrevues individuelles avec le parent, d'ateliers, de conférences et de sessions structurées de préparation et d'adaptation suite à l'adoption. Ces rencontres portent, par exemple, sur le processus d'adoption (du choix du type d'adoption à l'acceptation

de la proposition) et les facteurs de protection pour faciliter l'accueil, l'adaptation, la stimulation du développement et l'attachement de l'enfant suite à son adoption (SAI, 2019). Plusieurs études ont montré qu'un tel soutien, y compris la préparation avant l'adoption et les suivis post-adoption, améliore les capacités parentales et pallie les difficultés de l'enfant (Atkinson & Gonet, 2007; Barth & Berry, 1991). Les services post-adoption apparaissent comme un facteur de protection pour aider les parents adoptifs à faire preuve de sensibilité à l'égard de l'enfant. Il existe plusieurs autres facteurs de protection qui favorisent la qualité de la relation parent-enfant, des facteurs que l'on retrouve chez les parents de la population générale. Par exemple, il y a leur santé psychologique (Belsky & Jaffee, 2006), le fait qu'ils présentent un état d'esprit d'attachement sécurisant (Atkinson et al., 2005), une capacité de mentalisation (Belsky, 2005), une bonne satisfaction conjugale (Tarabulsky et al., 2005), du soutien social et des stratégies d'adaptation au stress (Belsky, 1996). Toutefois, aucune étude à notre connaissance, n'a évalué si le fait d'avoir eu recours à des services post-adoption est associé à la qualité de la relation entre le parent et son enfant avec ou sans FLP.

En conclusion, l'influence de la famille sur le développement de l'enfant adopté est bien documentée. Dès son adoption, l'enfant est vulnérable et a besoin des soins et de l'attention de ses parents. La qualité de son développement et de son adaptation dépend donc en grande partie de la qualité de son environnement familial et, en particulier, de la conduite de ses parents (Ramey & Ramey, 2012). Il y a lieu de considérer l'accumulation de certains stressseurs en tant que facteurs de risque pouvant diminuer la qualité de la

relation parent-enfant, surtout en présence d'enfant présentant des besoins spéciaux. Aucune étude québécoise n'a encore examiné les aspects socio-affectifs de l'enfant avec une FLP adopté à l'international et la sensibilité du parent adoptif. L'aspect novateur de l'étude auprès des enfants avec FLP adoptés au Québec permet de détailler les différents facteurs de risque et de protection pour ces enfants et leurs familles. Le fait d'observer des associations entre le développement socio-affectif de l'enfant, la relation entre le parent et l'enfant, ainsi qu'en ce qui a trait à l'expérience parentale permettrait de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les enfants à besoins spéciaux et, par conséquent, de recommander des interventions plus personnalisées à cette population.

1.8 Objectifs de la thèse

L'objectif principal de la présente thèse est d'examiner le fonctionnement socio-affectif, le contexte de vie post-adoption d'enfants avec et sans une FLP ayant été adoptés à l'international et la sensibilité de leur parent adoptif. La première étude (chapitre 2) tente plus précisément de mieux comprendre si la présence d'une FLP constitue un risque supplémentaire pour les enfants adoptés à l'international sur leur développement socio-émotionnel. Une comparaison entre les groupes est effectuée quant aux classifications d'attachement, la qualité de la sensibilité et l'expérience parentale antérieure et les problèmes de comportement des enfants adoptés avec une FLP ainsi que ceux adoptés sans FLP. L'étude tente aussi de déterminer si la sensibilité et l'expérience parentale est liée à l'adaptation socio-émotionnelle (attachement et problèmes de comportement) des

enfants adoptés et si ces liens sont modérés par la présence d'une FLP. Dans la deuxième étude (chapitre 3), l'objectif est de mieux identifier les facteurs de risque et de protection des parents qui adoptent des enfants à besoins spéciaux. Afin de réaliser ce profil, les parents adoptifs d'enfants avec une FLP sont comparés à ceux d'enfants sans malformation sur des variables socio-démographiques et un ensemble de facteurs de risque et de protection, tels que la détresse parentale, l'infertilité, les événements de vie stressants, l'âge des enfants, l'utilisation des services post-adoption et leur degré de sensibilité. L'étude examine également si ces facteurs de risque sont associés à la sensibilité chez les parents adoptifs d'enfants avec et sans FLP, en contrôlant pour l'effet potentiel de facteurs de protection.

CHAPITRE II

ARTICLE 1

International Adoption of Children with Cleft Lip and Palate: Attachment, Behavior Problems, and Parental Sensitivity

Valérie Losier¹, Chantal Cyr^{1,2}, and Karine Dubois-Comtois^{3,4}

¹*Université du Québec à Montréal*

²*CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*

³*Université du Québec à Trois-Rivières*

⁴*CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*

This article is submitted to the Journal of Applied Developmental Psychology

This study has obtained the financial support of scholarships to the first author from the *Fonds de recherche du Québec — Société et culture (FRQSC)*, and from the *Institut universitaire Jeunes en difficulté, CIUSSS Centre-Sud-de L'Île-de-Montréal*. It has also obtained support from the *Fonds de recherche du Québec — Santé*. We thank the participating families and our collaborators, the *Secrétariat à l'adoption internationale* and the *CIUSSS Centre-Sud-de L'Île-de-Montréal*.

Correspondence should be addressed to Ms. Chantal Cyr, *Université du Québec à Montréal*, Department of Psychology, P.O. Box 8888, Downtown Postal Station, Montreal, QC, H3C 3P8, Canada, cyr.chantal@uqam.ca

ABSTRACT

Child attachment and levels of behavior problems of internationally adopted children having a cleft lip and palate (CLP; $n = 29$) are compared to those of internationally adopted children without a CLP ($n = 55$). This study also investigates if parental sensitivity, child attachment and behavior problems are related. The presence of a CLP as a moderator of these associations is examined. Results do not show any group differences on attachment (secure attachment CLP = 69%, no CLP = 59%), or on levels of externalizing problems, but children with a CLP exhibit lower levels of internalizing problems. As expected, higher levels of parental sensitivity are associated with attachment security, but sensitivity and attachment are not significantly associated with behavior problems. Insecure children are also more likely to have parents without prior parenting experience. However, CLP children with an insecure attachment show higher levels of externalizing problems. No other interaction effects are found.

KEY WORDS: Attachment, international adoption, special needs, cleft lip and palate, parental sensitivity, behavior problems

Introduction

Child adoption is considered an effective natural intervention. Nevertheless, research has shown that greater age at adoption, more time spent in institutions prior to adoption, and the presence of health problems can attenuate some of its positive effects (van IJzendoorn & Juffer, 2006 for a meta-analyses). While international adoption has been decreasing drastically worldwide, statistics indicate that “special needs” children, that is children presenting various health problems such as physical malformation, blood disease, disabilities, and older children, are increasingly being adopted in many countries (Ministère des affaires étrangères et développement international, 2015; Raffety, 2019; U.S. Department of State Bureau of Consular Affairs, 2018). For example, in the province of Quebec (Canada), where the current study was conducted, children’s mean age at adoption was 33.32 months in 2012, with only 33% of them being older than 24 months, whereas in 2018, children’s mean age at adoption was 56.50 months and 68% of them were older than 24 months. Furthermore, 26% of international adoptees in 2014 presented a serious health problem compared to 44% in 2018 (Secrétariat à l’Adoption Internationale, 2019). Children with health problems are increasingly being proposed for international adoption given the adoption policies in the children’s country of origin or the lack of financial, medical, and professional resources needed to treat their health-related or developmental difficulties (Raffety, 2019; Selman, 2015). Among health

problems frequently observed in children are congenital malformations, particularly a cleft lip and palate (CLP). In a study on CLP children receiving craniofacial treatment at an American clinic, it was reported that 12% to 13% of the children were internationally adopted (Shay et al., 2016; Swanson et al., 2014), an increase of 1.5 children per year between 1998 and 2012 (Shay et al., 2016).

Given that adoption among children with a CLP is on the rise (Hansson, Östman & Becker, 2013; Raffety, 2019; Shay et al., 2016), the overall objective of this study is to broaden our understanding of these children's socio-emotional (mal)adaptation following adoption, in terms of attachment to their caregiver and behavior problems. We will also examine whether the CLP health condition attenuates the positive effects of adoption by comparing CLP children to their adopted counterparts without a CLP. A better understanding of CLP children's attachment and behavior problems will contribute to the development of services specific to their needs and those of their parents. To our knowledge, no study to date has examined attachment or behavior problems of adoptees with a CLP.

Cleft Lip and Palate

A CLP is a facial malformation consisting in an early embryopathy that appears between the 5th and 7th weeks of pregnancy (Martinelli et al., 2001). Among Asian children, the prevalence of this malformation is approximately 1 per 300 births

(Martinelli et al., 2001). The direct consequences of a CLP are both aesthetic and functional (deglutition, mastication, phonation, hearing, and breathing), as well as socio-emotional (relational problems, emotional expression, self-concept; see Millard & Richman 2001; Richman, McCoy, Conrad & Nopoulos, 2012). Scar visibility, social stigma of the physical malformation, associated parent symptoms of anxiety and distress, and the stressful demands of medical treatments have all been cited as factors contributing to CLP child difficulties (Krueckeberg & Kapp-Simon, 1993). However, adoptive parents' awareness of their child's malformation prior to adoption and first reparation surgeries occurring in the country of origin may protect the child and their adoptive parent from further adaptive or stress-related difficulties. In a sample of CLP children and their birth parents, late lip repair was associated with child cognitive delays through reduced maternal sensitivity, possibly given the parent's difficulty in interpreting their child's facial expressions due to unrepaired cleft (Murray et al., 2008). Despite the fact that most adoptees undergo a first reparation surgery in their country of origin, the treatment of CLP usually spans several years post-adoption and requires the services of numerous specialists (e.g. oral and maxillofacial surgeons, speech therapists, pediatric dentists, social workers) to address CLP and several other related problems (e.g. dental, hearing and speech problems). For instance, CLP repair often includes multiple surgeries carried out over a number of years, with prolonged periods of hospitalization depending on the severity of the problem (Canadian Association of Specialists in Oral and Maxillofacial Surgery ACSCBMF, 2019). Also, CPL adoptees require more surgical revisions than non-adopted CLP children (Swanson et al., 2014). Furthermore, CPL

treatment is in addition to other post-adoption services; and mental-health referrals have been shown to be higher for international adoptees than for non-adoptees (Juffer & van IJzendoorn, 2009). In sum, the accumulation of stressors for both the parent and the adopted CPL child could interfere with the quality of their relationship and the child's optimal development and capacity for resilience.

Attachment, Parental Sensitivity, and Prior Parenting Experience

It is well established that a secure attachment promotes psychosocial adjustment (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005). It is on the basis of interactions with a sensitive caregiver—that is to say warm, predictable and available—that the child develops a secure attachment relationship. In stressful situations, children with a secure attachment seek their parent's proximity and physical contact to soothe their distress. Once comforted by the parent, the child may return to their exploration of the environment and engage in learning. However, when exposed to insensitive parental behaviors (e.g. rejection, inconsistency, fright), the child is more likely to develop an insecure attachment. Insecure children tend to minimize (avoidance) or exaggerate distress (dependency, anger), or engage in contradictory, fearful, approach-avoidance behavior towards their caregiver (Sroufe et al., 2005). In a meta-analysis on attachment and international adoption (Van den Dries, Juffer, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009), adoptees were less likely to be securely attached (53%; $d = .34$) than

non-adoptees from the normative population (38% insecure; van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frenkel, 1992).

It has been suggested that adequate parental sensitivity by adoptive parents may not always be sufficient to properly respond to children's needs as children who have been institutionalized for several months (> 8 months; Ames et al., 1992; Chisholm, Carter, Ames, & Morison, 1995) often show difficulties in adequately expressing their needs (e.g. not seeking contact or not showing needs). Viewed as self-sufficient and sometimes even dismissive, adoptive parents erroneously interpret children's lack of expressed needs as a sign that children are either fine and well-adapted, or alternatively as a sign of rejection, feeding their sense of inadequacy. In the end, children's inability to effectively express their needs may have the effect of diminishing parental sensitivity, a phenomenon that has been observed in dyads of foster parents and neglected children (Dozier, Lindhiem, & Acherman, 2005). For example, some adoptive parents report a clear refusal by the child to be comforted (e.g. screaming at the parent's approach, resisting contacts, fleeing; Tan & Marfo, 2006), hindering their ability to connect and establish a secure relationship.

This pattern of interactions is problematic as parents' perceived difficulty in establishing an attachment bond with the child has been identified as an important factor in predicting whether (national) adoptive parents felt prepared for their "special needs"

adoption experience (Egbert and Lamont, 2004). Other associated factors include parents' psychological preparedness prior to adoption, their access to adequate information during pre-adoption training, their level of support from social workers, family members and friends, and their prior experience as an adoptive or biological parent (Denby, Alford, & Ayala, 2011). Parents' prior parenting experience has shown to facilitate optimal parent-child relationship in non-adoptive parent-child contexts. For example, past research has shown that non-adoptive parents with greater experience, such as with a first-born child, reported less conflict with their second-born child than their first (e.g. Whiteman, McHale, & Crouter, 2003). However, it is also possible that parenting challenges associated with having multiple children can impede on parents' sense of competence, availability, and sensitivity toward their second-born child. For example, a recent longitudinal study has indicated no significant association between first-born and second-born children's trajectories of parental sensitivity (e.g. Hallers-Haalboom et al., 2017).

But what do we know about the parent-child attachment relationship among CLP children? A few studies have indicated that the attachment distribution of biological children with a CLP (after lip repair) is not significantly different from that of children without a CLP (Hoeksma, Koomen & Van den Boom, 1996; Maris, Endriga, Speltz, Jones & Deklyen, 2000). Maris et al. (2000) have indicated that children with a more severe malformation are also more likely to show a secure attachment in comparison to

those with a cleft palate only (non-visible). According to Clements and Barnett (2002), it is possible that children with facial malformation are perceived as more vulnerable by their parents and in need of more attentive care, a perception that could enhance parental sensitivity and, in turn, child attachment security.

Behavior Problems

A meta-analysis by Juffer and van IJzendoorn (2009) showed that children adopted before 24 months of age, compared with non-adopted children from the normative population, presented more behavior problems in the years following their adoption, but the extent of this effect was small ($d = 0.07-0.11$). For non-adopted children with a repaired CLP, a systematic review by Hunt, Burden, Hepper, and Johnston (2005) indicated a low risk of major psychosocial problems, although this result is not unanimous in the literature. In fact, some studies have reported high levels of internalizing problems for non-adopted children with a repaired CLP (Ha, Zhuge, Zheng, Shi, Gong, & Wang, 2013; Slifer et al., 2003; Speltz, Morton, Goodell & Clarren, 1993), but there is less of a consensus among studies investigating externalizing problems (Collett, Cloonan, Speltz, Anderka & Werler, 2012; Ha et al., 2013; Speltz et al., 1993). This may be due to various methodological limitations of studies, such as small sample sizes and heterogeneous groups of children with regard to age and cleft lip and palate diagnoses. To date, no study has documented behaviors problems among adoptees with a CLP.

Objectives

This study's overarching goal is to investigate whether the presence of a CLP constitutes an additional risk factor in the international adoption of a child. The first objective is to describe the sociodemographic and adopted-related variables of adoptive families with a CLP child in comparison to that of families having adopted a child without a CLP. CLP-related information is also presented for this group of children. The second objective is to compare attachment classifications, sensitivity levels, prior parenting experiences, and levels of behavior problems of adopted children with a CLP to those of adopted children without a CLP. The third objective is to examine whether prior parenting experience and parent-child relationship variables (sensitivity and attachment) are associated with child outcomes (attachment and behavior problems); and if the presence of a CLP moderates associations between the parent-child relationship variables and child outcomes.

Method

Participants

This study includes 84 adoptive parents (M age = 41.6 years, SD = 4.8) and their children aged 13 to 75 months (M = 35.9 months, SD = 16.9; 48 girls and 36 boys). All parents (76 mothers and 8 fathers) were primary caregivers. The sample is made up of two subgroups: 1) the CLP+ target group of 29 children having a repaired CLP (66% unilateral) at the time of the study and 2) the CLP- comparison group of 55 children with

no craniofacial malformation. To participate to our research, all children had to be internationally adopted, be living in their family for at least 3 months, and aged between 12 and 78 months at the time of study. *The CLP+ group*: parents and adopted children with a CLP were recruited through the Craniofacial Surgery Clinic of Montreal's CHU Sainte-Justine University hospital center (CHUSJ) and with the help of social-network outlets. Children at this clinic generally undergo several evaluations, including developmental and genetic assessments. A psychologist working at the Clinic was in charge of the recruitment. On the basis of children's medical files, the psychologist selected potential participants that met our study criteria. Specifically, only families with an adopted child with a cleft lip and palate, and presenting no other diagnosed developmental or mental health disorders, or severe disabilities (e.g. fetal alcohol syndrome disorder (FASD), intellectual disability (ID), autism spectrum disorder (ASD), cerebral palsy), were selected. Children presenting other health or congenital problems were included ($n = 9$; 31%; e.g. eczema, allergy, infection MRSA, tuberculosis, anemia, chronic otitis, hand malformation, heart conditions). *The CLP- group*: Adopted children with no craniofacial malformation were recruited through several adoption agencies in the province of Quebec and the social services organization of the *Plateau Jeanne-Mance*. These children were part of a sample of parent-child dyads having participated in a project on the efficacy of an attachment-based intervention. Again, families with a child diagnosed with a developmental / mental health disorder or a severe disability (e.g. FASD, ID, ASD, cerebral palsy) were not selected for this project. Children with other health or congenital problems were recruited for the intervention project ($n = 11$; 20%;

e.g. CLP, blood disease, visual problems, infectious disease). For this study, only the pre-test data of the intervention project was used. Moreover, five children from the intervention project were placed in the target CLP+ group given of their CLP diagnosis. Also, dyads from the intervention sample (CLP-) were not preselected on the basis of attachment problems or other difficulties. Overall, 31% of parents of the total sample (CLP+ and CLP- groups) said they wanted help for their child. Precisely, 34% were parents of children without a CLP and 24% were parents of children with a CLP. There was no significant difference between these two proportions, $\chi^2 = .96, p = .33$.

Procedure

A filmed visit with the primary caregiver and the child was held in our laboratory. Dyads were greeted by a research assistant who explained the consent form, after which the parent could ask questions before signing. The assessment protocol for both groups unfolded in four parts: 1) the Strange Situation attachment procedure (20 to 25 minutes); 2) a 10-minute snack; 3) parent-child free play (10 minutes); and 4) questionnaires completed by the parent (45 minutes).

Instruments

Sociodemographic questionnaire. A short-version of the sociodemographic questionnaire (14 questions) by Tessier, R., Larose, S., Moss, E., Nadeau, L., Tarabulsky, G.M., et le Secrétariat à l'adoption internationale (2005) was completed by the parent. It

provides information on the family (income, education level, child age, prior parenting experience, etc.).

Living conditions at pre-adoption and on arrival in the family. This questionnaire, also based on Tessier et al. (2005), includes 28 questions and was completed by the parent. It provides information on children's living conditions before arrival (if known) and on their health at arrival in the adoptive family (e.g. residence before adoption, age at arrival, weight, country of origin). It also includes questions on the psychosocial services received by the family.

Child's medical conditions (CLP+ group only). This questionnaire gathers information on the type of cleft lip and palate, child age at surgeries, the number of surgeries, and associated complications or health problems. It was completed by the psychologist, on the basis of the child's medical records at the CHUSJ. For the 5 children not recruited at the CHUSJ, this information was drawn from a short interview with the parent.

Child attachment. The Strange Situation by Ainsworth, Blehar, Waters, and Wall (1978), for children aged 12 to 24 months, and the separation-reunion procedure by Cassidy and Marvin (1992), adapted for children aged 24 to 72 months (Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy, St-Laurent, & Bernier, 2011), were used to evaluate child

attachment to the parent. These two procedures, which involve two separation and reunion episodes with the parent, are entirely comparable. However, given that child attachment behaviors evolve with age, coding procedures are adjusted to the child's developmental age and the presence of the stranger is not required in the second episode for children aged 24 months and over. Coders classified child reunion behaviors toward their caregiver using the Cassidy and Marvin (1992) coding system. There are four major attachment categories. 1) Children with a secure attachment (B) initiate communication and contact with the parent, seek proximity when distressed and go back to exploring once soothed. 2) Children with an insecure avoidant attachment (A) establish tend to ignore the parent's initiatives, maintain emotional neutrality in their contacts with the parent and do not turn to the parent when distressed. 3) Children with an insecure ambivalent attachment (C) show resistance and opposition toward their parent or display excessive immaturity and great passivity, behaviors that are detrimental to the quality of their exploration. 4) Children with an insecure disorganized attachment (D) are of three types: a) they are disoriented, confused or frightened and may exhibit bouts of incomplete or contradictory movements toward the parent; b) they try to control their parent's behaviors in a punitive or caregiving manner, indicating a parent-child role reversal; or c) they exhibit contradictory behaviors from one reunion to another and thus cannot be classified A, C, or D.

This procedure and coding system have been validated in studies showing associations with mother-child interaction quality, child representations of self and of others, and child socio-emotional adaptation (Bar-Haim, Sutton, Fox & Marvin, 2000; Moss, Cyr, Dubois-Comtois, 2004; NICHD Early Child Care Research Network, 2001). Two independent coders, blind to other measures and trained by an expert judge (E. Moss), evaluated child attachment. Interrater reliability, with the 4 categories, on 20% of the sample cases was excellent ($kappa = 0.83$).

Parental sensitivity Q-Sort. The mini-Maternal Behavior Q-Sort (mini-MBQS-V) by Moran, Pederson, and Bento (2009) assesses parental sensitivity on the basis of filmed parent-child interactions. This short version was developed from the well-validated long version MBQS (90 items) by Pederson and Moran (1995). The mini-MBQS consists of 25 items based on the definition of sensitivity formulated by Ainsworth et al. (1978). Items reflect the parent's capacity to recognize, interpret, and respond appropriately and in a timely fashion to child signals. In our study, coders carried out the card sorting after viewing a 10-minute video sequence of mother-child free play. Items are first sorted into 3 piles, namely those that describe the parent's behaviors, those that are neutral, and those that do not describe the parent's behaviors. Then the 3 piles are divided into 5 piles of 5 items, with pile 1 referring to behaviors that are least representative of the parent and pile 5 to behaviors most representative of the parent. Each item is associated with a sensitivity score from 1 to 9. A global sensitivity score,

ranging from -1 (insensitive) to 1 (very sensitive) is obtained by computing a correlation between the observer's sort and a criterion sort established for a prototypically sensitive caregiver by experts. Mean MBQS sensitivity scores for normative non-adopted children lie between .32 ($SD = .59$, Bailey, Bisceglia, Roche, Jenkins & Moran, 2009) and .34 ($SD = .51$; Pederson, Bailey, Tarabulsky, Bento & Moran, 2014). In Pederson et al.'s (2014) study, mothers' mean sensitivity scores was .57 ($SD = .31$) for a secure child and -.12 ($SD = .52$) for an insecure child. The mini-Q-Sort correlates with the long version of the MBQS as well as with child attachment and cognitive development (Tarabulsky et al., 2009). With coding taking into consideration the child's developmental age, this instrument has previously been used with children as old as 7 and was used in various populations, such as normative non-adopted children (Bernier, Matte-Gagné, Bélanger, & Whipple, 2014), internationally and nationally adopted children (Colonnesi et al., 2013; Feugé, Cyr, Cossette, & Julien, 2018), and children with clinical disorders (Kim & Kim, 2009). In our sample, maternal sensitivity was assessed by two independent coders, blind to other measures. Interrater reliability was calculated for 20% of the sample cases and was found to be excellent $r_{icc} = .81$.

Child behavior problems. The parent version of the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2000) was completed by the parent. It can be used with children as young as 12 months (Van Zeijl et al., 2006). The parent evaluates child behaviors on 3-point scale (not true, somewhat or sometimes true, and very true or often

true). The CBCL provides a total behavior problem score and two sub-scale scores: one for internalizing problems (anxious/ depressive, withdrawn/depressed, somatic complaints) and another for externalizing problems (noncompliant, aggressive behavior). Cronbach's alpha coefficients using data of this study ranged between .85 and .92. For the current study, only the standardized T scores, which normalizes for child age and sex, were used for the internalizing and externalizing problems scales. Children with scores ≥ 63 are considered above the clinical threshold. Achenbach and Rescorla (2000; 2001) report an excellent test-retest reliability ($r = .85$) over a period of 3 to 6 months as well as convergence with psychiatric diagnoses ($r = .72$ to $.91$).

Results

Analyses were conducted on 84 participants, as one dyad of the CLP+ group presented outlying data on some of the questionnaires and was therefore excluded as to not bias the results.

Descriptive Statistics of study variables

Sociodemographic description of adoptive parents. Eighty-six percent of children lived with their 2 adoptive parents and 13.5% with their adoptive mother only. The majority of parents came from a high socio-economic background, with 84.8% of parents reporting a family income of over \$75,000. Parents in the study were more educated (79.8% had a university degree) than the average Quebecker (40% of women

and 25% of men from Quebec have a university degree; Girard, 2007). As for ethnicity, 89.4% of parents were Canadian, 6% French, and 4.6% of other origins (e.g. Italian). Table 2.1 presents descriptive statistics of study variables. Analyses revealed no significant differences between parents of the two CLP groups on parent age ($t = -.94$), education ($t = .52$), family income ($X^2 = 1.27$), and nationality ($X^2 = .006$). A marginal group difference was observed on marital status, with more parents of children with a CLP being in a couple relationship than those of children without a CLP ($X^2 = 5.59$ $p = .06$).

Child adoption-related variables. The children in our sample had a mean age of 35.92 ($SD = 16.95$) and were adopted at a mean age of 16.31 months ($SD = 9.95$). Fifty seven percent of the children were girls. At the time of the study, children had spent an average of 19.6 months ($SD = 14.8$) in their adoptive families. They were adopted mainly from China (61%, $n = 51$) and Vietnam (24%, $n = 20$), while 15% originated from other countries (Philippines $n = 2$, South Korea $n = 4$, Kazakhstan $n = 2$, Thailand $n = 1$, Haiti $n = 3$, and Mali $n = 1$). Overall, all children were from Asia, except 6. According to parents, prior to adoption, 77% of children were reared in an orphanage and 23% in a foster family. Statistics are presented in Table 2.1. Chi-squares and t -tests showed significant group differences, indicating that CLP+ children were on average 16 months older at the time they participated to the study ($t = -4.28$) and were adopted 9 months later ($t = -4.52$) than CLP- children. No other comparisons were significant.

Medical conditions of children with CLP. Among the 29 CLP children, 19 had a unilateral cleft lip (66%) and 10 had a bilateral cleft lip (34%; see Table 2.1). Most of the children (72%) had their first operation in their country of origin (a labiaplasty repair surgery of the lips). On average, children's first surgery was at 10.96 months ($SD = 6.24$), and 17 children underwent a second surgery upon their arrival in Quebec, usually a staphylorrhaphy (palate surgery) at 20.07 months ($SD = 7.22$; 2 children had minor complications). Also, at the time of the study, 22 children with a CLP had undergone a third surgery (a myringotomy, eardrum surgery) at 32.09 months ($SD = 14.13$; 3 children had minor complications).

Comparison of CLP Groups on Study Variables

Child attachment. One 2X2 chi-square was performed to examine the association between the CLP groups and the secure/insecure attachment classifications (secure [B] vs insecure [A, C, D, Dcont combined]). Analyses yielded no significant results ($X^2 = .655, p = .42, d = .18, IC -0.25 - 0.61$), indicating no differences in the number of children with a CLP or without a CLP who exhibited a secure or insecure attachment.

Table 2.2 presents the distribution of attachment classifications for our sample in addition to that of children from the normative non-adopted population, as reported in the meta-analysis by van IJzendoorn et al. (1992). A comparison of our sample's secure/insecure distribution with that of the normative distribution revealed that the

number of secure children in our sample (the whole sample: 63%, CLP+: 69%, and CLP- : 60%) is similar to that of the number of secure children in the normative non-adopted population as reported by van IJzendoorn et al. (secure children: 62%; CLP+ vs. normative non-adopted: $X^2 = .593$, $p = .44$; CLP- vs normative non-adopted: $X^2 = .088$, $p = .77$).

CLP, parental sensitivity and prior parenting experience. Levels of parental sensitivity and proportions of parents with and without prior parenting experience were examined as a function of CLP groups. Results of a *t*-test showed a significant difference indicating that parents of the CLP+ group were less sensitive than those of the CLP- group ($t = 2.71$, $p = .008$). In addition, we found that 44% of the parents in this study had prior parenting experience with other biological or adopted children. More parents in the CLP+ group (58%), compared to those of the CLP- group (36%) had prior parenting experiences ($X^2 = 3.8$, $p = 0.05$). Table 2.3 presents statistics for sensitivity and prior parenting experience for both CLP groups.

Comparison of CLP groups on behavior problems. *T*-tests were performed to test group differences on continuous scores of behavior problems. Children of the CLP+ group did not differ from those of the CLP- group on levels of externalizing problems ($t = 1.35$, $p = .18$, $d = 0.31$), but showed significantly lower levels of internalizing problems than those of the CLP- group ($t = 1.99$, $p = .05$, $d = 0.46$). Taken the sample as a whole,

we find that 7.1% of the children exhibited externalizing symptoms above the clinical range and 13.1% of the children exhibited internalizing symptoms above the clinical range. Chi-square analyses revealed that the percentage of CLP+ children in the clinical range for internalizing behavior (3.4%) was significantly lower compared to CLP- children (18.2%; $\chi^2 = 3.62, p = .05$). There were no group differences between the percentages of children showing externalizing clinical scores (CLP+ = 6.9%, CLP- = 7.3%; $\chi^2 = 0.01, p = 0.95$). Table 2.3 presents the means, standard deviations, and percentages of child behavior problems as a function of CLP group.

Main analyses: Regression Analyses

Preliminary Analyses. Preliminary analyses examined if sociodemographic data (child age and sex, education and marital status, and family income), adoption-related information (child age at adoption, number of months spent in the family), and CPL related variables (age at first surgery, surgery before adoption, type of CLP) were associated with dependent variables, namely child attachment and internalizing and externalizing problems. Table 2.4 presents a correlation matrix of these variables.

First, given that time spent in the family and child age were not normally distributed, they were log-transformed. Analyses showed that older children ($F(1,82) = 16.62, p = .001; r = .41$) and those having spent more time in their adoptive families ($F(1,82) = 9.86, p = .002; r = .32$) were more likely to present a secure attachment. Because time spent in the family was found to be highly correlated with child age (r

= .81, $p = .01$), only one of the two variables was controlled for in the main analyses involving attachment, that is time spent in the family, given its presumed effect (and not that of child age) on attachment security. None of the other sociodemographic data, adoption-related information or CLP-related variables were significantly associated with child attachment (r s between $-.04$ and $.18$).

Second, regarding child behavior problems, prior parenting experience, sociodemographic data, adoption-related information and CLP related variables were not significantly related to child externalizing and internalizing problems (r s between $.01$ and $.24$). Hence, they were not used as control variables in the main analyses with behavior problems.

Third, given the potential confounding effect of prior parenting experience and parental sensitivity on child attachment, we examined associations between these variables. Parents with prior parenting experience were found to be significantly ($r = .24$) more sensitive than those without such experience and were more inclined to have a secure child ($r = .33$).

Child attachment. A logistic regression was conducted to examine if parental sensitivity, prior parenting experience, the presence of a CLP, and the interaction of Sensitivity X CLP were associated with child attachment, using child time spent in the

family as a control variable. Results are presented in Table 2.5. Together (model 2), main effects of prior parenting experience and sensitivity explained a significant 9% of the total variance $R^2 = .09$, $X^2 = 9.81$, $p < .02$. Precisely, children of parents with prior parenting experience ($B = 1.00$, $ES = .57$) and showing more sensitivity ($B = 1.80$, $ES = .96$) were more likely to show a secure attachment. The presence of a CLP ($B = -.47$, $ES = .63$, $p = .45$) was not significantly associated with a secure attachment. In addition, a marginal interaction effect of CLP X Sensitivity was found ($B = -3.37$, $ES = 1.92$, $p = .07$). A visual inspection of the means suggests that within the CLP+ group, those with an insecure attachment have mothers with lower sensitivity scores ($n = 9$; $M = .20$, $SD = .34$) than those with a secure attachment ($n = 20$; $M = .36$, $SD = .36$).

Externalizing problems. A linear regression examined if parental sensitivity, prior parenting experience, attachment security, the presence of a CLP, and the interaction of CLP X Sensitivity and CLP X Attachment were associated with externalizing problems. Results, shown in Table 2.5, did not reveal any significant main effects of sensitivity ($\beta = -.07$), prior parenting experience ($\beta = .10$), attachment security ($\beta = -.07$) or CLP ($\beta = -.18$). There was no CLP X sensitivity effect ($\beta = -.16$), but a significant CLP X Attachment effect ($\beta = -0.42$) was obtained. Analyses of simple effects indicated that children with a CLP and an insecure attachment ($M = 52.11$, $SD = 9.39$; $t = 2.14$) presented significantly higher levels of externalizing problems than children with a CLP and a secure attachment ($M = 45.40$, $SD = 6.99$; $t = 2.15$, $p = .04$). However, children

with a CLP and an insecure attachment did not significantly differ from those without a CLP and a secure attachment ($M=50.67, SD = 8.21; t = 0.45, p = .65$) or an insecure attachment ($M=49.13, SD = 8.52; t = 0.86, p = .40$).

Internalizing problems. A linear regression examined if parental sensitivity, prior parenting experience, attachment security, the presence of a CLP, and the interaction of CLP X Sensitivity and CLP X Attachment were associated with internalizing behavior problems. Results, presented in Table 2.5, did not reveal any significant main effects of sensitivity ($\beta = .08$), prior parenting experience ($\beta = -.17$), attachment security ($\beta = -.28$) or CLP ($\beta = -.18$). There was no CLP X sensitivity effect ($\beta = -.13$), and a marginal but non-significant CLP X Attachment interaction effect ($\beta = -0.41$) was found.

Discussion

This study is the first to examine attachment to caregivers and behavior problems among internationally adopted children with a cleft lip and palate (in addition to other health problems regularly found in this population). The significance of this study is noteworthy given that very little research has been conducted on these children who are increasingly being adopted. As international adoptees are at greater risk of presenting health issues that can potentially interfere with their adoption's success, describing CLP children's attachment to their caregiver and their behavior problems is of great relevance.

Overall, results showed that the majority of internationally adopted children (with and without a CLP) are well adapted. First, a large proportion of children in our sample showed a secure attachment to their adoptive parent (63%). In addition, our study's distribution of child attachment classifications (for children with and without a CLP) did not significantly differ from that of the normative non-adopted population. Furthermore, among collected sociodemographic data, adoption-related information and CLP-related variables, only time spent in the adoptive family and child age, were positively and significantly related to attachment security. Older children and those having spent more time in their adoptive families were more likely to show a secure attachment. This is consistent with the majority of studies stipulating that adoption is an efficient intervention and with Juffer and van IJzendoorn's meta-analyses (2009), which showed that children having lived with their new parents over a longer period of time were more likely to be in a secure attachment relationship.

Second, children showed low levels of behavior problems, with only 7% and 13% of all children (with and without CLP) exhibiting externalizing and internalizing symptoms above the clinical cut-off, respectively. These rates are even lower than the percentages (17% and 21%, respectively; Achenbach, 1991) of children from the normative non-adopted child population. These positive results are counter to those reported in numerous studies that have shown higher levels of behavior problems among

international adoptees compared to their non-adopted counterparts from the normative population (Juffer & van IJzendoorn, 2009, $d = 0.07-0.11$). Nonetheless, it is important to note the small effect sizes pertaining to these differences. Also, untested moderators, such as child country of origin, could have revealed smaller non-significant effects for certain groups of children. For example, adopted children from Asia have been found to show fewer behavior problems than adoptees from Eastern European countries (Tessier et al., 2005). In our study, nearly all participants, but 6, came from Asia.

Child Attachment, Parental Sensitivity and Prior Parenting Experience

In spite of this positive profile found for the majority of the children in our sample, it remains that some children exhibited an insecure attachment or presented high behavior problem scores. As supported by numerous studies showing an association between attachment insecurity and maternal insensitivity (e.g. De Wolff & Van IJzendoorn, 1997), our results indicate that insecure children have parents with lower levels of sensitivity. These insecure children are also more likely to have parents without prior parenting experience; and such parents also present lower sensitivity than those with prior experience. Hence, results of this study support the learning-experience hypothesis suggesting that having had a first child facilitates the parenting of the second child as well as the quality of the parent-child relationship with the second child (Whiteman et al., 2003). Having prior parenting experience might be especially relevant in the context of adoption given that all adoptees come with a history of separation,

abandonment, and sometimes even severe neglect that increases their needs and child rearing challenges for their adoptive parents. Prior parenting experience may contribute to the parent's sense of preparedness and thus reduce parental stress related to child difficulties, as those parents are more likely to have had child rearing experiences in the past. Parents with prior parenting experience are also more likely to have built a network of supportive individuals (like grand-parents, friends) that can help with parental needs and buffer feelings of stress impeding on parental sensitivity.

Could the presence of a child's CLP exacerbate the association between insecurity and insensitivity? Results of our study indicated that the group of adoptees with a CLP (with some presenting additional health problems) were not at greater risk of showing an insecure attachment than the group of adoptees without a CLP (with some children in this group presenting other health problems). This finding is congruent with studies having reported a lack of a significant association between the presence of a repaired CLP and attachment insecurity among children and their biological parents (Habersaat et al., 2013; Nelson, Glenny, Kirk, Caress, 2012). Most parents, adoptive or biological, receive multidisciplinary support that can alleviate the anxiety related to cleft care procedures, helping the parent to effectively cope with difficult situations without it largely affecting the quality of their relationship with their child (Habersaat et al., 2018). Nevertheless, we did find a marginal effect, where children with a CLP and a less sensitive parent had a greater propensity to have an insecure attachment. When

comparing parents with a CLP child to those of a child without a CLP, we also found that parents of the former are less sensitive, although they have more parenting experience and are more likely to be involved in a marital relationship. Taken together, once added to parental insensitivity, the CLP diagnosis, a health problem that comes along with stressful experiences (such as surgeries, hospitalization) and child difficulties (such as speech and hearing problems), may have increased the likelihood of the child presenting an insecure attachment, in comparison to children who have only one of the two risk factors. This accumulation of risk factors might help explain why some CPL children presented an insecure attachment, however, additional studies will be needed to confirm this marginal interaction effect. Our results showing that parents of CLP children have more parenting experience and are more likely to be involved in a marital relationship may be due to countries selection criteria, who require older parents for children with “special needs”. It is also possible that fathers’ supportive presence may have contributed to children’s exhibiting a secure attachment, explaining why proportions of secure children in the CLP+ and CLP- groups are comparable. Moreover, one cannot discard that CLP children, due to their medical issues requiring meticulous feeding from the caregiver, may have had more attentive and perhaps more sensitive care in their country of origin, enhancing their capacity to form a secure relationship with their adoptive mothers.

Behavior Problems

A first result showed that adoptees with a CLP presented fewer internalizing problems than their counterparts without a CLP. There was no CLP group difference on externalizing behaviors. As highlighted earlier, children with a CLP often receive various types of services that may help to mitigate their risk of showing behavior problems in comparison to their adopted peers without a CLP who may not have been exposed as intensely to services.

Nevertheless, among CLP children, we found that having a CLP diagnosis and an insecure attachment was significantly associated with higher levels of externalizing problems. A marginal, but non-significant interaction effect was also found for internalizing problems. Prior studies have found that children with a CLP are more impulsive or even aggressive with others and more negative (rejecting the parent, emotional dysregulation) with their parent (Murray et al., 2010; Slifer et al., 2003). Many have argued that poor communication and social skills are in part explained by children's verbal deficiencies due to their CLP, even after cleft and lip repair (Carroll & Shute, 2005; Krueckeberg, Kapp-Simon & Ribordy, 1993; Murray et al., 2010; Rubin & Wilkinson, 1995). According to Greenberg (1999), attachment insecurity is an important risk factor for predicting maladaptation, as it increases the negative effects of the child's vulnerabilities on relational and psychosocial challenges. Therefore, the combination of an insecure attachment and a CLP diagnosis constitutes a dual risk increasing the

manifestation of externalizing problems. Prior parenting experience and parental sensitivity were not related to child behavior problems, nor was there any association with attachment security. This last result was particularly surprising given that attachment and parental sensitivity have been found to be related to behavior problems in numerous studies (e.g. Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley & Roisman, 2010; Groh, Fearon, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Roisman, 2017; Kok et al., 2013). It is possible that the selection process of adoptive parents warrants a “good enough” level of parenting skills that may explain the lack of association between variables of the parent-child relationship and behavior problems. In addition, other variables, not examined in the current study, may moderate these associations. In particular, the quality of the father-child relationship has been found to play an important role in child behavior problems (Trautmann, Gschwendt, Schmidt, Laucht et al., 2006).

Medical Implication of a Cleft Lip and Palate

In this study, more severe medical CLP conditions (i.e., surgery after adoption, late surgery and bilateral cleft) were not significantly related to child (attachment, behavior problems) or parent outcomes (sensitivity). Numerous studies have taken an interest in the biological parents’ perception of their experience with their CLP child and overall, the CLP conditions appear to have little impact on the psychosocial adaptation of the child or the parent-child relationship (Johansson & Ringsberg, 2004; Klein, Pope,

Getahun & Thompson, 2006; Murray et al., 2008; Nelson, Kirk, Caress & Glenny, 2012). Thus, it seems that even in the context of adoption, the severity of the conditions surrounding the child's CLP (even for children with a CLP and additional health problems, excluding major disabilities such as ASD, FASD, etc.) may not constitute an additional risk factor.

Limitations and Future Recommendations

A few study limitations should be addressed. Namely, the sample size of the CLP+ group was small (only 29 children with CLP) and information on the genetic evaluations of these participants was not made available. Moreover, the range for the variables "time spent in the family" and "child age" were large, and both of these highly interrelated variables were associated with dependent variables. To resolve this issue, we controlled for these two variables in our main analyses, but ideally, we would have matched CLP+ and CLP- children on adopted-related variables, such as child age and sex. Nevertheless, we did account for numerous confounding variables potentially at play in this population. For example, CLP and other malformations or health problems may be related to FASD. Hence, a strength of our study is that only children who were not diagnosed with a disability or developmental / mental health disorder were selected. In the end, when interpreting the results of this study, we need to keep in mind that CLP+ and CPL- groups were not similar in terms of child age, time spent in the family and marital status; and that some of the children may have had a non-diagnosed disability.

Also, other variables not measured in this study could have affected the results. For instance, numerous CLP children exhibit language difficulties, a variable that would have been relevant to consider given its potential impact of the quality of parent-child interactions and child behavior problems.

Also, we would recommend a longitudinal design for future research in order to account for the influence of facial growth, which will not be complete until the end of adolescence. Changes in facial morphology and surgical experiences need to be examined as factors possibly having an influence on psychosocial functioning (Murray et al., 2010; Pope & Ward, 1997; Richman et al., 2012). Despite our study's results indicating the overall adaptive functioning of CLP+ children during preschool/early school age, it will be important to see how these adopted children evolve into to adolescence. Additional information on adoptive parents' characteristics would also be relevant for identifying the factors associated with parents' adaptation to adopting a child with health problems. For example, it would be important to know more about the psychosocial state of mind of parents adopting children with health problems in comparison to other adoptive parents. Parental attachment state of mind, parental stress, and parental reflective functioning would be variables of interests.

Conclusion

The particular medico-surgical context of children with a CLP can be challenging for them and their family and may constitute an additional risk factor in the context of adoption. However, adoption has shown to represent a protection factor for children, and the results of our study point in that direction, both for adoptees with or without a CLP, who, within our sample, are few to show an insecure attachment and behavior problems in the clinical range. In short, children of our sample, with or without a CLP (and with some of these children presenting other health problems such as blood disease, heart conditions, etc.), resemble those of the normative population, as compared to results of other studies. In addition, our results indicate that parental sensitivity is associated to child attachment, and having both a CLP and lower levels of parental sensitivity, increases the risk of showing an insecure attachment in comparison to children who have only one of the two risk factors. In terms of behavior problems, we found that having a CLP combined with an insecure attachment increases the risk of showing externalizing problems. These results have the potential of serving as a reference for improving the quality of the information for parents wanting to adopt “special needs” children, specifically with a CLP.

References

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile. *University of Vermont, Department of Psychiatry*.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment; Child behavior checklist for ages 1 1/2-5; Language development survey; Caregiver-teacher report form*. University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the Achenbach system of empirically based assessment school-age forms profiles. *Burlington, VT: ASEBA*.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ames, E. W., Carter, M. C., Chisholm, K., Fisher, L., Gilman, L. C., Mainemer, H. & al. (1992). Development of Romanian orphanage children adopted to Canada. *Symposium presented at the annual convention of the Canadian Psychological Association, Quebec, Canada*.
- Bailey, H. N., Bisceglia, R., Roche, J., Jenkins, J., & Moran, G. (2009). Psychometric Properties of a Short Version of the Maternal Behavior Q-sort: What You Need to Know Before Analyzing the Data. *Psychology Presentations*, 8.
- Bar-Haim, Y., Sutton, D. B., Fox, N. A., & Marvin, R. S. (2000). Stability and change of attachment at 14, 24, and 58 months of age: Behavior, representation, and life events. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 381–388.
- Bernier, A., Matte-Gagné, C., Bélanger, M. È., & Whipple, N. (2014). Taking stock of two decades of attachment transmission gap: Broadening the assessment of maternal behavior. *Child Development*, 85, 1852-1865.
- Canadian Association of Specialists in Oral and Maxillofacial Surgery ACSCBMF (2019). [Online] <https://www.caoms.com/fr/procedures/fente-labiale-et-fente-palatine> (Page Consulted 2019 October 21).

- Carroll, P., & Shute, S. (2005). School peer victimization of young people with cranio-facial conditions: A comparative study. *Psychology, Health and Medicine, 10*, 291–305.
- Cassidy, J. & Marvin, R. S. (1992). *Attachment organization in preschool children: Procedure and coding manual*, Unpublished manuscript, University of Virginia.
- Chisholm, K., Carter, M., Ames, E. W., & Morison, S. J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology, 7*, 283–294.
- Clements, M., & Barnett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the Strange Situation and attachment Q-Sort. *Infant Mental Health Journal, 23*, 625–642.
- Collett, B. R., Cloonan, Y. K., Speltz, M. L., Anderka, M., & Werler, M. M. (2012). Psychosocial functioning in children with and without orofacial clefts and their parents. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 49*, 397-405.
- Collett, B. R., & Speltz, M. L. (2006). Social-emotional development of infants and young children with orofacial clefts. *Infants & Young Children, 19*, 262-291.
- Colonnesi, C., Wissink, I. B., Noom, M. J., Asscher, J. J., Hoeve, M., Stams, G. J. J., ... & Kellaert-Knol, M. G. (2013). Basic trust: an attachment-oriented intervention based on mind-mindedness in adoptive families. *Research on Social Work Practice, 23*, 179-188.
- Demir, T., Karacetin, G., Baghaki, S., & Aydin, Y. (2011). Psychiatric assessment of children with nonsyndromic cleft lip and palate. *General Hospital Psychiatry, 33*, 594-603.
- Denby, R. W., Alford, K. A., & Ayala, J. (2011). The journey to adopt a child who has special needs: Parents' perspectives. *Children and Youth Services Review, 33*, 1543-1554.
- De Wolff, M. S., & van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*, 571-591.
- Dozier, M., Lindhiem, O., & Ackerman, J. (2005). Attachment and biobehavioral catch-up. In L. Berlin, Y., Ziv, L., Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing Early Attachments*. New York: Guilford.

- Egbert, S. C., & Lamont, E. C. (2004). Factors contributing to parents' preparation for special-needs adoption. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21, 593-609.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435-456.
- Feugé, É. A., Cyr, C., Cossette, L., & Julien, D. (2018). Adoptive gay fathers' sensitivity and child attachment and behavior problems. *Attachment & Human Development*, 1-22.
- Girard, C. (2007). *Le bilan démographique du Québec*. Institut de la statistique du Québec.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 469-496). New York: Guilford Press.
- Groh, A. M., Fearon, R. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives*, 11, 70-76.
- Ha, P., Zhuge, X.-Q., Zheng, Q., Shi, B., Gong, C.-X. & Wang, Y. (2013). Behavioral pattern in Chinese school- aged children with cleft lip and palate. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 6, 162-166.
- Habersaat, S., Monnier, M., Peter, C., Bolomey, L., Borghini, A., Despars, J., ... & Hohlfeld, J. (2013). Early mother-child interaction and later quality of attachment in infants with an orofacial cleft compared to infants without cleft. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50, 704-712.
- Habersaat, S., Turpin, H., Möller, C., Borghini, A., Ansermet, F., Müller-Nix, C., ... & Hohlfeld, J. (2018). Maternal representations and parenting style in children born with and without an orofacial cleft. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 55, 88-97.
- Hallers-Haalboom, E. T., Groeneveld, M. G., van Berkel, S. R., Endendijk, J. J., van der Pol, L. D., Linting, M., ... & Mesman, J. (2017). Mothers' and fathers' sensitivity with their two children: A longitudinal study from infancy to early childhood. *Developmental Psychology*, 53, 860.
- Hansson, E., Östman, J., & Becker, M. (2013). Adopting a child with cleft lip and

- palate: a study of parents' experiences. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 47, 30-35.
- Hoeksma, J. B., Koomen, H. M.Y., & Van den Boom, D. (1996). The development of early attachment behavior. *Early Development and Parenting*, 5, 135-147.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., & Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *European Journal of Orthodontics*, 27, 274-285.
- Johansson, B., & Ringsberg, K. C. (2004). Parents' experiences of having a child with cleft lip and palate. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 165-173.
- Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2009). International adoption comes of age: Development of international adoptees from a longitudinal and meta-analytical perspective. In G. M. Wrobel, & E. C. Neil (Eds.) *International Advances in Adoption Research for Practice*, UK: Wiley-Blackwell.
- Kim, E. S., & Kim, B. S. (2009). The structural relationships of social support, mother's psychological status, and maternal sensitivity to attachment security in children with disabilities. *Asia Pacific Education Review*, 10, 561-573.
- Klein, T., Pope, A. W., Getahun, E., & Thompson, J. (2006). Mothers' reflections on raising a child with a craniofacial anomaly. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 43 (5), 590-597.
- Krueckeberg, S. M, & Kapp-Simon, K. A. (1993). Effect of parental factors on social skills of preschool children with craniofacial anomalies. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30, 490-496.
- Krueckeberg, S. M., Kapp-Simon, K. A., & Ribordy, S. (1993). Social skills of preschoolers with and without cranio-facial anomalies. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30, 475-481.
- Kok, R., Linting, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Jaddoe, V. W., Hofman, A., ... & Tiemeier, H. (2013). Maternal sensitivity and internalizing problems: Evidence from two longitudinal studies in early childhood. *Child Psychiatry & Human Development*, 44, 751-765.
- Maris, C. L., Endriga, M. C., Speltz, M. L., Jones, K., & DeKlyen, M. (2000). Are infants with orofacial clefts at risk for insecure mother-child attachments? *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 37, 257-265.
- Martinelli, M., Scapoli, L., Pezzetti, F., Carinci, F., Francioso, F., Baciliero, U., ... & Tognon, M. (2001). Linkage analysis of three candidate regions of chromosome

- 1 in nonsyndromic familial orofacial cleft. *Annals of human genetics, Annal Humain Genetic*, 65(5), 465-471.
- Millard, T., & Richman, L. C. (2001). Different cleft conditions, facial appearance, and speech: relationship to psychological variables. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38, 68-75.
- Ministère des affaires étrangères et du développement international en France. [Online] https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_activite_2015_-_version_anglaise_cle0b479d.pdf (Page Consulted 2019 November 23)
- Montirosso, R., Fedeli, C., Murray, L., Morandi, F., Brusati, R., Perego, G. G., & Borgatti, R. (2011). The role of negative maternal affective states and infant temperament in early interactions between infants with cleft lip and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 241-250.
- Moran, G., Pederson, D. R., & Bento, S. (2009). Maternal Behavior Q-Sort (MBQS)-Overview, Available Materials and Support. *The Selected Works of Greg Moran*. [Online] <http://works.bepress.com/gregmoran/48> (Page consulted 2019 November 19).
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40, 519-531.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development & Psychopathology*, 23, 195-210.
- Murray, L., Arteché, A., Bingley, C., Hentges, F., Bishop, D. V., Dalton, L., ... & Hill, J. (2010). The effect of cleft lip on socio-emotional functioning in school-aged children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 94-103.
- Murray, L., Hentges, F., Hill, J., Karpf, J., Mistry, B., Kreutz, M., Woodall, P., Moss, T., Goodacre, T. & The Cleft Lip and Palate Study Team (2008). The effect of cleft lip and palate, and the timing of lip repairs on mother-infant interactions and infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 115-123.
- Nelson, P., Glenny, A. M., Kirk, S., & Caress, A. L. (2012). Parents' experiences of caring for a child with a cleft lip and/or palate: a review of the literature. *Child: care, health and development*, 38, 6-20.

- Nelson, P. A., Kirk, S. A., Caress, A. L., & Glenney, A. M. (2012). Parents' emotional and social experiences of caring for a child through cleft treatment. *Qualitative Health Research, 22* (3), 346-359.
- NICHD Early Child Care Research Network (2001). Child-Care and Family Predictors of Pre-school Attachment and Stability From Infancy. *Developmental Psychology, 37*, 847-862.
- Pederson, D. R., Bailey, H. N., Tarabulsky, G. M., Bento, S., & Moran, G. (2014). Understanding sensitivity: Lessons learned from the legacy of Mary Ainsworth. *Attachment & Human Development, 16*, 261-270.
- Pederson, D.R., & Moran G. (1995). A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-sort measures of infant-mother interaction. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 60* (2-3, Serial No. 244), 111-145.
- Pope, A. W., & Ward, J. (1997). Self-perceived facial appearance and psychosocial adjustment in preadolescents with craniofacial anomalies. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 34*, 396-401.
- Raffety, E. (2019). Chinese Special Needs Adoption, Demand, and the Global Politics of Disability. *Disability Studies Quarterly, 39*.
- Richman, L. C., McCoy, T. E., Conrad, A. L., & Nopoulos, P. C. (2012). Neuropsychological, behavioral, and academic sequelae of cleft: early developmental, school age, and adolescent/young adult outcomes. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 49* (4), 387-396.
- Richman, L. C., & Millard, T. (1997). Brief report: Cleft lip and palate: Longitudinal behavior and relationships of cleft conditions to behavior and achievement. *Journal of Pediatric Psychology, 4*, 487-494.
- Rubin, K., & Wilkinson, M. (1995). Peer rejection and social isolation in childhood. In R. Eder, (Ed), Cranio-facial anomalies: *Psychological Perspectives* (pp. 158-176). New York: Springer-Verlag.
- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2019). Les adoptions internationales au Québec – Statistiques. *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*. [Online] www.adoption.gouv.qc.ca. (Page consulted 2019 October 20).
- Selman, P. (2015). Intercountry adoption of children from Asia in the twenty-first century. *Children's Geographies, 13*(3), 312-327.
- Shay, P. L., Goldstein, J. A., Wink, J. D., Paliga, J. T., Solot, C. B., Cohen, M. A., ... & Jackson, O. A. (2016). International adoptees with cleft lip and/or palate:

- Lessons learned from a growing population. *Annals of plastic surgery*, 77(4), 377-382.
- Slifer, K. J., Beck, M., Amari, A., Diver, T., Hilley, L., Kane, A., & McDonnell, S. (2003). Self-concept and satisfaction with physical appearance in youth with and without oral clefts. *Children's Health Care*, 32 (2), 81–101.
- Speltz, M. L., Morton, K., Goodell, E. W., & Clarren, S. S. (1993). Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers: Follow-up from late infancy to school entry. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30, 482-489.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. (2005). The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from birth to maturity. *New York: Guilford*.
- Stock, N. M., & Feragen, K. B. (2016) Psychological adjustment to cleft lip and/or palate: A narrative review of the literature. *Psychology and Health*, 31 (7), 777-813.
- Swanson, J. W., Smartt Jr, J. M., Saltzman, B. S., Birgfeld, C. B., Hopper, R. A., Gruss, J. S., & Tse, R. (2014). Adopted children with cleft lip and/or palate: A unique and growing population. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(2), 283e-293e.
- Tan, T. X., & Marfo, K. (2006). Parental ratings of behavioral adjustment in two samples of adopted Chinese girls: age-related versus socio-emotional correlates and predictors. *Applied Developmental Psychology*, 27, 14–30.
- Tarabulsy, G. M., Provost, M. A., Bordeleau, S., Trudel-Fitzgerald, C., Moran, G., Pederson, D. R., ... & Pierce, T. (2009). Validation of a short version of the maternal behavior Q-set applied to a brief video record of mother–infant interaction. *Infant Behavior and Development*, 32, 132-136.
- Tessier, R., Larose, S., Moss, E., Nadeau, L., Tarabulsy, G.M., et le Secrétariat à l'adoption internationale (2005). *L'adoption internationale au Québec de 1985 à 2002 : L'adaptation sociale des enfants nés à l'étranger et adoptés par des familles du Québec*. Université Laval.
- Tobiasen, J. M., & Hiebert, J. M. (1996). Parents' tolerance for the conduct problems of cleft palate children. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 21, 82–85.
- U.S. Department of State Bureau of Consular Affairs Fiscal Year Annual Report on Intercountry Adoption (2018). [Online]
<https://travel.state.gov/content/dam/NEWadoptionassets/pdfs/Tab%201%20An>

[nual%20Report%20on%20Intercountry%20Adoptions.pdf](#) (Page Consulted 2019 November 23)

- Van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review, 31*, 410–421.
- van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006) The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 1228–1245.
- van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development, 63* (4), 840–858.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Stolk, M. N., Alink, L. R., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., ... & Koot, H. M. (2006). Terrible ones? Assessment of externalizing behaviors in infancy with the Child Behavior Checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47* (8), 801–810.
- Whiteman, S. D., McHale, S. M., & Crouter, A. C. (2003). What parents learn from experience: The first child as a first draft? *Journal of Marriage and Family, 65*(3), 608-621.

Table 2.1
Descriptive Statistics of Sociodemographic, Adoption-related and CLP-related variables as a function of the CLP groups

Sociodemographic characteristics	Internationally adopted children			X ² or t-test
	Total sample n = 84 M (SD) or % [Range]	CLP+ n = 29 M (SD) or % [Range]	CLP- n = 55 M (SD) or % [Range]	
Parents				
Parent age (years)	41.60 (4.82) [31 to 52]	42.2 (5.3) [33 to 52]	41.2 (2.5) [31 to 52]	-0.94
University educational level (%)	79.8%	72.4%	87.4%	0.52 ^a
Parental nationality (%)				0.01 ^a
Canadian	89.4%	89.7%	89.1%	
Other	10.6%	10.3%	10.9%	
Marital status (%)				5.59 ^{**}
In a couple relationship	86.5%	96.6%	76.4%	
Single/separated	13.5%	3.4%	23.6%	
Family gross income (%)				1.27 ^a
< \$75,000	15.1%	10.3%	20%	
≥ \$75,000	84.8%	89.7%	80%	
Children				
Age in months	35.92 (16.95) [13 to 75]	46.20 (17.58) [17 to 75]	30.50 (13.96) [13 to 60]	-4.28 ^{**}
Sex (girls)	57%	48.3%	61.8%	1.42
Age at adoption in months	16.31 (9.95) [3 to 58]	22.39 (11.38) [3 to 58]	13.11 (7.40) [3 to 35]	-4.52 ^{**}
Time in the family in months	19.60 (14.83) [3 to 72]	24.17 (17.98) [3 to 72]	17.19 (12.38) [4 to 48]	-1.50
Nationality				2.21 ^a
Asia	93%	100%	89%	
Other	7%	0%	11%	
Residence before adoption				0.06 ^a
Orphanage/institution	77%	75.9%	78.2%	
Foster family	23%	24.1%	21.8%	
Medical conditions of CLP				
Age at first surgery in months	---	10.96 (6.24) [3 to 24]	---	---
First surgery before adoption (%)	---	72%	---	---
Type of CLP (% unilateral)	---	66%	---	---

Note. ^aChi-square test. CLP = Cleft lip and palate. *p<0.05, ** p ≤ .01

Table 2.2
Child Attachment Classifications as a function CLP groups and Compared to Children from Adopted and Non-Adopted Normative Populations.

	Adopted children of the current study			Adopted Children population ³	Non-Adopted Normative Children population ⁴
	Total sample of children <i>n</i> - 84 <i>n</i> (%)	CLP+ <i>n</i> - 29 <i>n</i> (%)	CLP- <i>n</i> - 55 <i>n</i> (%)	<i>n</i> - 772 <i>n</i> (%)	<i>n</i> - 2104 <i>n</i> (%)
Attachment classifications ^{1,2}					
Secure	53 (63%)	20 (69%)	33 (60%)	363 (47%)	1304 (62%)
Insecure	31 (37%)	9 (31%)	22 (40%)	409 (53%)	800 (38%)
Avoidant	10 (12%)	3 (10%)	7 (13%)	---	---
Ambivalent	12 (14%)	4 (14%)	8 (14%)	---	---
Disorganized	9 (11%)	2 (7%)	7 (13%)	---	---

Note. 2-classification scheme Secure vs Insecure: $\chi^2 = 0.655, p = .42$; 4-classification scheme: $\chi^2 = 0.942, p = .82$; ³Van den Dries & al. (2009), ⁴van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg (1999). CLP = Cleft lip and palate.

Table 2.3
Mean, Standard Deviation, or Percentage of Parental Sensitivity, Prior Parenting Experience, and Child Behavior Problems as a Function of CLP Groups

	Internationally Adopted Children		
	CLP+ <i>n</i> = 29 <i>M</i> (<i>SD</i>) or % [Range]	CLP- <i>n</i> = 55 <i>M</i> (<i>SD</i>) or % [Range]	<i>t</i> -test or χ^2 ^a
Parents			
Parental sensitivity	.31 (.36) [.31 to .36]	.49 (.25) [-.23 to .81]	2.71**
Prior parenting experience	58%	36%	3.81*
Children			
Behavior problems			
Internalizing	47.55 (8.96) [29 to 75]	52.31 (11.04) [29 to 74]	1.99*
Externalizing	47.48 (8.26) [32 to 69]	50.04 (8.29) [32 to 71]	1.35
Behavior problems Clinical score			
Internalizing	3.4%	18.2%	3.62**
Externalizing	6.9%	7.3%	0.01 ^a

Note. ^aChi-square test. CLP = Cleft lip and palate. * $p < 0.05$, ** $p \leq .01$

Table 2.4
Correlation Matrix Between Study Variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Sensitivity	—															
2. Prior parenting experience ^a	.24*	—														
3. Attachment ^a	.28**	.33**	—													
4. Externalizing problems	-.01	.01	-.07	—												
5. Internalizing problems	-.05	-.00	-.00	.64**	—											
6. Time spent in the family	.15	.29**	.32**	.02	.09	—										
7. Child age	.04	.31**	.41**	.03	.11	.81**	—									
8. Parent age	-.03	.08	.11	-.19	-.06	.21	.23*	—								
9. Parental education level	.18	.06	-.12	.08	.14	-.18	-.13	-.27	—							
10. Marital status ^a	-.06	-.33**	-.10	-.06	-.05	-.12	-.14	.16	.05	—						
11. Family income	.12	.13	.18	-.08	-.08	.07	.07	-.07	.15	-.29**	—					
12. Child age at adoption	-.15	.01	.16	.04	.03	-.03	.49**	.02	-.07	-.02	-.01	—				
13. Residence before adoption ^a	.04	-.02	-.05	.07	.13	.06	-.04	.01	-.11	-.16	-.06	-.21	—			
14. Age at first surgery ^b	-.09	.06	-.09	.24	.12	.49**	.43*	-.08	-.05	-.22	-.01	-.08	.16	—		
15. Surgery before adoption ^b	.14	.38*	-.04	.19	-.05	.26	.01	.10	.21	-.12	.21	-.47*	-.04	-.08	—	
16. Type of cleft ^b	.17	.26*	.15	-.04	-.17	.06	.13	.22	-.12	-.13	.24	.17	-.11	-.35*	-.08	—

Note. ^aCoding of dichotomous variables: Attachment (1=secure, 0=insecure), marital status (0=single 1=couple), family income (0=< \$75,000, 1≥\$75,000), residence before adoption (0=institution 1=foster care), first surgery before adoption (0=no, 1=yes), type of CLP (unilateral = 1, bilateral = 2), prior parenting experience (0=none, Yes=1). ^bAnalyses were conducted on 29 children

Table 2.5
Hierarchical Regressions Predicting Child Attachment and Behavior Problems

Secure/Insecure attachment					
Regressions	$R^2\Delta^a$	$\chi^2\Delta$	(df)	B	ES
Model 1	.11	9.37*	1		
Time spent in the family				2.17	0.75
Model 2	.09	9.81*	3		
Prior parenting experience				1.00 ⁻	0.57
Sensitivity				1.80 ⁻	0.96
CLP				-0.47	0.63
Model 3	.03	3.18 ⁺	5		
CLP x Sensitivity				-1.99 ⁺	1.92
Externalizing Problems					
	$R^2\Delta^a$	F Δ	(df)	B	
Model 1	.04	0.72	(4, 79)		
Prior parenting experience					.10
Sensitivity					-.07
Attachment security					-.07
CLP					-.18
Model 2	.01	.61	(1,78)		
CLP x Sensitivity					-.16
Model 3	.05	3.83*	(1, 77)		
CLP x Attachment security					-.42*
Internalizing Problems					
Model 1	.07	1.47	(4, 79)		
Prior parenting experience					.08
Sensitivity	.01				-.17
Attachment security					.04
CLP					-.28*
Model 2		0.44	(1,78)		
CLP x Sensitivity					.13
Model 3	.04	3.72 ⁺	(1, 77)		
CLP x Attachment security					-.41 ⁺

Note. ^a R^2 of Cox & Snell. Total R^2 Cox & Snell for secure/insecure attachment = .32; total R^2 for externalizing problem = 9%; total R^2 for internalizing problems = 12%. * $p \leq .05$ ⁺ $p \leq .10$. CLP = Cleft lip and palate.

CHAPITRE III

ARTICLE 2

Facteurs de stress et sensibilité des parents ayant adopté à l'international un enfant avec ou sans fissure labio-palatine

Valérie Losier¹, Chantal Cyr^{1,2} et Karine Dubois-Comtois^{3,4}

¹ Université du Québec à Montréal

²*CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*

³*Université du Québec à Trois-Rivières*

⁴*CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*

Cet article sera soumis à la *Revue canadienne des sciences du comportement*

Cette étude a reçu l'appui financier des bourses de recherche des Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC), ainsi que de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Cette étude est également supportée par les Fonds de recherche du Québec en Santé et la Chaire de recherche du Canada accordés à la deuxième auteure. Nous remercions les familles participantes ainsi que nos collaborateurs, le Secrétariat des Adoptions Internationales et le CIUSSS Centre-Sud-de L'Île-de-Montréal.

Les correspondances doivent être adressées à Chantal Cyr, Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3P8. Courriel : cyr.chantal@uqam.ca

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude est de mieux identifier les facteurs de stress (infertilité, problème de santé chez l'enfant, événements de vie stressants, etc.) associés à la sensibilité du parent ayant adopté un enfant à l'international avec ($n = 30$) ou sans ($n = 54$) fissure labio-palatine (FLP). D'abord, les résultats d'analyses préliminaires comparatives ne montrent aucune différence entre les groupes avec ou sans FLP sur les différents facteurs de risque et de protection. Ensuite, les résultats d'une régression indiquent que plus les parents éprouvent un stress parental élevé et plus les risques associés à la FLP sont élevés, moins ils sont sensibles envers leur enfant même en considérant les services cliniques reçus en post-adoption et l'âge de l'enfant au moment de l'adoption. La présence d'infertilité et les événements de vie stressants ne sont pas associés à la sensibilité parentale. Les facteurs de protection n'ont pas réussi à minimiser l'impact de la détresse des parents sur sa sensibilité ni celui des risques médicaux de la FLP. Des pistes cliniques et de recherches futures en lien avec nos résultats sont discutées.

MOTS-CLÉS : Adoption internationale, besoins spéciaux, fissure labio-palatine, stress parental, sensibilité parentale, service post-adoption.

Introduction

Peu d'études traitent spécifiquement des familles qui adoptent des enfants ayant une fissure labio-palatine (FLP), alors que de plus en plus d'enfants dits à besoins spéciaux avec ce type de malformation physique sont adoptés. Selon le Secrétaire à l'adoption internationale (SAI, 2019), de nombreux enfants ont été adoptés avec des besoins particuliers au Québec. Parmi ceux-ci, 44 % présentaient des problèmes de santé¹ (57 % d'origine asiatique, 27 % des Amériques et 16 % d'Europe de l'Est). En plus de surmonter les nombreux défis associés à l'adoption (infertilité probable d'un ou des parents, long processus d'adoption, arrivée d'un enfant souvent âgé), les parents adoptifs d'enfants avec une FLP doivent aussi accepter les conséquences de la malformation, telles que la stigmatisation du milieu social et le besoin de recourir à plusieurs services et soins adaptés à cette condition physique (chirurgies, hospitalisations, suivis cliniques). Toutes ces conditions et événements de vie stressants constituent des facteurs de risque pouvant contribuer à l'émergence ou au maintien de difficultés chez le parent et l'enfant adopté, lequel peut aussi présenter diverses problématiques relationnelles, socio-

¹Actuellement, il n'y a pas de statistiques qui précisent la nature des problèmes de santé des enfants adoptés à l'international. Il n'est donc pas possible de cerner le nombre exact d'enfants adoptés au Québec avec une fissure labio-palatine, en raison notamment de la confidentialité des dossiers d'adoption.

émotionnelles et physiques à son arrivée dans sa famille adoptive (Collet & Speltz, 2006; Despars et al., 2011; Murray et al., 2010).

Afin de comprendre qui sont ces familles adoptives d'enfants avec des besoins spéciaux, le premier objectif de cette étude est de mieux cerner les expériences de stress des parents adoptifs (infertilité, événements de vie stressants et détresse parentale) et d'examiner si elles se distinguent selon que le parent ait adopté un enfant avec ou sans FLP. Considérant un cumul possible de facteurs de stress chez le parent adoptif à l'international, il est pertinent de se questionner sur l'association entre ces différents facteurs de stress et la qualité des soins prodigués à l'enfant avec ou sans FLP. La sensibilité parentale est un précurseur bien connu de l'attachement sécurisant, lequel constitue un facteur de protection important dans l'adaptation de l'enfant adopté (Losier, Cyr & Dubois-Comtois, en préparation). Le deuxième objectif de cette étude est donc d'identifier les facteurs de stress (y compris le niveau de risque lié à la FLP) associés à la sensibilité parentale des parents adoptifs, tout en considérant les facteurs de protection ayant pu limiter les effets potentiels de ces stressseurs sur leur sensibilité.

La sensibilité parentale et les facteurs de stress

Selon la théorie de l'attachement, la sensibilité fait référence à la capacité du parent à percevoir, interpréter et répondre adéquatement aux signaux de détresse et aux besoins de son enfant et dans un délai raisonnable (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Les études issues du domaine de l'attachement sont sans équivoque à l'égard des

effets négatifs que peuvent avoir le stress et les stratégies d'adaptation sur la sensibilité parentale et la relation parent-enfant en général (Fearon & Belsky, 2018). Par exemple, plusieurs études ont émis l'hypothèse que le stress ressenti par les parents est négativement associé à la manière dont ils interagissent avec leurs enfants (Crnic & Low, 2002; Deater-Deckard, 1998; Rutter, 2000). Un degré élevé de stress parental au cours de la première année de la parentalité est associé à des comportements d'insensibilité et à une relation d'attachement insécurisante entre le nourrisson et sa mère (Abrams, Rifkin, & Hesse, 2006; Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer, 2003; Belsky & Isabella, 1988). Des comportements d'insensibilité impliquent une absence de réponse aux signaux de l'enfant, un manque de réciprocité dans les interactions, de l'intrusion ou de la coercition, peu d'échanges visuels, ainsi qu'une absence d'intérêt ou d'attention à l'égard de l'enfant (Pederson & Moran, 1995). Les parents stressés en viennent à se sentir moins compétents et moins satisfaits dans leur rôle parental, ce qui peut favoriser la présence d'interactions parent-enfant négatives (Belsky, Woodworth & Crnic, 1996).

Le stress implique un processus complexe faisant intervenir, d'une part, le vécu d'expériences objectives, telles que des événements de vie stressants comme un déménagement, qui demandent nécessairement une adaptation de la personne. Et d'autre part, la perception subjective des expériences de stress, comme l'évaluation cognitive et émotionnelle que se fait la personne en fonction de ses ressources personnelles et contextuelles (Deater-Deckard, 1998). Selon la théorie du stress familial (Patterson & Garwick, 1994), lorsque les demandes de l'environnement surpassent les ressources de

la personne, il devient de plus en plus difficile pour celle-ci de s'ajuster. Conséquemment, les expériences objectives et subjectives de la personne peuvent mener à un état de stress, lequel est exacerbé, voire maintenu, si elle présente des stratégies d'adaptation peu fonctionnelles (Abidin, 1995). Des facteurs de stress (événements et expériences subjectives), dont certains plus spécifiques aux parents adoptifs (p. ex. : infertilité, besoins spéciaux de l'enfant adopté), ont été identifiés comme pouvant affecter la sensibilité du parent et le développement de dysfonctions dans la relation parent-enfant. Une description plus spécifique de ces facteurs est présentée dans cette prochaine partie.

Les événements de vie stressants

Plusieurs études ont montré que les événements de vie stressants (p. ex. : l'hospitalisation d'un parent, des difficultés d'emploi, la monoparentalité) sont négativement associés à la disponibilité parentale et la relation parent-enfant (Carlson & Trapani, 2006; Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsky & Dubois-Comtois, 2005). Chez les parents adoptifs, les difficultés financières en lien avec l'adoption (frais d'adoption, congé parental, frais de soins, matériels et services pour l'enfant adopté) apparaissent comme les principaux facteurs de stress affectant les réactions du parent auprès de son enfant (Barth & Miller, 2000). Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a évalué l'association entre les événements de vie stressants et la sensibilité chez les parents ayant adopté un enfant à besoins spéciaux.

La détresse parentale

Selon Abidin (1990), le stress parental est constitué de plusieurs sources de stress, certaines étant liées au rôle parental suscitant de la détresse, aux difficultés de l'enfant ou encore à des problèmes dans la relation parent-enfant. Les études ayant combiné ces trois sources de stress parental ont montré des degrés de stress similaires chez les parents adoptifs et non adoptifs (Judge, 2003; 2004; Palacios & Sánchez-Sandoval, 2006). D'autres études indiquent cependant un degré de stress plus élevé chez les parents adoptifs en comparaison à des parents d'enfants non adoptés (Ma, Lai & Pun, 2002; McKay, Ross & Goldberg, 2010). Puisque les études ayant examiné le stress parental perçu auprès des parents adoptifs obtiennent des résultats mitigés lorsqu'ils combinent les trois dimensions du stress parental et que nous utilisons d'autres mesures recueillant des informations similaires (deux questionnaires mesurant les comportements difficiles de l'enfant), il nous apparaît important d'examiner ces dimensions de façon séparée pour isoler ce qui est associé directement au parent, soit la détresse parentale. Celle-ci réfère au sentiment négatif que ressent une personne dans son rôle de parent et elle varie en fonction de facteurs personnels qui sont directement liés aux habiletés parentales. Toutefois, peu d'études ont porté spécifiquement attention à la dimension de détresse parentale chez les parents adoptifs. Une étude de Campis, DeMaso & Twente (1995) a montré que les parents biologiques d'enfants avec une FLP ($n= 77$) rapportent des symptômes dépressifs et de détresse parentale élevés à la suite du diagnostic de leur enfant. Toutefois, d'autres études n'ont pas constaté davantage de détresse parentale chez les parents d'enfants avec une FLP en comparaison à des parents d'enfants sans

malformation (Gray, Cradock, Kapp-Simon, Collett, Pullmann & Speltz, 2015; Pelchat, Bisson, Ricard, Perreault & Bouchard, 1999). À ce jour, aucune étude n'a à notre connaissance documenté la détresse parentale chez des parents d'enfants adoptés avec une FLP.

L'infertilité

Les parents adoptifs sont nombreux à avoir été confrontés à l'infertilité (Goldberg, 2010), laquelle peut mener à des sentiments d'impuissance et de détresse importante chez certaines personnes. Les études ayant examiné les degrés de détresse selon des mesures de stress et d'estime de soi montrent que les femmes infertiles affichent des symptômes de stress plus élevés et un degré plus faible d'estime de soi que les femmes fertiles (Oddens, den Tonkelaar & Nieuwenhuys, 1999). De plus, les femmes infertiles ayant adopté un enfant ont une auto-évaluation de leur compétence parentale plus faible que celles ayant conçu un enfant naturellement à la suite de traitements de fécondation in vitro (Gibson & Myers, 2002; McMahon, 1999). Cependant, van den Akker (2004) a constaté que les femmes infertiles devenues mères rapportaient des scores de bien-être plus élevés que celles sans enfant, quel que soit le processus ayant mené à la parentalité (adoption, fécondation in vitro). Compte tenu du lien observé entre le stress parental et la faible sensibilité parentale, on pourrait penser que l'infertilité soit associée à des comportements parentaux plus insensibles. Or, certains suggèrent que la capacité des mères à s'adapter favorablement à leur condition d'infertilité pourrait les amener à un fort désir de parentalité qui serait favorable au

développement de comportements parentaux sensible et d'engagement envers l'enfant qu'elles adoptent (Dozier, Bick, & Bernard, 2011).

Les besoins spéciaux des enfants : la fissure labio-palatine

Les problèmes de santé des enfants peuvent susciter beaucoup de stress chez leurs parents (Hansson, Ostman & Becker, 2013, Pelchat et al., 1998). Les parents adoptifs d'enfants avec une FLP ont des préoccupations importantes sur le développement et la santé de leur enfant (Hansson et al., 2013). Bien que tous les parents aient connaissance de la condition de la FLP de leur enfant avant leur adoption, leur relation débute dans des circonstances stressantes, en partie dues aux interventions chirurgicales que subira l'enfant rapidement après son arrivée au pays. Puis, il y a l'ajustement des parents devant tous les soins spécifiques et les suivis médicaux/professionnels, selon la sévérité de la malformation, auxquels seront soumis leur enfant. Certaines études suggèrent toutefois que les chirurgies n'auraient pas eu d'impact négatif sur la relation parent-enfant (Shipe et al., 2016; Werker, de Wilde, van der Molen & Breugem, 2017). Par contre, plusieurs études menées auprès d'enfants avec diverses malformations, dont certains avec une FLP, rapportent qu'en comparaison avec des mères d'enfants sans problème de santé, celles d'enfants ayant une malformation sont plus distantes et moins engagées dans les interactions (Barden, Ford, Jensen, Rogers-Salyer & Salyer, 1989; Koomen & Hoeksema, 1992), ou encore plus directives et contrôlantes (Huntington, Simeonsson, Bailey & Comfort, 1987). Cependant, aucune étude observationnelle n'a examiné la qualité de la sensibilité du parent en lien avec le

degré de risque associé à la condition médicale de l'enfant adopté ayant une FLP réparée en comparaison avec des enfants sans FLP.

Facteurs de protection et sensibilité parentale

L'âge de l'enfant à l'arrivée dans la famille

Des études ont montré que les mères adoptives à l'international présentent un degré de sensibilité parentale comparable à celui des mères non adoptives (Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2005; Juffer & Rosenboom, 1997), particulièrement lorsque l'enfant est adopté à moins de 12 mois. Étant moins longtemps exposés à un placement en institution, les enfants adoptés en très bas âges présentent au moment de l'adoption moins de problèmes que les enfants adoptés plus tardivement, ces problèmes se résorbent plus rapidement et la relation avec leur parent adoptif est plus positive et sécurisante (Rutter et al., 2007; van den Dries, Juffer, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009). L'âge de l'enfant à l'adoption constitue un facteur de protection à considérer dans notre compréhension de la relation parent-enfant.

Les services post-adoption

À la suite de l'adoption, les familles adoptives sont nombreuses à recevoir des services post-adoption leur offrant un soutien du réseau professionnel (Ryan, Nelson & Siebert, 2009). Les parents adoptifs sont d'ailleurs portés à recourir à un tel soutien plus que tout autre parent (Juffer & van IJzendoorn, 2009), et ce soutien apparaît contribuer

au succès des adoptions d'enfants avec ou sans besoins spéciaux (Dhami, Mandel & Sothman, 2007; Ryan et al., 2009; Wind, Brooks & Barth, 2007). Plusieurs études ont montré qu'un tel soutien, y compris les rencontres de préparation avant l'adoption, améliore l'engagement parental envers l'enfant adopté ayant des besoins spéciaux et améliore les difficultés de comportements de ce dernier (Atkinson & Gonet, 2007; McDonald, Propp & Murphy, 2001). La présence de services post-adoption apparaît comme un facteur de protection pour aider les parents adoptifs à avoir des comportements sensibles à l'égard de leur enfant.

En conclusion, divers facteurs de stress liés à la vie quotidienne, la parentalité et le processus d'adoption, y compris le degré de risque associé à la condition médicale de la FLP des enfants à besoins spéciaux, peuvent interférer avec la capacité du parent adoptif à manifester des comportements sensibles aux besoins de son enfant fragilisant la qualité de la relation parent-enfant. Néanmoins, le jeune âge de l'enfant et le recours à des services de soutien post-adoption peuvent protéger la relation parent-enfant en contribuant à une sensibilité parentale plus élevée. À ce jour, aucune étude n'a examiné l'ensemble de ces facteurs de risque et de protection sur la sensibilité de parents adoptifs d'enfants avec et sans FLP.

Objectifs

Cette étude décrit d'abord si les parents qui adoptent des enfants avec une FLP, se distinguent en termes de variables socio-démographiques et de facteurs de risque et de protection, de ceux qui choisissent d'adopter un enfant sans besoins spéciaux. Ensuite, l'étude a pour objectif d'examiner les associations entre les différents facteurs de risque/protection et la sensibilité chez des parents d'enfants adoptés avec et sans FLP. Nous faisons l'hypothèse que les parents avec un degré de détresse parentale plus élevé, un nombre plus élevé d'expériences de vie stressantes, des conditions de la FLP plus sévères et la présence d'infertilité dans leur histoire personnelle seront plus à risque de présenter une faible sensibilité parentale. Nous nous pencherons également sur ces facteurs de risque en prenant en compte des services post-adoption reçus ainsi que l'âge des enfants à l'adoption, considérant les effets positifs attendus de ces facteurs de protection sur la sensibilité parentale.

Méthode

Participants

L'étude comprend 84 parents adoptifs (76 mères et 8 pères, âge moyen $M=41,6$ ans, $É.T. = 4,8$) et leurs enfants âgés entre 13 et 75 mois ($M=36,4$ mois, $É.T. = 17,1$) ayant été adoptés à l'international et faisant partie de leur nouvelle famille depuis au moins 3 mois. L'échantillon est constitué de deux sous-groupes d'enfants, un groupe de

30 enfants (36 % de l'échantillon) avec une fissure labiale et palatine (65,5 % unilatérale) et un groupe de 54 enfants (64 % de l'échantillon) adoptés de l'international sans malformation craniofaciale ou autre problème important de santé au moment de l'étude. Le recrutement des dyades parent-enfant adopté avec une FLP (groupe cible) a été réalisé en collaboration avec la Clinique de chirurgie craniofaciale du CHU Sainte-Justine ainsi qu'à l'aide de publications sur les réseaux sociaux. Les participants adoptés sans malformation (groupe de comparaison) sont tirés d'un échantillon de dyades parent-enfant ayant participé à un projet visant à évaluer l'efficacité d'une intervention fondée sur l'attachement. Seules les données recueillies au pré-test de ce projet ont été utilisées pour l'étude actuelle. Cinq enfants de ce projet ont été déplacés dans le groupe FLP étant donné leur fissure labio-palatine. Plusieurs organismes d'adoption agréés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le CLSC du Plateau Jeanne-Mance ont référé des familles pour ce projet de recherche.

Les données socio-démographiques et liées à l'adoption montrent que les enfants de l'échantillon ont un âge moyen de 16,33 mois ($\acute{E}.T : 9,9$) à leur arrivée au Québec et 58 % sont des filles. Les enfants ont passé une moyenne de 20 mois ($\acute{E}.T = 15,1$) dans leur famille adoptive au moment de l'étude. Les enfants proviennent principalement de la Chine (61 %), du Viêt Nam (24 %) ou d'autres pays (15 % : Philippines, Corée du Sud, Haïti, Kazakhstan, Thaïlande et Mali). Les statistiques descriptives des deux groupes d'enfants sont présentées au tableau 3.1. Des analyses de chi-carré et des tests-t montrent des différences significatives entre les deux groupes, indiquant que les enfants

avec une FLP sont en moyenne plus âgés de 16 mois ($t = -4,06, p < 0,001$) et ont passé en moyenne 7,6 mois de plus dans leur famille depuis l'adoption ($t = -2,28, p = 0,02$) que les enfants sans FLP. Il n'y a pas de différence entre les groupes sur la variable sexe de l'enfant ($X^2 = 1,42, p = 0,23$) ou le nombre d'enfants dans la famille (avec FLP $M = 1,83, \acute{E}.T. = 0,83$; sans FLP $M = 1,54, \acute{E}.T. = 0,79$; $t = -1,61, p = 0,11$).

Quant aux parents, ils sont plus âgés d'environ 10 ans (mères : $M = 41,56$ ans, $\acute{E}.T. = 4,8$; pères : $M = 42,86$ ans, $\acute{E}.T. = 6,2$) que la moyenne des parents biologiques du Québec ayant un premier enfant du même âge (ministère de la Famille du Québec, 2011). Le tableau 3.1 présente les statistiques descriptives des caractéristiques sociodémographiques des parents adoptifs ayant participé à l'étude selon les groupes avec et sans FLP. Des analyses de chi-carré et des tests- t ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes de parents sur les variables âge du parent ($t = -1,01, p = 0,32$), niveau de scolarité ($X^2 = 2,47, p = 0,12$), revenu familial ($X^2 = 0,012, p = 0,91$), statut d'emploi ($X^2 = 2,29, p = 0,13$) et nationalité ($X^2 = 0,03, p = 0,87$). Une différence entre les groupes est observée quant à l'état matrimonial, les parents des enfants avec FLP étant plus nombreux à être en couple que ceux des enfants sans FLP ($X^2 = 5,97, p = 0,01$).

Procédure

Tout d'abord, les dyades ayant accepté de participer à la recherche ont été accueillies par un assistant de recherche qui a lu et expliqué le formulaire de

consentement, puis le parent a eu l'occasion de poser ses questions avant de signer. Pour les enfants avec FLP, une clause dans le formulaire permettait de consentir à la consultation de leurs dossiers médicaux à l'Hôpital Sainte-Justine par notre équipe de recherche. Une rencontre filmée avec le parent qui se trouve être la figure de soins principale a été réalisée en laboratoire. Le déroulement de la rencontre comportait trois parties : 1) une collation de 10 minutes ; 2) une période de jeux libres de 10 minutes permettant d'observer la sensibilité du parent; 3) des questionnaires au parent pour mesurer les aspects sociodémographiques, les conditions de vie pré-adoption et médicales de l'enfant, la liste d'évènements de vie et l'Index de stress parental (environ 45 minutes).

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique. Ce questionnaire maison de 14 questions (inspiré de Tessier, Larose, Moss, Nadeau, Tarabulsy et le Secrétariat à l'adoption internationale du Québec, 2005) complété par le parent fournit des informations sociodémographiques diverses sur la famille (p. ex. : revenu familial, nombre d'enfants dans la famille, âge de l'enfant).

Conditions de vie pré-adoption et à l'arrivée dans le pays d'accueil. Ce questionnaire maison de 28 questions (inspiré de Tessier et al., 2005) complété par le parent fournit des informations sur les conditions de vie de l'enfant avant son arrivée (si

elles sont connues) et sur le profil médical qu'il présentait à son arrivée dans le pays d'accueil (p. ex. : lieu de résidence avant l'adoption, âge à l'arrivée, pays d'origine, présence/absence de besoins spéciaux). Des questions sur les services psychosociaux post-adoption reçus par la famille figurent aussi dans ce questionnaire.

Conditions médicales de l'enfant (enfant avec FLP seulement). Ce questionnaire maison (Losier, Cyr, Dubois-Comtois, non publié) permet de recueillir des informations sur le type de fissure labio-palatine, le nombre de chirurgies réalisées, l'état de santé général et les complications ou problèmes de santé associés. Les informations sont obtenues en partie par les parents et complétées à partir des dossiers médicaux des enfants qui ont été évalués au CHU Sainte-Justine. Pour les 5 enfants issus du projet d'intervention, ces informations spécifiques ont pu être obtenues lors d'une courte entrevue téléphonique auprès du parent. Afin de compiler les informations sur les conditions médicales de l'enfant et rendre compte de la sévérité des risques médicaux associés aux conditions de la FLP, nous avons créé un index de risque, que nous nommons *Index de risque FLP* (le score total pour cet échantillon se situe entre 1 et 28, $M=12,73$ $\acute{E}.T. : 8,3$). Plus le score est élevé, plus le risque médical est grand. Pour créer cet index de risque, nous avons additionné le score des variables suivantes : type de fissure (fissure unilatérale = 1 et fissure bilatérale = 2), le nombre total de chirurgies/hospitalisations (étendue de 0 à 5), la présence de complications à chacune des chirurgies (non = 0 et oui = 1) et l'âge de l'enfant en mois à sa première chirurgie (étendue de 3 à 24 mois). Le choix de ces variables est fondé sur les facteurs de risque

identifiés dans les méta-analyses de Hunt, Burden, Hepper et Johnston (2005), de Klassen et al. (2012) et l'étude sur les enfants adoptés avec FLP de Follmar, Yuan, Pendleton, Dorafshar, Vander Kolk et Redett (2015) portant sur les effets psychologiques des conditions médicales de la fissure labio-palatine.

Q-Sort de sensibilité maternelle. Le mini-Q-Sort version révisée de Moran, Pederson et Bento (mini-MBQS-V, 2009) permet d'évaluer la qualité des comportements parentaux durant les interactions parent-enfant à domicile ou à partir de bandes vidéo. Il a été élaboré à partir de la version longue de 90 items du MBQS de Pederson et Moran (1995). Il est constitué de 25 items basés sur la définition de sensibilité formulée par Ainsworth et ses collègues (1978). Ces items reflètent la capacité de la mère à reconnaître et à répondre de façon appropriée aux signaux de son enfant. Un score global de sensibilité maternelle est ainsi obtenu et varie entre -1 (peu sensible) et 1 (très sensible). La moyenne normative de la version longue est de 0,34 ($\acute{E}.T. = 0,51$; Pederson, Bailey, Tarabulsky, Bento & Moran, 2014). Les résultats obtenus au mini Q-Sort de sensibilité maternelle se sont révélés être en corrélation avec la version longue du MBQS ($r = 0,34$, Moran et al., 2009). Cette mesure a été également associée à la sécurité d'attachement de l'enfant (AQS, $r = 0,34$; Tarabulsky, Avgoustis, Phillips, Pederson & Moran, 1997). Dans notre étude, la sensibilité maternelle a été évaluée par deux codeurs indépendants, aveugles aux autres mesures, et la fidélité interjuge, calculée sur 20 % des bandes de l'échantillon, est excellente ($r_{icc} = 0,81$).

Inventaire de stress parental/Forme brève (ISP-Forme brève; Lacharité, Éthier, & Piché, 1992). L'ISP-Forme brève est une traduction française et une version abrégée du Parental Stress Index (PSI) d'Abidin (1983 pour l'original; Loyd & Abidin, 1985 version abrégée), qui mesure le degré de stress occasionné chez le parent par certaines caractéristiques particulières de l'enfant et des défis posés par le rôle parental. L'instrument peut être rempli par des parents d'enfants de 0 à 10 ans. Le questionnaire est composé de 36 énoncés selon une échelle Likert allant de 1 (profondément d'accord) à 5 (profondément en désaccord). La version brève de l'ISP génère trois sous-échelles : *détresse parentale*, *perception de l'enfant comme étant difficile* et *interactions dysfonctionnelles entre le parent et l'enfant*. Comme nous nous intéressons à l'évaluation subjective du parent concernant le stress vécu en lien avec son rôle parental et que nous voulons exclure, autant que possible, les dimensions liées aux caractéristiques des enfants et à la relation parce qu'elles font partie des autres mesures que nous évaluons, nous avons uniquement retenu la sous-échelle de *détresse parentale* dans les analyses actuelles, comme d'autres chercheurs l'ont fait dans des études antérieures (p. ex. : Rafferty, Griffin & Robokos, 2010; Roy, 2012). L'échelle de *détresse parentale* évalue l'inconfort du parent provenant de facteurs personnels influençant l'exercice de son rôle parental (p. ex. : des symptômes dépressifs, des conflits interpersonnels, le faible sentiment de compétence, les restrictions dues au rôle parental). Plus le score à cette échelle est élevé, plus le parent ressent une souffrance personnelle dans l'exercice de son rôle parental et un score de plus de 36 indique qu'il se situe au-dessus du seuil clinique de stress sur cette échelle (Abidin, 1995). La fidélité test-retest effectuée sur une période

de 6 mois montre une stabilité temporelle de 0,84 pour le stress total et spécifiquement de 0,87 pour l'échelle de détresse parentale. La corrélation entre les versions longue et brève de l'Index du Stress Parental est de 0,94 pour le stress total (Abidin, 1995).

Liste d'évènements de vie et traumas (constitué des questionnaires : *Childhood Trauma Questionnaire* de Bernstein & Fink, 1998 et *Life Experience survey* de Sarason, Johnson & Siegel, 1978). Cette liste est un inventaire de 30 évènements de vie stressants (p. ex. : décès, déménagement, perte d'emploi). Le parent répond « oui » ou « non » ou « ne s'applique pas » aux évènements vécus depuis l'arrivée de l'enfant. Une addition du nombre d'évènements cochés « oui » est utilisée dans les analyses. La fidélité test-retest de cet instrument est adéquate et se situe à 0,88 pour les évènements de vie négatifs sur une période de 6 semaines (Sarason et al., 1978). Sachant que les parents adoptifs sont plus susceptibles d'avoir vécu des expériences d'infertilité et de fausses couches (Cudmore, 2005) et que celles-ci peuvent être associées à la sensibilité du parent (Burns, 1990), des questions additionnelles à ce sujet ont été ajoutées à ce questionnaire.

Résultats

Des 89 dyades parent-enfant ayant participé à notre étude, nous avons exclu les données de cinq dyades, car celles-ci comportaient des données aberrantes sur certains questionnaires ou parce que l'enfant présentait d'autres problèmes de santé importants (p. ex. : autre type de malformations physiques, problème cardiaque, problème aux reins)

pouvant brouiller notre compréhension des résultats. Les analyses de cette étude portent donc sur les données de 84 enfants (49 filles et 35 garçons) et leurs parents adoptifs (76 mères et 8 pères). Notons également que des transformations logarithmiques ont été réalisées sur les variables temps passé dans la famille et âge de l'enfant, puisque celles-ci ne se distribuaient pas normalement.

Comparaison des familles ayant un enfant avec ou sans FLP sur les variables d'intérêts de l'étude

Afin d'évaluer si les parents qui adoptent des enfants avec une FLP se distinguent de ceux qui choisissent d'adopter un enfant sans besoins spéciaux sur différents facteurs de stress et de protection, des analyses de test- t et de chi-carré ont été réalisées. Tous les résultats des comparaisons de groupes sur les variables indépendantes de l'étude sont présentés au Tableau 3.2

Évènements de vie stressants. La moyenne d'évènements stressants pour les familles ayant un enfant avec FLP n'est pas différente de celles des familles avec un enfant sans FLP ($t = -1,69$, $p = 0,09$). Les familles d'enfant avec FLP ont vécu en moyenne 2,8 (*É.T.* : 1,9) situations stressantes contre 2,1 (*É.T.* : 1,6) chez celles d'enfant sans FLP. Parmi les évènements mentionnés par les participants, on retrouve le retour du

parent au travail, la baisse de revenu familial, le décès d'un proche (grands-parents), l'hospitalisation² de l'enfant adopté et des déménagements.

Infertilité. Parmi les parents d'enfants avec FLP, 73 % d'entre eux souffrent d'infertilité contre 61 % chez les parents d'enfants sans FLP. Ces taux indiquent un nombre important de parents infertiles, mais une analyse ne montre aucune différence significative entre les groupes de parents d'enfants avec FLP ou sans FLP ($X^2= 1,27$ $p = 0,26$).

Détresse parentale perçue. Les parents d'enfants avec FLP ($M = 22,96$, $É.T.= 6,76$) ne présentent pas un score de détresse parentale plus élevé que les parents d'enfants sans FLP ($M = 25,44$, $É.T.= 8,01$; $t = 1,45$ $p = 0,15$). Il n'y a pas non plus davantage de parents d'enfants avec FLP présentant un score clinique de détresse parentale que de parents d'enfants sans FLP présentant un score clinique de détresse ($X^2 = 0,04$, $p = 0,95$).

Facteur de protection : les services post-adoption. Un peu plus de la moitié (57 %) des parents de l'étude ont consulté un professionnel avec leur enfant. Précisément, 17 (58 %) parents d'enfant avec FLP ont consulté un professionnel

² Notons que la variable hospitalisation n'a pas été incluse dans le score des événements de vie stressants pour les enfants avec FLP, car celle-ci est déjà considérée dans l'index de risques médicaux FLP.

(psychologue, orthopédagogue, orthophoniste, etc.) pour pallier les difficultés de l'enfant depuis l'adoption, alors que 31 (56 %) parents d'enfants adoptés sans FLP ont consulté. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes quant à ces proportions de parents ayant reçu des services post-adoption ($X^2 = 0,01$ $p = 0,78$).

Âge à l'adoption. Les enfants avec FLP ont en moyenne 22,39 mois ($\acute{E}.T. = 11,38$) à leur arrivée dans leur famille alors que ceux sans FLP sont arrivés en moyenne à 13,11 mois ($\acute{E}.T. = 7,4$). Un test- t montre que les enfants avec FLP ont été adoptés plus vieux, soit en moyenne 9 mois plus tard ($t = -4,40$, $p < 0,001$) que les enfants sans FLP.

La sensibilité. Les parents d'enfants sans FLP sont en moyenne plus sensibles ($M = 0,49$, $\acute{E}.T. = 0,25$) que les parents des enfants avec FLP ($M = 0,32$, $\acute{E}.T. = 0,36$). Cette différence est significative avec une taille d'effet modérée ($t = 2,48$ $p = 0,015$, $d = 0,58$).

Associations entre facteurs de risque / protection et la sensibilité parentale

Des analyses ont été réalisées pour vérifier si les variables sociodémographiques (âge et sexe de l'enfant, la nationalité du parent, son niveau de scolarité, son statut marital et le revenu brut de la famille) et celles liées à l'adoption (nombre de mois passés dans la famille) sont associées à la variable dépendante de l'étude, soit la sensibilité parentale. Les analyses ne montrent aucune association significative (r entre 0,06 et -0,18).

Une seconde série d'analyses a été réalisée pour vérifier l'interrelation entre les variables indépendantes de l'étude. Les analyses montrent que les variables détresse parentale, infertilité, évènements de vie, âge à l'adoption, services post-adoption et index de risques médicaux FLP ne sont pas significativement corrélées les unes aux autres (r entre -0,01 et -0,19).

Par la suite, nous avons examiné les corrélations bivariées entre chacune des variables indépendantes et la variable dépendante de l'étude (sensibilité). La variable index de risques médicaux de la FLP s'est révélée significativement liée à la sensibilité parentale ($r = -0,24, p = 0,03$), alors que les autres variables indépendantes ne sont pas significativement liées à la sensibilité (r entre 0,02 et -0,16). Le Tableau 3.3 présente les résultats des corrélations entre les variables de l'étude.

Une analyse de régression linéaire a été menée pour vérifier la contribution unique des facteurs de stress (détresse parentale, évènements de vie stressants, infertilité, index de risques médicaux de la FLP) dans l'explication de la sensibilité parentale, et ce, en considérant les services post-adoption reçus et l'âge des enfants à l'adoption comme facteurs potentiels de protection (voir Tableau 3.4). D'abord, les analyses ont montré que les services post-adoption et l'âge des enfants à l'adoption dans la famille ne sont pas liés à la sensibilité parentale. Ensuite, après avoir contrôlé pour ces facteurs de protection, la

variable index de risques médicaux de la FLP est demeurée significativement associée à la sensibilité parentale. De plus, la détresse parentale, alors que cette variable n'était pas significativement associée à la sensibilité parentale lors des analyses préliminaires, s'est avérée significativement liée à la sensibilité une fois que l'âge de l'enfant à l'adoption et les services post-adoption ont été considérés dans le modèle. Ainsi, la sensibilité du parent adoptif est plus faible lorsque la détresse parentale est plus élevée ($B = -0,22$ $p = 0,05$) et lorsque l'enfant a un risque médical de la FLP plus élevé ($B = -0,29$ $p = 0,01$).

Discussion

Cette étude avait comme premier objectif de mieux décrire les parents adoptant des enfants avec et sans FLP. Pour ce faire, nous avons comparé sur plusieurs facteurs de stress et de protection un groupe de parents ayant adopté un enfant avec une malformation de type FLP à un groupe de parents ayant adopté un enfant sans malformation. Le deuxième objectif de l'étude était de mieux comprendre les liens entre ces facteurs de risque et la sensibilité parentale en considérant l'effet de l'utilisation des services post-adoption et l'âge de l'enfant à l'adoption en tant que facteurs de protection.

Différences entre les groupes FLP et sans FLP sur les facteurs de risque et de protection

Dans l'ensemble, nos résultats montrent que les parents ayant un enfant avec FLP ou sans FLP ne présentent pas un nombre d'évènements de vie stressants, un degré de détresse parentale ou un taux d'infertilité significativement différents. Les parents des deux groupes sont également aussi nombreux à avoir eu recours à des services post-adoption. Concernant le degré de détresse parentale, nous constatons par ailleurs que celui-ci est très faible pour la majorité des parents de l'étude puisque peu de parents présentent un degré de détresse au-dessus du seuil clinique (FLP : 6,6 % et non-FLP : 5,5 %). Plusieurs autres études vont dans le sens de nos résultats, indiquant de faibles degrés de stress clinique chez les parents adoptifs (Ceballo, Lansford, Abbey & Stewart, 2004; Levy-Shiff, Zoran & Shulman, 1997). Ce serait donc davantage l'accumulation de facteurs de stress familiaux (p. ex. : plusieurs évènements de vie difficiles, problèmes chez l'enfant, plusieurs enfants dans la famille, l'âge tardif des enfants à l'adoption, les stratégies d'adaptation inefficaces des parents), qui expliquerait la détresse élevée de certains parents (Bird, Peterson & Miller, 2002; Groze & Ileana, 1996). De plus, ces résultats qui indiquent que les deux groupes de parents adoptifs sont similaires pourraient s'expliquer par le fait que tous les parents adoptifs sont soumis à une évaluation psychosociale afin de les rendre admissibles aux critères de l'adoption internationale. Ces évaluations ont certainement eu pour effet d'homogénéiser les groupes de parents. Les évènements de vie difficiles, l'infertilité et le recours à des services post-adoption

sont des événements que la majorité des parents adoptifs vivent, peu importe la condition médicale de leur enfant. Les parents qui ont adopté un enfant avec une FLP ont pu se préparer psychologiquement à la venue d'un enfant ayant cette condition particulière. Par ailleurs, le fait que la FLP soit une condition pour laquelle les services et soins sont relativement accessibles au Québec peut expliquer pourquoi elle n'est pas associée à un degré plus élevé de détresse parentale (SAI, 2018).

Concernant les variables socio-démographiques, les deux groupes se distinguent quant à l'âge de l'enfant à l'adoption, les enfants avec FLP étant plus âgés, et à l'état matrimonial, les parents avec un enfant ayant une FLP étant plus nombreux à être en couple. Ces différences pourraient s'expliquer en raison des règlements imposés par certains pays ouverts aux adoptions internationales. Plusieurs pays ont des critères d'admission à l'adoption qui concernent l'âge, l'état matrimonial ou la situation socio-économique des adoptants. À titre d'exemple, pour la Chine, le Viêt Nam et la Thaïlande, les parents doivent être hétérosexuels, mariés et âgés entre 30 et 50 ans. Pour les parents plus âgés ou une famille ayant déjà un ou des enfants, la condition d'une adoption d'un enfant avec besoins spéciaux est parfois imposée aux adoptants. De plus, les enfants avec besoins spéciaux, tels que ceux ayant une FLP, peuvent être plus difficilement jumelés selon les préférences des adoptants, ce qui peut créer des délais et une adoption tardive (SAI, 2018).

Une différence importante observée entre les groupes réside dans le fait que les parents d'enfants avec une FLP sont moins sensibles que ceux dont l'enfant ne présente pas de FLP. Notre étude appuie ainsi les études ayant observé des difficultés dans la capacité du parent à décoder les signaux faciaux de leur enfant avec FLP (Hansson, Svensson & Becker, 2012; Speltz, Morton, Goodell & Clarren, 1993). Les scores plus faibles de sensibilité parentale peuvent s'expliquer par les difficultés de l'enfant à communiquer ses besoins. Une étude a montré que les nourrissons ayant une FLP non réparée affichaient moins de signaux de communication que ceux sans fissure, ce qui affectait négativement les comportements de soins et de sensibilité de leur mère (Montirosso et al., 2011) et ce même après que la fissure labiale soit réparée (Langlois, Ritter, Casey & Swain, 1995). Notons cependant que les scores des parents d'enfants avec FLP réparée de notre étude se retrouvent dans la moyenne, bien qu'ils se distinguent des parents d'enfants sans FLP, ce qui suggère que les parents adoptifs avec des enfants avec FLP sont compétents et sensibles, mais bénéficieraient d'un accompagnement pour un meilleur décodage des signaux plus subtils de communication de leur enfant et une meilleure synchronisation de leur réaction pour répondre à leurs besoins. Des interventions précoces sur le langage pourraient pallier aux difficultés, tel que le programme de stimulation ciblé du langage pour les parents d'enfants avec FLP de Scherer, D'Antonio et McGahey (2008).

Les facteurs de risque et de protection et leurs associations avec la sensibilité parentale

Le deuxième objectif de notre étude était d'examiner les effets uniques des facteurs de stress sur la sensibilité parentale, au-delà des effets protecteurs potentiels de l'âge à l'adoption et des services post-adoption reçus. Notre examen de l'interrelation entre les différents facteurs de risque et de protection n'a révélé aucun résultat significatif. D'abord, nous aurions pu nous attendre à ce que la détresse parentale soit par exemple plus élevée chez les parents d'enfants adoptés plus vieux ou présentant davantage d'évènements de vie stressants. Les enfants plus vieux de notre échantillon sont principalement ceux avec une FLP. Il est possible de croire que la présence de besoins spéciaux chez l'enfant n'est pas associée à la détresse du parent, car celui-ci fait consciemment le choix d'adopter un enfant avec une condition médicale et peut ainsi se préparer psychologiquement aux besoins que l'enfant requiert (Chicoine, Germain & Lemieux, 2012). La préparation pré-adoption permet aux parents de recadrer leurs préoccupations et d'ajuster leurs attentes sur l'enfant, des éléments clés de la compétence parentale (Reilly & Platz, 2003). De plus, la détresse parentale n'est pas significativement associée aux services reçus. Ce résultat est assez surprenant, car il suggère que la détresse parentale actuelle du parent n'est pas affectée par les services reçus antérieurement, alors que nous aurions pu supposer que les parents qui reçoivent des services soient moins en détresse que ceux n'ayant pas reçu de services post-adoption. Il faut reconnaître cependant que les services post-adoption ne sont pas

nécessairement des services psychologiques pour les parents. Par ailleurs, les parents d'enfants présentant des scores de risques médicaux liés à la FLP plus élevés n'ont pas un degré de détresse parentale plus élevé. Ici aussi, le manque de lien significatif est surprenant. Toutefois, comme pour le manque de lien entre les services reçus et la détresse, il est possible que le stress perçu par les parents soit davantage associé aux problématiques de l'enfant et non à son rôle parental, tel qu'évalué à une autre sous-échelle de l'index de stress parental. Des résultats différents pourraient être obtenus en ayant recours aux autres échelles. D'ailleurs, les parents qui consultent le font principalement pour des difficultés chez l'enfant et des inquiétudes qu'ils ont en lien avec le développement de ce dernier (Dhami, Mandel & Sothmann, 2007; Festinger, 2006).

De plus, nos résultats indiquent que les parents plus en détresse ou devant faire face à des conditions médicales de la FLP plus sévères, sont moins sensibles, et ce, au-delà des services reçus en post-adoption et de l'âge de l'enfant à l'adoption. Nombreuses sont les études qui montrent que plus le parent ressent de la détresse, moins il se montre sensible envers son enfant (Crnic & Low, 2002; Darke & Goldberg, 1994). Ainsi, les facteurs de protection, du moins ceux qui ont sélectionné dans notre étude, n'ont pas réussi à minimiser l'impact de la détresse des parents sur leur sensibilité. Notons qu'il faut nuancer ce résultat sachant que d'autres facteurs de protection peuvent mieux expliquer les résultats que ceux de l'étude actuelle. Notamment, les stratégies d'adaptation au stress sont susceptibles de diminuer la détresse parentale et constituer ainsi un important facteur de protection pour la sensibilité du parent. Les parents plus en

détresse recourent à des stratégies peu adaptatives (évitement, culpabilité, résignation, acharnement) pour faire face aux différents stressseurs, alors que les parents avec de bonnes stratégies de gestion du stress sont plus habiles pour réguler leur stress sans trop affecter la qualité de leur relation avec leur enfant (Wong & Wong, 2008).

Les études ont montré que les services de formation et d'intervention psychologique et sociale reçus avant et après l'adoption font partie des facteurs qui contribuent au succès des adoptions, et ceci semble particulièrement le cas pour les adoptions d'enfants ayant des besoins spéciaux (Groze & Ileana, 1996; Ryan et al., 2009). Notre étude souligne l'importance pour les services post-adoption d'accorder une attention particulière aux difficultés d'attachement et de comportement de l'enfant adopté, surtout si celui-ci présente des besoins spéciaux sévères (O'Dell, McCall & Groark, 2015). L'étude de Dhami et al. (2007) sur 43 familles adoptives (68 enfants) révèle que les services de soutien les plus efficaces sont ceux qui correspondent aux besoins spécifiques des parents à mesure qu'ils s'adaptent à leur rôle parental. Par exemple, les interventions fondées sur l'attachement peuvent améliorer la sécurité d'attachement de l'enfant et la sensibilité parentale de diverses populations à risque (De Theux-Heymans, Stievenart & Roskam, 2013; Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsky, St-Laurent & Bernier, 2011), y compris des parents adoptifs à l'international, dont des enfants avec des besoins spéciaux (Cyr, Dubois-Comtois, Boulos, Blondin, St-André, & Tessier, 2011). Malgré le fait que la majorité des familles se portent bien et qu'il n'y ait pas de différence significative entre les groupes de parents d'enfant avec FLP ou sans

FLP, ce type de service spécialisé pourrait davantage répondre aux besoins des familles et diminuer la possibilité que des problèmes se cristallisent ou s'intensifient avec le temps pour les familles qui présentent le plus de difficultés relationnelles.

Notre étude indique que la FLP n'est donc pas seulement un facteur de risque pour le développement socio-affectif des enfants (Hunt et al., 2005; Losier et al., en préparation), mais elle l'est également pour le parent dans la relation avec son enfant. Nous l'avons vu plus tôt, le fait que l'enfant ait une FLP pourrait diminuer la qualité de la sensibilité du parent adoptif, en comparaison avec des parents qui ont adopté un enfant sans FLP. De plus, nos résultats montrent que parmi le groupe de parents ayant un enfant avec FLP, ce sont ceux avec des enfants présentant des conditions médicales plus sévères qui sont les moins sensibles. Le fait d'être atteint d'une FLP signifie par exemple, davantage de chirurgies, d'hospitalisation, de peur ressentie par l'enfant, de risques de complications, la prise de médication, la gestion de la douleur de l'enfant, des congés parentaux pour s'occuper de l'enfant et des suivis post-chirurgies, entre autres (Goldstein et al., 2014). Il faut aussi comprendre que si les chirurgies sont effectuées à un âge avancé, l'enfant présentera plus de problèmes dans le développement du langage et des problèmes de mastications et de phonation qui peuvent affecter la communication et les interactions parent-enfant (Murray et al., 2010). Il se peut que la sensibilité parentale chez les parents d'enfants avec une FLP ne soit pas seulement le produit direct d'une détresse plus élevée, mais le produit de plusieurs facteurs qui interagissent avec la détresse parentale. Par exemple, McGlone, Santos, Kazama, Fong et Mueller (2002) ont

observé deux fois plus de parents d'enfant avec une FLP au-dessus du seuil clinique de stress que de parents non adoptifs d'un échantillon normatif. Dans leur étude, le stress affectait les interactions parent-enfant, principalement en raison des caractéristiques des enfants, soit leurs problèmes de comportement et développementaux associés (p. ex. : retard moteur) et la gestion de leur condition médicale (p. ex. : routine des soins, rendez-vous médicaux, suivis cliniques). Il apparaît alors essentiel que les familles les plus à risque obtiennent du soutien professionnel (p. ex. travailleur social, psychologue, éducateur spécialisé) et personnel (p. ex. famille, amis, parents adoptifs, communauté) pour améliorer leur ajustement aux problèmes spécifiques de leur enfant.

Enfin, nos résultats montrent que l'infertilité, la présence d'évènements stressants et l'âge des enfants à l'adoption ne sont pas liés à la sensibilité parentale. Nos résultats sur l'infertilité sont contraires à ceux de Hjelmstedt, Widström, Wramsby et Collins (2004). On peut émettre l'hypothèse que le deuil de la fertilité ait été relativement bien résolu par les parents de notre échantillon, par leur cheminement personnel et l'adoption d'un enfant qui a pu combler leur désir de parentalité et leur bien-être, suffisamment pour que cette expérience de vie difficile n'interfère pas avec leur sensibilité parentale. Le fait d'avoir consciemment fait le choix d'adopter ainsi que de posséder de bonnes capacités de gestion du stress peut minimiser l'impact des évènements de vie stressants sur les comportements des parents. Il aurait également été intéressant d'évaluer, à partir d'autres mesures, le contexte plus large des parents face au stress, comme la satisfaction conjugale, le soutien social, les difficultés psychologiques, les stratégies d'adaptation et

de résilience face au stress (Baker, Owen, Stern & Willmot, 2009). Enfin, notre étude indique que l'âge de l'enfant à son adoption n'est pas associé à la sensibilité du parent. Ceci représente un résultat intéressant pour le développement des enfants, sachant que l'âge à l'arrivée constitue une variable de première importance dans l'adaptation à la suite de l'adoption, toutefois ce résultat doit être interprété avec prudence considérant le petit échantillon de notre étude.

Limites de l'étude et pistes de recherche future

La présente étude comporte quelques limites méthodologiques qui méritent d'être mentionnées. D'abord, l'échantillon de cette étude n'est pas nécessairement représentatif de la population des familles adoptives à l'international puisqu'il s'avère un échantillon de convenance, où les familles ciblées sont celles avec un enfant ayant une FLP ou présentant le souhait de recevoir des services d'intervention post-adoption. De plus, le nombre de participants du groupe FLP est peu élevé (seulement 30 enfants avec FLP), ce qui a pu limiter la puissance statistique de l'étude. Nos résultats sont donc à interpréter avec prudence. Une des limites concernant les mesures est le fait que nous nous basons seulement sur une mesure auto-rapportée de stress parental. Une mesure physiologique permettant d'objectiver le degré de stress dans l'interaction avec leur enfant, par exemple le taux de cortisol dans la salive, aurait pu être employée en plus des informations auto-rapportées. La nature de l'index de risque FLP comporte

également des limites, car cette mesure n'a pas été validée et accorde beaucoup de poids à l'âge de la première chirurgie dans le calcul. Des modifications à cette mesure seront pertinentes pour de futures études. De plus, un devis longitudinal aurait été préférable pour prédire dans le temps l'adaptation du parent et de l'enfant, en particulier pour les mesures prises au même moment que la sensibilité parentale comme la détresse parentale.

Par ailleurs, bien que plusieurs facteurs importants de la sensibilité parentale aient été examinés, d'autres facteurs potentiels n'ont pas été inclus dans les analyses. Par exemple, des facteurs cognitifs tels que l'auto-efficacité dans la parentalité (Teti, O'Connell & Reiner, 1996) ou encore l'état d'esprit face à l'attachement du parent (van Ijzendoorn, 1995), sont des variables du parent qui ont un impact significatif sur la sensibilité parentale, et celles-ci mériteraient d'être examinées afin de mieux comprendre via quels mécanismes les conditions de la FLP sont associées à la sensibilité, ou encore pour mieux comprendre qui sont les parents plus en détresse dans notre échantillon.

Pistes d'intervention

Cette étude nous permet d'élaborer quelques pistes d'interventions. Tout d'abord, elle réitère l'importance de soutenir les parents adoptifs dans leur rôle parental, que leurs enfants présentent des besoins spéciaux ou non. D'un point de vue

préventif, sachant que la sensibilité et que la détresse parentale sont associées, il devient important en clinique d'évaluer ces aspects en début d'intervention afin de favoriser la qualité des interactions parent-enfant tout au long du développement de l'enfant. Pour les familles avec un enfant avec une FLP, il est important de mieux adapter les interventions à leur réalité qui peut être différente en raison des risques médicaux de la FLP. Ces parents doivent être accompagnés pour affiner leur capacité à détecter les besoins de leur enfant, considérant les contraintes physiologiques de l'enfant et les déficits développementaux (langage, moteur, socio-affectif) qui peuvent aussi entraver l'expression des besoins par l'enfant et avoir un impact possible sur les comportements de sensibilité de leur parent.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que les parents ayant adopté un enfant avec ou sans FLP se portent de façon générale relativement bien : ils ne présentent pas des degrés élevés de détresse parentale et sont relativement sensibles aux besoins de leurs enfants, et ce, malgré le fait qu'une bonne partie d'entre eux ait vécu des événements difficiles comme l'infertilité. Cependant, on observe que les parents avec un enfant ayant une FLP sont moins sensibles que ceux ayant un enfant sans malformation faciale. À cet effet, plus les risques médicaux associés à la FLP sont élevés, moins le parent est sensible. Nos résultats indiquent également que les risques de la FLP et de détresse parentale sur la sensibilité sont présents même lorsque des facteurs de protection comme

l'utilisation de services post-adoption et l'âge de l'enfant à l'adoption sont considérés. Notre étude a ainsi le potentiel de servir de référence pour améliorer la qualité des formations données et des services post-adoption que les parents reçoivent. En somme, l'adoption d'un enfant est une expérience de vie qui comporte des défis pour les parents adoptifs et qui nécessite une attention particulière des professionnels de la recherche et de la clinique, notamment lorsque celui-ci présente des besoins spéciaux.

Références

- Abidin, R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 298–301.
- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index* (3rd edn). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Abidin, R. (1983). *The parenting stress index*. Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press.
- Abrams, K. Y., Rifkin, A., & Hesse, E. (2006). Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure. *Development and Psychopathology, 18*, 345–361.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Atkinson, A., & Gonet, P. (2007). Strengthening adoption practice, listening to adoptive families. *Child Welfare, 86* (2), 87–104.
- Baker, S., Owens, J., Stern, M., Willmot, D. (2009). Coping strategies and social support in the family: impact of cleft lip and palate and parents' adjustment and psychological distress. *Cleft Palate Craniofacial Journal, 46*, 229–236.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129*, 195–215.
- Barden, R. C., Ford, M. E., Jensen, A. G., Rogers-Salyer, M., & Salyer, K. E. (1989). Effects of craniofacial deformity in infancy on the quality of mother-infant interactions. *Child Development, 60*, 819–824.

- Barth, R. P., & Miller, J. M. (2000). Building effective post-adoption services: What is the empirical foundation?. *Family Relations*, 49 (4), 447–455.
- Belsky, J., & Isabella, R. (1988). Maternal, infant, and social-contextual determinants of attachment security. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 41–94). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Belsky, J., Woodworth, S., & Crnic, K. (1996). Troubled family interaction during childhood. *Development and Psychopathology*, 8, 477–495.
- Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Manual for the childhood trauma questionnaire*. New York: 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.
- Burns, L. H. (1990). An exploratory study of perceptions of parenting after infertility. *Family Systems Medicine*, 8 (2), 177–189.
- Campis, L. B., DeMaso, D. R., & Twente, A. W. (1995). The role of maternal factors in the adaptation of children with craniofacial disfigurement. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 32 (1), 55–61.
- Carlson, C., & Trapani, J. N. (2006). Single parenting and step parenting. *Children's Needs III: Development, prevention, and intervention*, 783–797.
- Ceballo, R., Lansford, J. E., Abbey, A., & Stewart, A. J. (2004). Gaining a child: Comparing the experiences of biological parents, adoptive parents and step-parents. *Family Relations*, 53, 38–48.
- Chicoine, J. F., Germain, P., & Lemieux, J. (2012). Adoption internationale, familles et enfants dits «à besoins spéciaux». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (2), 155-183.
- Collett, B. R., & Speltz, M. L. (2006). Social-emotional development of infants and young children with orofacial clefts. *Infant & Young Children*, 4, 262–291.

- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In Handbook of parenting (2nd ed.). *Practical issues in parenting*, Vol. 5. (pp. 243–267) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cudmore, L. (2005). Becoming parents in the context of loss. *Sexual and Relationship Therapy*, 20 (3), 299–308.
- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Boulos, N., Blondin, A., St-André, A., & Tessier, R. (2011). Characteristics of Internationally Adoptive Families seeking Post-Adoption Services. *Poster session presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development*, Montréal, Québec, Canada.
- Dhami, M. K., Mandel, D. R., & Sothman, K. (2007). An evaluation of post-placement service. *Children and Youth Services Review*, 29, 162–179.
- Darke, P. R., & Goldberg, S. (1994). Father-infant interaction and parent stress with healthy and medically compromised infants. *Infant Behaviour and Development*, 17, 3–14.
- De Theux-Heymans, M., Stievenart, M., & Roskam, I. (2013). Une intervention brève auprès de parents adoptants centrée sur la sensibilité parentale : effets sur le sentiment de compétence parentale et l'attachement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques*, 19 (2), 87- 101.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314–332.
- Despars, J., Peter, C., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Habersaat, S., Müller-Nix, C.,... & Hohlfeld, J. (2011). Impact of a cleft lip and/or palate on maternal stress and attachment representations. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 48 (4), 419–424.
- Dhami, M. K., Mandel, D. R., & Sothman, K. (2007). An evaluation of post-placement service. *Children and Youth Services Review*, 29, 162–179.
- Dozier, M., Bick, J., & Bernard, K. (2011). Intervening with foster parents to enhance bio-behavioral outcomes among infants and toddlers. *Zero to Three*, 31 (3), 17–22.

- Fearon, R. P., & Belsky, J. (2018). *Precursors of attachment security*. Guilford Publications.
- Festinger, T. (2006). Adoption and after: adoptive parents' service needs. In M. Dore (Ed.), *The postadoption experience: Adoptive families' service needs and service outcomes* (pp. 17–44). Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Follmar, K. E., Yuan, N., Pendleton, C. S., Dorafshar, A. H., Vander Kolk, C., & Redett III, R. J. (2015). Velopharyngeal insufficiency rates after delayed cleft palate repair: lessons learned from internationally adopted patients. *Annals of plastic surgery*, 75 (3), 302–305.
- Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2002). The effects of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health and Counseling*, 24 (1), 68–80.
- Goldberg, A. E. (2010). The transition to adoptive parenthood. In T. W. Miller (Ed.), *Handbook of stressful transitions across the lifespan* (pp. 165–184). New York, NY: Springer.
- Goldstein, J. A., Brown, B. J., Mason, P., Basci, D., Hindenburg, L., Dufresne, C. R., & Baker, S. B. (2014). Cleft care in international adoption. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134 (6), 1279–1284.
- Gray, K. E., Cradock, M. M., Kapp-Simon, K. A., Collett, B. R., Pullman, L. D., & Speltz, M. L. (2015). Longitudinal analysis of parenting stress in mothers and fathers of infants with and without single-suture craniosynostosis. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 52 (1), 3-11.
- Groze, V., & Ileana, D. (1996). A follow-up study of adopted children from Romania. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13 (6), 541-565.
- Habersaat, S., Monnier, M., Peter, C., Bolomey, L., Borghini, A., Despars, J., ... & Hohlfeld, J. (2013). Early mother-child interaction and later quality of attachment in infants with an orofacial cleft compared to infants without cleft. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50 (6), 704–712.

- Hansson, E., Ostman, J., & Becker, M. (2013). Adopting a child with cleft lip and palate: A study of parents' experiences. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 47 (1), 30–35.
- Hansson, E., Svensson, H., & Becker, M. (2012). Adopted children with cleft lip or palate, or both, require special needs cleft surgery. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 46 (2), 75–79.
- Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81 (5), 1254–1264.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., & Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *European Journal of Orthodontics*, 27 (3), 274–285.
- Huntington, G. S., Simeonsson, R. J., Bailey, D. B. Jr. & Comfort, M. (1987). Handicapped child characteristics and maternal involvement. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, 105–118.
- Judge, S. L. (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations*, 52, 241–248.
- Judge, S. L. (2004). The impact of early institutionalization on child and family outcomes. *Adoption Quarterly*, 7, 31–48.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263–274.
- Juffer, F., & Rosenboom, L. G. (1997). Infant-mother attachment of internationally adopted children in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (1), 93–107.
- Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2009). International adoption comes of age: Development of international adoptees from a longitudinal and meta-analytical perspective. In G.M. Wroebel & E. Neil (Eds.), *International Advances in Adoption Research for Practice* (pp.169–192). London: Wiley Blackwell.

- Klassen, A. F., Tsangaris, E., Forrest, C. R., Wong, K. W., Pusic, A. L., Cano, S. J., ... & Goodacre, T. (2012). Quality of life of children treated for cleft lip and/or palate: a systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *65* (5), 547–557.
- Koomen, H. M., & Hoeksma, J. B. (1992). Maternal interactive behaviour towards children with and children without cleft lip and palate. *Early Development and Parenting*, *1*, 169–181.
- Lacharité, C., Éthier, L., & Piché, C. (1992), Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire : validation et normes québécoises pour l'Inventaire de Stress Parental, *Santé Mentale au Québec*, *17* (2), 183-303.
- Langlois, J., Ritter, J., Casey, L., & Swain, D. (1995). Infant attractiveness predicts maternal behaviors and attitudes. *Developmental Psychology*, *31*, 464–472.
- 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.
- Losier, V., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2019, Unpublished). International adoption of special needs children: attachment, behavior problems and parental sensitivity in adopted children with a cleft lip and palate.
- Loyd, B. H., & Abidin, R. R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index, *Journal of Pediatric Psychology*, *10* (2), 169–177.
- Ma, J. L., Lai, K., & Pun, S. H. (2002). Parenting distress and parental investment of Hong Kong Chinese parents with a child having an emotional or behavioral problem: a qualitative study. *Child & Family Social Work*, *7* (2), 99–106.
- McDonald, T., Propp, J., & Murphy, K. (2001). The postadoption experience: child, parent, and family predictors of family adjustment to adoption. *Child Welfare*, *80*, 71–94.
- McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R., & Mueller, C. (2002). Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare*, *81*, 151–171.

- McKay, K., Ross, L. E., & Goldberg, A. E. (2010). Adaptation to parenthood during the post-adoption period: A review of the literature. *Adoption Quarterly, 13*, 125-144.
- McMahon, C. (1999) Does assisted reproduction make an impact on the identity and self-esteem of infertile women during the transition to parenthood? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 16* (2), 59–62.
- Ministère de la Famille du Québec (2011). Un portrait statistique des familles au Québec. [En ligne] https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_Portrait_stat_faits_s_ailants_11.pdf (Récupéré le 15 mai 2015).
- Montirosso, R., Fedeli, C., Murray, L., Morandi, F., Brusati, R., Perego, G. G., & Borgatti, R. (2011). The role of negative maternal affective states and infant temperament in early interactions between infants with cleft lip and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology, 37* (2), 241–250.
- Moran, G., Pederson, D. R., & Bento, S. (2009). Mini-MBQS-V Revised Mini-MBQS 25 item for video coding. *Unpublished instrument. The Selected Works of Greg Moran* [En ligne] <http://works.bepress.com/gregmoran/49>. (Récupéré le 15 mai 2015).
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J. F., Tarabulsy, G. M., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology, 41* (5), 773–783.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology, 23* (1), 195–210.
- Murray, L., Arteche, A., Bingley, C., et al. (2010). The effect of cleft lip on socio-emotional functioning in school-aged children. *Journal of Children Psychology and Psychiatry, 5*, 94–103.
- O'Dell, K. E., McCall, R. B., & Groark, C. J. (2015). Supporting families throughout the international special needs adoption process. *Children and Youth Services Review, 59*, 161–170.

- Oddens, B. J., den Tonkelaar, I., & Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems—a comparative survey. *Human Reproduction, 14* (1), 255–261.
- Palacios, J., & Sanchez-Sandoval, Y. (2006). Stress in parents of adopted children. *International Journal of Behavioral Development, 30* (6), 481–487.
- Patterson, J. M., & Garwick, A. W. (1994). Levels of meaning in family stress theory. *Family Process, 33* (3), 287–304.
- Pederson, D. R., Bailey, H. N., Tarabulsky, G. M., Bento, S., & Moran, G. (2014). Understanding sensitivity: Lessons learned from the legacy of Mary Ainsworth. *Attachment & Human Development, 16* (3), 261–270.
- Pederson, D. R., & Moran, G. (1995). Appendix B: Maternal Behaviour Q-set. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 60* (2-3), 247–254.
- Pederson, D. R., Moran, G., Sitko, C., Campbell, K., Guesquire, K., & Acton, H. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A Q-sort study. *Child Development, 61*, 1974–1983.
- Pelchat, D., Bisson, J., Ricard, N., Bouchard, J. M., Perreault, M., Saucier, J. F., & Lefebvre, H. (1998). *Longitudinal effects of a family systems nursing intervention program on the adaptation of families after the birth of a child with a disability*. Research Report Presented to the National Health Research and Development Program of Canada, Ottawa, Canada.
- Rafferty, Y., Griffin, K. W., & Robokos, D. (2010). Maternal depression and parental distress among families in the Early Head Start Research and Evaluation Project: Risk factors within the family setting. *Infant Mental Health Journal, 31* (5), 543–569.
- Reilly, T. & Platz, L. (2003). Characteristics and challenges of families who adopt children with special needs: An empirical study. *Children and Youth Services Review, 25*, 781–804.
- Roy, C. (2012). *Stress parental, sensibilité maternelle et réactivité de l'enfant : Une étude longitudinale et multidimensionnelle* (thèse de doctorat non publiée). Université Laval, Québec, Canada.

- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651–682). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., ... & Sonuga-Barke, E. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology*, 4 (3), 332–350.
- Ryan, S. D., Nelson, N., & Siebert, C. F. (2009). Examining the facilitators and barriers faced by adoptive professionals delivering post-placement services. *Children and Youth Services Review*, 31 (5), 584–593.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (5), 932–946.
- Scherer, N.J., D’Antonio, L.L., & McGahey, H. (2008). Early intervention for speech impairment in children with cleft palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 45 (1), 18-30.
- Secrétariat à l’adoption internationale (SAI) (2019). *Rapport sur l’adoption internationale au Québec. Statistiques 2018*. [En ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-116-05W.pdf>. (Récupéré le 20 octobre 2019).
- Shipe, M. E., Edwards, T. C., Evans, K. N., Schook, C. C., Leavitt, D., Peter, A., ... & Tse, R. (2016). Optimizing surgical treatment of internationally adopted children with cleft lip and/or palate: Understanding the family experience. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 53 (4), 444–452.
- Speltz, M. L., Morton, K., Goodell, E. W., & Clarren, S. K. (1993). Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers: follow-up from late infancy to school entry. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30 (5), 482–489.
- Tarabulsky, G. M., Avgoustis, E., Phillips, J., Pederson, D. R., & Moran, G. (1997). Similarities and differences in mothers’ and observers’ descriptions of

- attachment behaviours. *International Journal of Behavioral Development*, 21 (3), 599–620.
- Tessier, R., Larose, S., Moss, E., Nadeau, L., Tarabulsy, G.M., et le Secrétariat à l'adoption internationale (2005). *L'adoption internationale au Québec de 1985 à 2002 : L'adaptation sociale des enfants nés à l'étranger et adoptés par des familles du Québec*. Université Laval.
- Teti, D. M., O'Connell, M. A., & Reiner, C. D. (1996). Parenting sensitivity, parental depression and child health: The mediational role of parental self-efficacy. *Early Development and Parenting: An International Journal of Research and Practice*, 5 (4), 237–250.
- van den Akker, O. (2004). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Education and Counseling*, 57 (2):183–189.
- van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31, 410–421.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 11, 7, 387-403.
- Werker, C. L., de Wilde, H., van der Molen, A. M., & Breugem, C. C. (2017). Internationally adopted children with cleft lip and/or palate: A retrospective cohort study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 70 (12), 1732–1737.
- Wind, L. H., Brooks, D., & Barth, R. P. (2007). Influences of risk history and adoption preparation on post-adoption services use in US adoptions. *Family Relations*, 56 (4), 378–389.
- Wong, P. T. P., & Wong, L. C. J. (2008). *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. New York: Springer.

Tableau 3.1*Caractéristiques Sociodémographiques des Parents et des Enfants selon les Groupes FLP/non FLP*

Caractéristiques sociodémographiques	Enfants adoptés à l'international			t-test
	Total N = 84	FLP n = 30	Non-FLP n = 54	
	M(É.T.)	M(É.T.)	M(É.T.)	
Âge du parent (année)	41,56 (4,8)	42,27 (5,2)	41,17 (4,5)	-1,01
Âge de l'enfant (mois)	36,36 (17,15)	46,73 (17,52)	30,60 (14,07)	-4,61**
Âge de l'enfant à l'adoption (mois)	16,33 (9,95)	22,13 (11,27)	13,11 (7,47)	-4,40**
Temps passé dans la famille (mois)	20,03 (15,12)	24,96 (18,19)	17,29 (12,48)	-2,28*
	%	%	%	X ²
Sexe de l'enfant (% de filles)	58,3%	50%	62,9%	1,33
Scolarité universitaire du parent (%)	82,1%	73,3%	87,03%	2,47
Nationalité du parent (%)				0,25
Canadien	89,3%	90%	88,8%	
Autre	10,7%	10%	12,2%	
État matrimonial (%)				5,97*
En couple	83,3%	96,7%	75,9%	
Célibataire/séparé	16,7%	3,3%	24,1%	
Revenu annuel (%)				0,01
< 60 000 \$	28,6%	13,3%	37%	
≥ 60 000 \$	71,4%	86,7%	63%	
Résidence avant l'adoption (%)				0,21 ^a
Orphelinat/institution	76,2%	73,3%	77,8%	
Famille d'accueil	23,8%	26,7%	22,2%	

Note. FLP = Fissure labio-palatine. ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

Tableau 3.2*Variables Indépendantes de l'Études selon les Groupes FLP/non FLP*

	Condition des enfants			
	Total N = 84	Enfant adopté avec FLP n = 30	Enfant adopté sans FLP n = 54	
	M (É.T.)	M (É.T.)	M (É.T.)	t-test
Détresse parentale	24,28 (7,53)	22,7 (6,79)	25,16 (7,83)	1,45
Évènements stressants	2,17 (1,65)	2,8 (1,9)	2,1 (1,6)	-1,69
Risque FLP	-	16,16 (9,2)	-	-
	%	%	%	X ²
Infertilité	65,5%	73,3%	61,1%	1,27
Services post-adoption	56%	56,7%	55,6%	0,01

Note. FLP = Fissure labio-palatine.

Tableau 3.3*Matrice de Corrélation entre les Variables Indépendantes de l'Étude et la Sensibilité*

	1	2	3	4	5	6
1. Sensibilité	---					
2. Infertilité	0,11	---				
3. Détresse parentale	-0,12	0,05	---			
4. Évènement stressant	0,08	-0,01	0,15	---		
5. Risque FLP	-0,24*	0,13	-0,19	0,10	---	
6. Âge à l'adoption	-0,16	-0,09	-0,13	-0,12	0,18	---
7. Services Post-adoption ¹	0,02	0,06	-0,01	-0,09	-0,06	0,05

Note. ¹ Cette variable est catégorielle. * $p \leq 0,05$

Tableau 3.4
Régression Linéaire sur la Sensibilité Parentale

Facteurs de protection et de risque	Sensibilité parentale			
	<i>R</i>	<i>F</i>	(dl)	B
Modèle 1 : Facteurs de protection	0,03	1,06	2	
Âge à l'adoption				-0,15
Service post-adoption				0,03
Modèle 2 : Facteurs de risque	0,11	2,59*	4	
Risque FLP				-0,29**
Détresse parentale				-0,22*
Infertilité				0,15
Évènement stressant				0,14

Note. FLP = Fissure labio-palatine. * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette recherche contribue aux connaissances scientifiques dans le secteur de l'adoption internationale, des enfants avec besoins spéciaux, des facteurs de stress parental et du développement socio-affectif à l'âge préscolaire. Elle est non seulement importante pour la communauté scientifique, par son caractère novateur, mais également pour les familles adoptives, en particulier celles avec des enfants présentant des besoins spéciaux. Cette thèse tentait de répondre à différents objectifs dans le cadre de deux articles. Le premier visait à établir un portrait de l'adaptation socio-émotionnelle des enfants adoptés à l'international présentant une malformation congénitale de type fissure labio-palatine (FLP). Cette étude a plus précisément examiné l'attachement et les problèmes de comportements chez les enfants en lien avec la sensibilité et l'expérience parentale de leur parent et dans un second objectif, elle a exploré si la FLP était une variable modératrice entre les comportements du parent et ceux de l'enfant. Le deuxième article visait à enrichir les connaissances sur les parents québécois qui adoptent des enfants à besoins spéciaux à l'international. L'étude a permis de mieux cerner les facteurs de stress des parents adoptifs en examinant s'il y avait une distinction à établir entre les parents ayant adopté un enfant avec une FLP et ceux ayant adopté un enfant sans FLP. De plus, l'étude a permis de documenter si certains facteurs de stress étaient associés à la

sensibilité du parent envers son enfant. Dans les deux études, nous avons utilisé un échantillon de comparaison d'enfants adoptés à l'international sans malformation faciale.

Une synthèse des résultats obtenus des deux articles est présentée. Dans le but de conclure cette thèse, une discussion à propos du premier et du deuxième article est d'abord effectuée. Ensuite, un rappel des forces et limites du projet est fait. Enfin, les implications cliniques des résultats sont abordées.

4.1 Résultats principaux de l'étude 1

Le contexte de l'adoption d'un enfant ayant une fissure labio-palatine peut constituer en lui-même une situation de risque pour l'adaptation socio-émotionnelle de l'enfant, car elle place la famille devant des défis qui peuvent entraver le développement d'une relation parent-enfant de qualité. Ainsi, le premier article visait d'abord à examiner si les enfants présentant une FLP étaient plus à risque d'avoir un attachement insécurisant envers leur parent que les enfants adoptés sans problème de santé. Nos résultats ont révélé que les enfants adoptés avec une FLP ne sont pas plus à risque de présenter un attachement insécurisant que ceux adoptés sans FLP ou encore des enfants non-adoptés de la population normative. Le pourcentage d'enfants avec un attachement sécurisant de notre échantillon pour les deux groupes à l'étude (avec FLP : 69% et sans FLP : 60%) est donc comparable à celui de la population normative (62 %). Ce résultat est congruent avec les études précédentes menées auprès des parents et leurs enfants biologiques étant

atteints d'une FLP qui n'ont montré aucun lien significatif entre la présence de la FLP et le risque d'un attachement insécurisant (Habersaat et al., 2013, Koomen & Hoeksema, 1992; Speltz et al., 1997; Wasserman et al., 1987).

Notre étude a aussi examiné le fonctionnement psychosocial des enfants via une mesure des problèmes de comportement. Nos résultats ont montré que les enfants adoptés avec FLP n'ont pas plus de problèmes de comportement que les enfants adoptés sans FLP ; ils ont d'ailleurs des scores plus faibles sur le plan des problèmes intériorisés. De façon générale, peu d'enfants de l'ensemble de notre échantillon présentent des scores cliniques de troubles de comportement extériorisé (6 %) et intériorisé (10 %). Plus de parents ayant un enfant avec une FLP avait de l'expérience antérieure (58%) avec un enfant adopté ou biologique que le groupe sans FLP (36%). Les conditions médicales des enfants avec une FLP, au sein d'un contexte d'adoption, ne constituent donc pas un facteur de risque suffisant pour ces derniers en termes d'adaptation socio-émotionnelle. Il est possible que le fait que les parents adoptifs de notre échantillon soient sélectionnés pour leurs compétences parentales et leur capacité d'adaptation aux besoins d'un enfant adopté avec particularité médicale puisse expliquer leur bon fonctionnement général (voire l'absence de lien entre une condition médicale et l'exposition à des risques médicaux plus sévères et l'adaptation de l'enfant). Les parents qui ont une expérience parentale antérieure à l'adoption de l'enfant actuel, étaient significativement plus sensibles et plus enclins à avoir un enfant ayant un attachement sécurisé. Cette expérience peut contribuer au

sentiment de préparation des parents et ainsi réduire le stress parental lié aux difficultés de l'enfant et atténuer ces effets sur leur sensibilité. Ce sont donc de très bonnes nouvelles pour rassurer les familles adoptives en général et les enfants adoptés avec des besoins spéciaux de façon plus spécifique.

Cependant, il demeure que certains enfants adoptés de notre échantillon présentent un attachement insécurisant et d'autres des scores élevés de problèmes de comportement. Il semble que l'accumulation de certains facteurs de risque explique ces observations. En particulier, nous avons examiné si la sensibilité parentale est liée à l'adaptation socio-émotionnelle (attachement et problèmes de comportement) des enfants adoptés et si ces liens sont modérés par la présence d'une FLP. Nos analyses indiquent que les mères moins sensibles ont plus de risques d'avoir un enfant ayant un attachement insécurisant. Ce résultat appuie les nombreuses études ayant montré un lien entre la sensibilité parentale et l'attachement des enfants (Chisholm et al., 1995; Lionetti, 2014; Schoenmaker, Juffer, van IJzendoorn, Linting, van der Voort & Bakermans-Kranenburg, 2015). De plus, la présence d'une FLP chez l'enfant combinée à une mère qui a un degré plus faible de sensibilité parentale augmente le risque chez celui-ci de présenter un attachement insécurisant ; toutefois, ce résultat est marginal. Il contredit d'ailleurs ceux de Clements et Barnett (2002) qui observent que les enfants plus vulnérables sur le plan médical ont des mères plus sensibles à leur égard afin de pallier leurs difficultés perçues. Toutefois, puisque ce résultat est marginal dans notre étude, celui-ci appelle à la prudence

dans l'interprétation. Il faudra d'autres études pour vérifier l'hypothèse voulant que les parents adoptifs d'un enfant avec une FLP soient moins sensibles en raison de perturbations dans les signaux de communication, comme cela a été observé dans les dyades de mères et leur enfant biologique avec une FLP (Barden, Ford, Jensen, Rogers-Salyer & Salyer, 1989; Endriga & Speltz, 1997; Field & Vega-Lahr, 1984; Murray et al., 2010; Pederson, Gleason, Moran & Bento, 1998).

De plus, nos résultats indiquent que les enfants avec une FLP qui présentent aussi un attachement insécurisant ont significativement plus de problèmes de comportement extériorisé. Selon certaines études (Murray et al., 2010; Slifer et al., 2003), les enfants avec une FLP seraient plus impulsifs, voire agressifs dans leurs échanges avec les autres et manifesteraient plus de réactions négatives (p. ex., ignorent ou rejettent le parent, dysrégulation émotionnelle) dans leurs interactions avec leur parent. Plusieurs chercheurs estiment que ces faibles habiletés de communication et d'aptitudes sociales seraient notamment dues aux déficits langagiers provoqués par la FLP (Carroll & Shute, 2005; Krueckeberg, Kapp-Simon & Ribordy, 1993; Murray et al., 2010; Rubin & Wilkinson, 1995). Donc, on conclut que, combinée à un attachement insécurisant, la FLP constitue un facteur de risque supplémentaire pour la manifestation de problèmes de comportement.

4.2 Résultats principaux de l'étude 2

La deuxième étude a cherché à mieux comprendre ce qui distingue les parents adoptifs d'un enfant avec une FLP de ceux ayant adopté un enfant sans FLP, sur certains facteurs de risque et de protection dans le développement de la relation parent-enfant. Nos résultats ont montré que les parents ayant un enfant avec une FLP ne sont pas plus à risque de présenter davantage d'évènements de vie stressants, un degré plus élevé de détresse parentale, ou de recourir davantage à des services post-adoption, et ils ne sont pas plus nombreux à être infertiles. Selon la revue de littérature de McKay, Ross et Goldberg (2010), les résultats de plusieurs études montrent que les parents adoptifs ont dans l'ensemble de bonnes capacités d'adaptation, un bon réseau de soutien et de bonnes compétences parentales. Ce serait davantage l'accumulation de facteurs de stress familiaux (p. ex. : plusieurs évènements de vie difficiles, problèmes chez l'enfant, plusieurs enfants dans la famille, l'âge tardif des enfants à l'adoption, les stratégies d'adaptation inefficaces des parents), qui expliquerait la détresse élevée de certains parents adoptifs et non simplement qu'ils aient adoptés un enfant avec des besoins spéciaux (Barth & Miller, 2000; Bird et al., 2002; Forbes & Dziegielewski, 2003; McDonald, Propp & Murphy, 2001).

Notre étude a montré des différences socio-démographiques entre les groupes FLP et non FLP sur l'âge à l'adoption et le statut marital des parents, les enfants avec une FLP étant

plus âgés et les parents avec un enfant FLP étant plus nombreux à être en couple. Ces différences pourraient s'expliquer en raison des règlements imposés par certains pays ouverts aux adoptions internationales qui limitent les adoptions aux personnes en couple et qui impliquent souvent plusieurs années d'attente pour l'adoption d'un enfant. De plus, sachant que pour un enfant à besoins spéciaux il peut être **particulièrement difficile de trouver une famille correspondant à ses besoins particuliers selon le principe de la double subsidiarité, le processus d'adoption peut alors se prolonger** (Perry & Henry, 2009).

Par ailleurs, cette thèse s'est intéressée aux associations entre des facteurs de risque/protection susceptibles d'être présents chez les parents adoptifs et la sensibilité parentale dans les interactions avec l'enfant. D'une part, nous avons trouvé que plus les conditions médicales associées à la FLP sont sévères (p. ex. : bilatéralité de la fissure, nombre élevé de chirurgies, complications), moins le parent est sensible. Ce résultat est congruent avec les études qui ont observé des difficultés dans la capacité du parent à décoder les signaux faciaux de leur enfant avec FLP, car cette difficulté peut entraver la réponse sensible des parents aux besoins de leur enfant (Hansson, Östman & Becker, 2013; Montirosso et al., 2011). Notons que ces associations ont été observées alors que les services post-adoption reçus ainsi que l'âge des enfants à l'adoption ont été considérés dans les analyses en tant que facteurs de protection. Ceci implique que malgré le contrôle de ces facteurs de protection, la détresse des parents adoptifs et la sévérité des conditions

médicales de la FLP sont toujours associées à des comportements plus insensibles chez le parent. Ces résultats nous amènent à nous questionner si les services post-adoption interviennent sur la qualité de la sensibilité des parents envers leurs enfants. Est-ce que les services offerts aux familles adoptives sont suffisants et adéquats en regard des besoins spécifiques des parents et des enfants adoptés avec FLP ? Il nous apparaît essentiel d'outiller les parents sur les comportements parentaux tels que leur sensibilité, sachant qu'elle est associée à l'attachement sécurisant des enfants (étude 1) et que cette sécurité constitue un facteur de protection important dans le développement socio-émotionnel de l'enfant adopté.

Nous avons comme hypothèse que les parents avec un nombre plus élevé d'expériences de vie stressantes et la présence d'infertilité dans leur histoire personnelle seraient aussi plus à risque de présenter une faible sensibilité parentale, mais ces facteurs de risque ne se sont pas avérés significativement associés à la sensibilité. Malgré le fait que les familles adoptives soient confrontées avant et après l'adoption à des événements de vie qui peuvent les rendre plus vulnérables, ces facteurs ne semblent pas avoir une implication assez importante pour venir affecter leur degré de sensibilité. De plus, pour certains parents, leurs capacités de résilience et de gestion du stress ont possiblement pu les aider à surmonter les épreuves vécues, ce qui demeure à préciser dans le cadre de recherches futures.

4.3 Contributions, forces et limites de la thèse

Aucune étude québécoise n'avait encore examiné le fonctionnement socio-émotionnel des enfants ayant une fissure labio-palatine adoptés à l'international. Cette thèse a également permis de mieux comprendre qui sont, en termes de facteurs de stress et de sensibilité parentale, les parents adoptifs à l'international, y compris ceux ayant adopté un enfant avec besoins spéciaux. L'aspect novateur de cette thèse est le regard qu'elle pose sur la situation des parents adoptifs et leur enfant une FLP. Cette thèse permet d'identifier avec plus de précisions les quelques facteurs de risque et de protection pour ces enfants et leurs familles. Pour illustrer les résultats principaux des deux études, voir la figure 2.

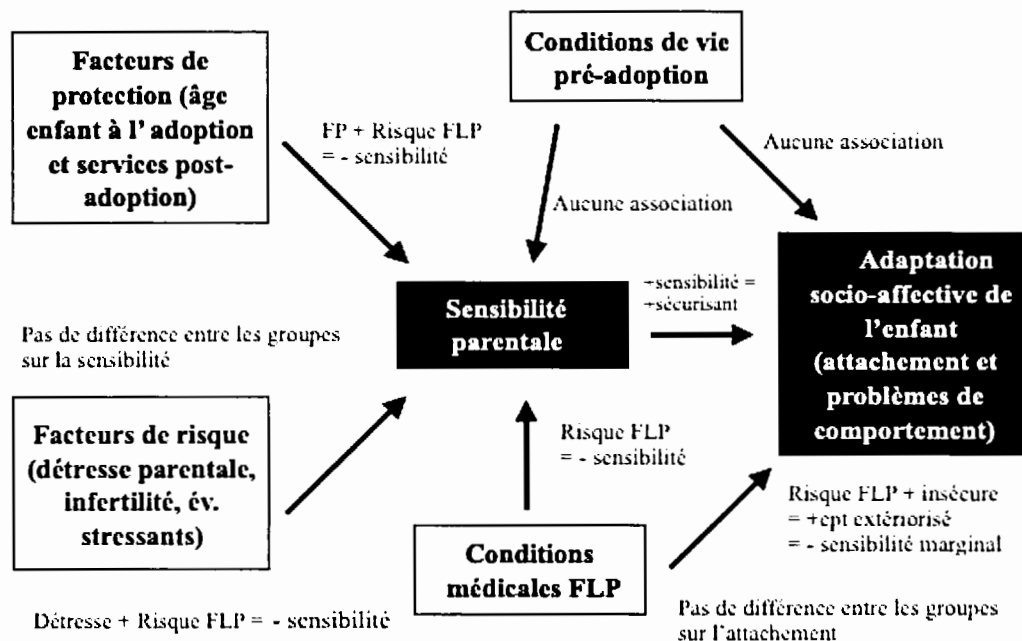


Figure 2. Liens entre les variables dépendantes et indépendantes des études

En ce qui concerne les facteurs de risque, on constate que plus les enfants avec FLP ont des conditions médicales sévères, plus leur développement socio-émotionnel peut être affecté, s'ils ont un parent moins sensible. Certains des facteurs de risque identifiés peuvent également être associés à la sensibilité du parent, tels que la combinaison d'une détresse élevée et des conditions de la FLP plus sévères. Ainsi, plus la qualité de la sensibilité est faible, plus y a de risque sur l'attachement de l'enfant et le développement de problème de comportement extériorisé. On observe également que plusieurs facteurs de risque identifiés dans les études empiriques (p. ex. : les conditions pré-adoption, l'infertilité et les événements difficiles) n'ont pas d'effet négatif sur la relation parent-enfant. Il semble, d'après nos résultats, que le degré de sensibilité du parent envers

l'enfant soit le facteur qui explique mieux les difficultés socio-affectives des enfants que la condition médicale de la FLP. Malgré le petit échantillon des études, cela permet d'apporter un peu plus de nuances et de démystifier les conditions que peuvent présenter ces familles dans les formations auprès de ces groupes de parents en processus d'adoption.

Une des forces de la thèse réside dans l'utilisation d'un groupe de comparaison d'enfants adoptés à l'international sans problème de santé majeur. Cela permet de voir qu'il y a plus de points en commun entre les groupes que de divergences importantes entre les conditions de ces enfants. Cela permet également de reconnaître que c'est davantage la combinaison de facteurs de risque qui explique les difficultés d'adaptation chez l'enfant avec une FLP. Il paraît donc évident de mieux outiller les familles qui présentent de multiples facteurs qui, lorsque combinés, peuvent interférer avec le développement sain de l'enfant et le fonctionnement de la famille. On peut néanmoins conclure, à la lumière des résultats obtenus, que pour la majorité des enfants et leurs familles, des liens positifs se sont créés et leur développement semble être optimal. Malgré les facteurs de risque qu'ils ont connu avant et après l'adoption, peu d'entre eux présentent de graves problèmes socio-émotionnels. Les enfants adoptés, qu'ils aient une FLP ou non, semblent donc avoir bénéficié du milieu stimulant et chaleureux offert par leur famille adoptive.

Une autre force est l'utilisation d'outils validés et de mesures observationnelles. Une importante limite d'études antérieures résidait dans l'utilisation d'outils non validés ou très divergents d'une étude à l'autre, limitant ainsi les comparaisons avec d'autres échantillons. Nous avons dans nos articles des outils reconnus et fréquemment utilisés dans les études connexes (*Parental Stress Index* [PSI] d'Abidin, 1995, la *Situation Étrangère* d'Ainsworth et al., 1978, *Child Behavior Checklist*, version parent, CBCL, Achenbach & Rescorla, 2000), ce qui permet d'effectuer des comparaisons cohérentes entre les résultats des études. De plus, l'utilisation des mesures observationnelles de la sensibilité parentale et de l'attachement de l'enfant permet d'avoir une évaluation indépendante qui ne repose pas sur des auto-rapports. Ces instruments sont des mesures étalons du domaine de l'enfance. De plus, les observations recueillies ont été codées à partir de critères spécifiques par des codeurs externes qui ont obtenu un très bon accord interjuge.

Cette thèse contribue également à l'élaboration de diverses hypothèses pour les futures études voulant examiner ces questions avec de plus grands échantillons. Il serait d'ailleurs particulièrement intéressant de mieux comprendre les enjeux entourant l'adoption d'enfants à besoins particuliers en général, soit les enfants ayant d'autres types de problème de santé ou différents dysfonctionnements développementaux (p. ex. : enfants adoptés avec un retard intellectuel). De plus, il serait pertinent de mieux comprendre l'adaptation des enfants adoptés à un âge plus avancé (plus de 5 ans), sachant que les parents doivent immédiatement composer avec l'adaptation de l'enfant à l'école

et ses relations avec les pairs et que ces enfants peuvent présenter des risques plus grands de retards de développement cognitif, socio-affectif et de comportement (McKay et al., 2010). Selon la méta-analyse de Stock et Feragen (2016), la difficulté la plus importante qui demeurerait pour les enfants, adolescents et adultes ayant une FLP était l'insatisfaction de leur apparence faciale, en lien avec le fait que certaines opérations s'échelonnent sur plusieurs années (p. ex. corrections esthétiques du nez et de la lèvre, de la gencive, de la dentition), que des différences faciales persistent à travers le temps et que des cicatrices peuvent être visibles. Des études plus spécifiques sur cet aspect pourraient apporter davantage de connaissances sur l'impact de leur perception négative sur leur fonctionnement social et psychologique et offrir des outils de prévention et d'intervention spécifiques aux besoins des enfants/adolescents adoptés avec une FLP.

La présente thèse comporte quelques limites méthodologiques qui méritent d'être mentionnées. Les participants des études proviennent d'un échantillon de convenance, donc une participation volontaire où les familles ciblées sont celles avec un enfant ayant une FLP ou présentant le souhait de recevoir des services d'intervention post-adoption. La généralisation des résultats à la population d'enfants adoptés et leurs familles doit donc être effectuée avec circonspection. De plus, le nombre de participants du groupe FLP est peu élevé (seulement 29 enfants avec FLP dans l'article 1 et 30 dans l'article 2), ce qui a pu limiter la puissance statistique de l'étude.

Comme cette thèse tentait de mieux comprendre les effets de l'adoption internationale sur le développement des enfants et leur famille adoptive, nous n'avons pas inclus de groupe de comparaison avec des parents et leur enfant biologique. Il aurait été intéressant d'inclure un groupe d'enfant ayant une FLP et leur parent biologique afin d'expliquer pourquoi certains enfants avec FLP vont mieux que les autres, en ce qui a trait aux capacités parentales ou au fonctionnement socio-émotionnel de l'enfant. Cela permettrait de comparer certains facteurs comme l'effet de l'adoption, le contexte sociodémographique distinct des parents biologiques, le choc et les sentiments négatifs des parents devant le diagnostic de leur enfant, le recours aux services dès la naissance, le soutien social et les facteurs médicaux différents (p. ex. : chirurgies faites uniquement au Québec).

4.4 Implications cliniques des résultats de la thèse

Cette étude permet de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les enfants à besoins spéciaux et par conséquent, de recommander des pistes d'intervention clinique pour cette population. Pour les enfants et leurs parents présentant plus de difficultés socio-émotionnelles, des considérations spécifiques pourraient permettre de mieux cibler les besoins de cette clientèle.

Les résultats de ces études permettent de fournir des informations aux parents sur les effets que peuvent avoir les conditions médicales associées à la FLP sur la relation parent-enfant. L'enfant atteint d'une FLP nécessitera plusieurs chirurgies tout au long de son développement, et aura, par conséquent, des hospitalisations de quelques jours. À la suite de ces chirurgies, il peut subir des complications, prendre de la médication et avoir des suivis post-chirurgies. Il s'agit de défis importants pour les parents, par exemple, en ce qui concerne la gestion de la douleur, des soins et des émotions de peur de l'enfant, des congés parentaux pour s'occuper de l'enfant, etc. Plus le parent dispose d'informations pertinentes sur ces interventions, qu'il se sent en confiance face au corps médical et reçoit du soutien de ses proches ou des professionnels, plus il est habilité à faire face à ces stressors d'une manière adaptée (Hansson, Östman & Becker, 2013). Nos résultats ont confirmé ceux des autres études (Despars et al., 2011; Shipe et al., 2016; Werker, de Wilde, van der Molen & Breugem, 2017) qui ont montré que les chirurgies n'avaient pas d'impact négatif sur la relation. En effet, l'âge de l'enfant lors des chirurgies ou le nombre de chirurgies totales ne sont pas liés à la qualité de la sensibilité parentale ou au type d'attachement des enfants. Toutefois, nous avons observé que la sévérité des risques associés aux conditions médicales de la FLP est associée à des difficultés dans la relation, dont une sensibilité parentale plus faible. Les inquiétudes générées chez les parents sur la condition médicale de la FLP sembleraient mener à des comportements plus insensibles et affecteraient négativement le développement de l'attachement chez l'enfant. D'autres études seront nécessaires pour mieux comprendre les processus psychologiques par lesquels la FLP perturbe la qualité de la sensibilité

parentale. Pour mieux s'adapter à la sévérité de la condition médicale de leur enfant, il nous apparaît pertinent de recommander aux parents adoptifs de prendre en compte certains critères d'adaptation de l'enfant adopté et d'en discuter avec leur équipe médicale avant de procéder aux chirurgies, notamment privilégier l'établissement d'une bonne routine de soin, assurer une communication efficace pour la réponse aux besoins de base de l'enfant et favoriser un sentiment de confiance de l'enfant envers son parent (Werker et al., 2017).

Les formations et les suivis post-adoption nous apparaissent comme des facteurs de protection pour les parents plus à risque. Toutefois, nous n'avons pas vu ces effets sur la sensibilité dans notre étude. Selon certaines études, il semble que les formations reçues ou le soutien professionnel demeurent insatisfaisants pour les parents d'enfants adoptés avec besoins spéciaux (O'Dell, McCall & Groark, 2015). Il serait pertinent de rendre plus accessibles des ressources et des informations spécifiques pour ces parents qui doivent composer avec des défis particuliers. Nous pensons notamment ici aux regroupements de parents-aidants (AFLAPA, Association de parents d'enfants porteurs de Fentes LABiales et/ou PALatines) ou à des associations internationales (ACPA, American Cleft Palate-Craniofacial Association) offrant de la documentation, des formations et du soutien professionnel et financier aux familles. La collaboration des chercheurs avec ces associations permet d'offrir des formations et documents qui sont à jour sur les connaissances scientifiques. Le besoin de développer des formations post-

adoption qui offrent un soutien pour le développement de la sensibilité parentale dans des contextes de risque plus spécifiques nous apparaît pertinent à la lumière de nos résultats.

Les familles qui adoptent des enfants ayant des besoins spéciaux sont confrontées à un dilemme important : trouver des services professionnels et des traitements qui répondent aux besoins spéciaux de leurs enfants et obtenir des services leur permettant de développer des compétences et des connaissances spécifiques à l'adoption. Plusieurs programmes aux États-Unis offrent la possibilité de répondre aux besoins des familles ayant adopté des enfants avec des besoins spéciaux, tel que le programme PARTNERS (*Post Adoption Resources for Training, Networking and Evaluation Services*) en Iowa, qui offre des services de formation, des références de spécialistes, l'évaluation des besoins et de la consultation par des professionnels formés dans ce domaine (Barth & Miller, 2000 ; Groze & Gruenewald, 1991). Le contexte spécifique de l'adoption et des difficultés que les parents peuvent rencontrer sont abordés (séparation, attachement, perte, deuil non résolu, attentes parentales, stress parental, problème de comportement, etc.). Un autre exemple est le programme *Hope For The Children* en Illinois, qui est un service de soutien aux familles qui adoptent des enfants ayant des besoins spéciaux en combinant des services de soutien professionnels traditionnellement accessibles aux familles adoptives avec des réseaux de soutien non traditionnels, basés sur la communauté, composés de familles d'accueil et de familles adoptives, de tuteurs

bénévoles et de militants pour les droits de la famille (Eheart & Zimmerman, 1998). Ces programmes permettent de maximiser l'aide publique offerte à ces familles qui nécessitent des services plus spécifiques. Ils permettent également d'augmenter le succès de l'adoption et favorisent une forte coalition entre les spécialistes du domaine médical et professionnel avec la communauté et les pairs aidants, afin de permettre un soutien optimal (Kramer & Houston, 1999). Au Québec, les services en pré et post-adoption offerts par les CIUSSS et les agences d'adoption pourraient davantage s'inspirer de ces programmes afin de mieux adapter le contenu de leur formation et les services aux besoins de ces parents.

Cependant, afin de répondre aux besoins spécifiques qui concernent le développement de la sensibilité et de l'attachement sécurisant chez les familles adoptantes, les interventions cliniques comme l'intervention relationnelle (Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsky, St-Laurent & Bernier, 2011) semblent des plus appropriées, et ce, assez rapidement dès l'arrivée de l'enfant dans sa nouvelle famille, afin de permettre à la relation parent-enfant de se construire sur une base adéquate. L'intervention relationnelle est une intervention brève qui vise spécifiquement à renforcer les comportements sensibles des parents en interaction avec leur enfant avec l'utilisation de la rétroaction vidéo. L'efficacité de ce programme a été démontrée dans plusieurs études qui indiquent que l'intervention relationnelle permet d'améliorer la sensibilité du parent de divers types de population, dont des parents d'accueil, signalés pour maltraitance parentale, mais

également des parents adoptifs à l'international (Blondin, 2018; Fukkink, 2008; Landor, Todd & Kennedy, 2011; Moss et al., 2011). D'ailleurs, une partie des familles (groupe sans FLP) de cette thèse ont participé subséquemment à une autre étude et ont bénéficié de l'intervention relationnelle et les données montrent que les parents adoptifs du groupe cible améliorent significativement leur sensibilité parentale (Blondin, 2018). Par ailleurs, l'intervention relationnelle et d'autres interventions fondées sur l'attachement permettent d'augmenter la sécurité d'attachement, le plaisir dans la relation parent-enfant et de favoriser des interactions parent-enfant positives, en plus de diminuer l'attachement désorganisé et les problèmes de comportement (De Theux-Heymans, Stievenart & Roskam, 2013; Juffer & Rosenboom, 1997; Juffer, & van Ijzendoorn, 2005; 2009; Stams, Juffer, van Ijzendoorn & Hoksbergen, 2001). Le fait d'intervenir rapidement auprès de familles désireuses de recevoir des services cliniques visant la qualité des relations parent-enfant diminuera la possibilité que des problèmes se cristallisent ou s'intensifient chez l'enfant adopté et sa famille. Pour les familles qui adoptent un enfant avec FLP, des interventions plus spécifiques sur la sensibilité du parent devraient être mises en avant-plan sachant que selon nos résultats, ils peuvent éprouver davantage de difficultés sur cet aspect de la relation, ce qui va interférer avec la qualité de l'attachement de leur enfant. L'intervention relationnelle, par l'utilisation de la rétroaction vidéo, permet de mieux outiller les parents dans la reconnaissance visuelle des signaux de l'enfant, ce qui peut favoriser l'adaptation de ses soins dans le respect du rythme de l'enfant et particulièrement en présence de retards de développement. L'adoption n'est pas un processus limité dans le temps et les problèmes liés à l'adoption se posent tout au

long de la vie des personnes impliquées dans l'adoption. Toutefois, le fait d'intervenir tôt, avec des outils efficaces et ciblant les besoins personnalisés des familles, peut permettre de réduire à plus long terme les difficultés des enfants et leur famille ainsi que le recours à des services publics spécialisés en santé mentale, où l'on constate présentement une forte utilisation de ces services chez les enfants et adolescents adoptés (Juffer & van IJzendoorn, 2005; méta-analyse).

CONCLUSION

L'accroissement des connaissances au sujet de l'expérience de l'adoption internationale des enfants à besoins spéciaux peut éclairer non seulement l'évolution de l'adoption elle-même, mais aussi de façon plus spécifique le développement socio-émotionnel des enfants atteints de malformations cranio-faciales, en l'occurrence la fissure labio-palatine. Ainsi, les résultats de cette thèse peuvent aujourd'hui servir de référence pour améliorer la qualité de l'information aux parents qui désirent adopter des enfants à besoins spéciaux, car ils permettent de mieux reconnaître l'impact de la malformation faciale sur la relation parent-enfant et l'ajustement socio-émotionnel de l'enfant. Finalement, les projets de recherches connexes pourront favoriser le développement d'outils d'évaluation pour aider à comprendre la réalité des parents adoptifs d'enfants à besoins spéciaux et à développer des approches d'intervention pertinente

ANNEXE A

TYPES DE FISSURE LABIO-PALATINE

Types de fissure labiale et palatine

1. Fissure labiale incomplète
2. Fissure labiale complète gauche
3. Fissure du voile palatin
4. Fissure palatine complète
5. Fissure labio-palatine gauche
6. Fissure labio-palatine bilatérale

Source : AFLAPA (2018). Récupéré en juillet 2018 sur le site de l'association : http://users.skynet.be/AFLAPA/faq1_fr.html

APPENDICE A

CERTIFICAT ÉTHIQUE PROJET SOURIRE DU MONDE


Le 04 septembre 2013

Madame Dominique Duchesne
2e Bloc 9



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

OBJET: Titre du projet: L'adoption à l'international d'enfants ayant une fissure labiale et/ou palatine : Étude sur l'attachement et la relation parent-enfant .

No. de dossier: 3715

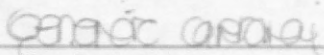
Responsables du projet: Dominique Duchesne Ph. D., chercheuse responsable au CHU Sainte-Justine .Chercheuse principale :Valérie Losier. Collaborateurs : Chantal Cyr, Louise Caouette-Laberge , Patricia Bortoluzzi , Patricia Egerszegi et Marie-Eve Brabant

Madame,

Votre projet cité en rubrique a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en date du 30 août 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. Notez que pour une collaboration avec un (ou plusieurs) tiers (institutions ou entreprises privées) impliquant des transferts de fonds et/ou données et/ou matériel biologique, une entente (contrat) doit être conclue avec le Bureau des ententes de recherche (BER).

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réexaminés annuellement et la durée de l'approbation de votre projet sera effective jusqu'au **30 août 2014**. Notez qu'il est de votre responsabilité de soumettre une demande au comité pour que votre projet soit renouvelé avant la date d'expiration mentionnée. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet et/ou tout événement pouvant toucher à la sécurité des participants.

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


Geneviève Cardinal, juriste

Présidente par intérim du Comité d'éthique de la recherche

GC/mhl
c.c. : BER


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

Liste des documents approuvés par le CÉR



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

Titre du projet:

L'adoption à l'international d'enfants ayant une fissure labiale et/ou palatine : Étude sur l'attachement et la relation parent-enfant .

No. de dossier: 3715

Date d'approbation : vendredi 30 août 2013

Responsables du projet: DUCHESNE DOMINIQUE Ph. D., chercheuse responsable au CHU Sainte-Justine .Chercheuse principale :Valérie Losier. Collaborateurs : Chantal Cyr, Louise Caouette-Laberge , Patricia Bortoluzzi , Patricia Egerszegi et Marie-Eve Brabant

Liste:

- Protocole de recherche daté du 7 juin 2013
- Formulaire d'information et de consentement daté de juin 2013
- Formulaire d'engagement à la confidentialité pour les chercheurs et assistants de recherche non daté
- Lettre d'invitation aux parents adoptifs et leur enfant ayant une fente labiale et/ou palatine non datée
- Protocole d'évaluation à remettre aux assistants de recherche non daté
- Protocole d'administration de la Situation Étrangère non daté
- Document "Entrevue Ceci est mon enfant" non daté
- Questionnaire socio-démographique non daté
- Questionnaire "Liste événements de vie" non daté
- Questionnaire "Index de stress parental (ISP/FB) forme brève" non daté
- Questionnaire "Conditions médicales de l'enfant" non daté


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

- Questionnaire "Liste des comportements pour enfants (version parent)" non daté



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

APPENDICE B

CERTIFICAT ÉTHIQUE PROJET CHANTAL CYR



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire

Mme Chantal CYR

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

Le 22 juillet 2009

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

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

Madame,

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

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

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

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

1/2

Cette approbation finale suppose que vous vous engagez :

- à respecter la présente décision;

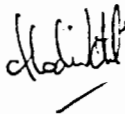
- à remettre au CER un rapport annuel faisant état de l'avancement du projet, lequel rapport est nécessaire au renouvellement de l'approbation éthique;
- à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet;
- à aviser le CER dans les plus brefs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

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

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

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

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



Elodie PETIT
Présidente du comité d'éthique de la recherche
Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

APPENDICE C

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

PROJET SOURIRE DU MONDE



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

1. Titre de l'étude : Projet sourire du monde : L'adoption à l'international d'enfants ayant une fissure labiale et/ou palatine

2. Nom des chercheurs

- Dominique Duchesne, M.sc., psychologue, CHU Sainte-Justine
- Valérie Losier, étudiante au doctorat (Ph.D.) en psychologie sous la supervision de C. Cyr, Université du Québec à Montréal
- Chantal Cyr, Ph.D, Professeur, Département psychologie, Université du Québec à Montréal

3. Source de financement : Fonds de la Faculté des Sciences Humaines de l'UQAM

4. Invitation à participer à un projet de recherche

La clinique de chirurgie-traumatologie du CHU Sainte-Justine participe à une recherche ayant pour but de comprendre le développement des enfants adoptés à l'international avec une fente labiale et/ou palatine. Nous sollicitons aujourd'hui votre participation et celle de votre enfant. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressés à participer à ce projet de recherche. Il est important de bien comprendre ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions. Prenez le temps nécessaire pour prendre votre décision.

Plusieurs enfants avec besoins spéciaux sont adoptés de l'international chaque année. Toutefois, très peu d'informations sont actuellement disponibles sur leur développement socio-affectif et leurs relations familiales. Afin de développer des services de prévention et d'intervention adaptés à leurs besoins spécifiques, il est d'un grand intérêt de mieux comprendre ces aspects.

5. Objectifs du projet de recherche :

Mieux comprendre le lien entre les relations parent-enfant et le développement des enfants adoptés à l'international avec fente labiale et/ou palatine. Afin de répondre à cet objectif, les informations recueillies dans le cadre de ce projet seront comparées à des informations issues d'un projet antérieur composé d'enfants adoptés à l'international ne présentant pas de fente labiale et/ou palatine. Ce projet antérieur a été soumis aux mêmes règles éthiques et a reçu une approbation éthique.

6. Déroulement des activités :

Ce projet s'adresse aux parents et leur enfant adopté à l'international, actuellement âgé entre 2 et 6 ans, et ayant une fente labiale, palatine ou labiale et palatine. Notre projet implique que vous participiez à une rencontre d'environ deux heures, menée par notre équipe de recherche. Durant cette rencontre, réalisée au Laboratoire d'étude du développement de l'enfant et sa famille à l'Université du Québec à Montréal, des assistants de recherche vous demanderont de participer à une courte entrevue et de réaliser des activités de jeu avec votre enfant. Cette rencontre sera enregistrée sur bandes audio ou vidéo.

1. Arrivée et explication du déroulement (5 min.)
2. Activités de jeux semi-structurés avec votre enfant (35 min.)
3. Collation (10 minutes)
4. Entrevue sur les perceptions parentales (20 minutes)
5. Questionnaires aux parents sur les perceptions parentales, expériences de vie et comportements de l'enfant (30-45 minutes)

L'équipe de recherche consultera aussi le dossier médical et psychologique de votre enfant. Les informations qui y seront puisées serviront à documenter le diagnostic, le rendement aux évaluations et le suivi des traitements reçus.

7. Quels sont les avantages et bénéfices ?

Il n'y a aucun bénéfice direct. Votre participation ainsi que celle de votre enfant permettra d'améliorer les connaissances et informer le développement de services pour les familles ayant un enfant adopté atteint de fente labiale et palatine.

8. Quels sont les inconvénients et risques ?

Le temps pour compléter les questionnaires pourrait être un inconvénient. Aussi, certaines questions présentées dans les questionnaires pourraient s'avérer des questions sensibles pour vous, si jamais vous viviez un inconfort dû à certains thèmes discutés lors des rencontres ou à certaines questions présentées dans les questionnaires, nous vous demandons d'en parler immédiatement avec l'assistant de recherche qui pourra vous aider et vous guider vers le CSSS le plus près de votre domicile.

9. Comment la confidentialité est-elle assurée ?

Tous les renseignements obtenus sur vous et votre enfant pour ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Tous les renseignements (incluant les enregistrements audio et vidéo) seront codés selon des numéros d'identification et mis sous clé. Les enregistrements vidéo et audio ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche. L'ensemble

des renseignements seront conservés pendant sept (7) ans suivant la fin du projet de recherche, sous la responsabilité du chercheur principal dans son bureau à l'UQAM.

Cependant, aux fins de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine consulte les données de la recherche et le dossier médical de votre enfant à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Les résultats de cette recherche seront utilisés dans le cadre d'une thèse doctorale et pourront aussi être publiés ou communiqués dans des congrès scientifiques, mais aucune information pouvant vous identifier ainsi que votre enfant ne sera dévoilée.

10. Compensation des participants

L'équipe de recherche s'engage à compenser votre participation en vous offrant une somme de 20 \$ ainsi qu'un petit jouet à l'enfant pour le remercier de sa participation. L'assistant de recherche vous offrira de même qu'à votre enfant une collation durant la visite à l'Université.

11. Communication des résultats

L'équipe de recherche s'engage à vous transmettre par la poste un résumé des résultats sur l'ensemble des participants à la fin du projet. Les résultats individuels de votre enfant concernant son rendement cognitif ne vous seront transmis que s'ils laissent soupçonner un retard de développement important. Dans ce cas, l'équipe de recherche vous recommandera alors de communiquer avec la psychologue de la clinique de Chirurgie-Traumatologie afin qu'elle puisse faire un suivi et procéder à une évaluation plus poussée selon les besoins de votre enfant.

12. Liberté de participation

Votre participation et celle de votre enfant à ce projet de recherche est libre et volontaire. Vous pourrez aussi vous retirer ainsi que votre enfant en tout temps sur simple avis verbal à un assistant de recherche, sans explication et sans que cela n'affecte la qualité des services de santé qui lui sont offerts. Les données non encore analysées ainsi que les enregistrements audio/vidéo seront détruits en cas de retrait.

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

Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, n'hésitez pas à contacter Mme Valérie Losier, coordonnatrice du projet de recherche à l'Université du Québec à Montréal au (514) 987-3000 poste 1347.

Pour tout renseignement sur les droits de votre enfant à titre de participant à ce projet de recherche, vous pouvez contacter le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.

14. Consentement

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 répondu à ma satisfaction. Après réflexion, j'accepte que moi 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. En signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun de mes droits prévus par la loi ni à ceux de mon enfant. De plus, je ne libère pas les investigateurs et le promoteur de leur responsabilité légale et professionnelle.

 Nom de l'enfant (Lettres moulées)

 Nom du parent,

 Signature

 Date

(Lettres moulées)

J'ai expliqué au participant tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées. Je lui ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

 Nom de la personne qui a obtenu le consentement Signature

 Date

APPENDICE D

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

PROJET CHANTAL CYR

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

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

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

Coordonnatrice du projet de recherche : Nancy Boulos, U. du Québec à Montréal, (514) 987-3000 poste 1347

Financé par le *Fond de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ)*

Ce formulaire vise à obtenir votre consentement pour votre participation et celle de votre enfant à un projet de recherche. Il est important de lire et comprendre ce formulaire en entier. Si vous avez des questions n'hésitez pas à nous en faire part.

1) Projet de recherche :

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

Objectifs :

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

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

3) Avantages de la participation au projet

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

4) Risques et inconvénients liés à la participation au projet

Ce projet de recherche ne comporte pas de risque. Toutefois, si jamais vous viviez un inconfort dû à certains thèmes discutés lors des rencontres, nous vous demandons d'en parler immédiatement avec l'assistant de recherche ou l'intervenant présent qui pourra vous aider et vous guider vers le

CSSS le plus près de votre domicile. Les seuls inconvénients concernent le temps et le déplacement que le projet implique.

5) Confidentialité

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

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

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

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

6) Résultats de la recherche

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

7) Compensation des participants

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

8) Participation volontaire

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

9) Personnes ressources

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

10) Consentement à la recherche

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

✓ J'accepte également que l'équipe de recherche me contacte ultérieurement pour participer à la poursuite du projet : OUI NON

Nom du participant

Signature

Date

11) Déclaration du chercheur

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

Nom du chercheur ou de son représentant

Signature

Date

Tableau 1. Implication des participants

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

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

Groupe intervention-relationnelle vs Groupe intervention différée

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

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

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CER du CJM-U le 22 juillet 2009

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Questionnaire socio-démographique

SECTION 1 : Questions générales sur votre famille

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

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

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

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

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

• Mère : _____ • Père : _____

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

• Mère : non oui Précisez : _____

• Père : non oui Précisez : _____

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

• Mère : _____ _____ _____
 jour mois année

• Père : _____ _____ _____
 jour mois année

10. Quel est votre statut marital actuel ?

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

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

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

12. Cocher le plus haut degré de scolarité complété :

- | | <u>Mère</u> | <u>Père</u> |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Primaire 1 2 3 4 5 6 | <input type="checkbox"/> Primaire 1 2 3 4 5 6 |
| <input type="checkbox"/> | Secondaire 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> Secondaire 1 2 3 4 5 |
| <input type="checkbox"/> | Collégial 1 2 3 | <input type="checkbox"/> Collégial 1 2 3 |
| <input type="checkbox"/> | Universitaire 1 2 3 (Bacc) | <input type="checkbox"/> Universitaire 1 2 3 (Bacc) |
| <input type="checkbox"/> | Universitaire 2 ^{ième} , 3 ^{ième} cycle | <input type="checkbox"/> Universitaire 2 ^{ième} , 3 ^{ième} cycle |
| | Autre (précisez) _____ | Autre (précisez) _____ |

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

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

- Est à la recherche d'un emploi
- Autre (précisez) : Mère : _____
Père : _____

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

- Moins de 15 000 \$
- Entre 15 000 et 29 999 \$
- Entre 30 000 \$ et 44 999 \$
- Entre 45 000 \$ et 59 999 \$
- Entre 60 000 \$ et 74 999 \$
- Entre 75 000 \$ et 99 999 \$
- Plus de 100 000 \$

**SECTION 2 : Questions sur les conditions de vie de votre enfant
avant et suivant l'adoption**

15. Indiquez la date d'arrivée de l'enfant dans votre famille: jour : ____ mois : ____
année : _____
16. Indiquez le pays d'origine de votre enfant : _____
17. Avant l'adoption, aviez-vous un lien de parenté avec l'enfant ? Non Oui
18. Êtes-vous allés chercher votre enfant dans son pays d'origine ? Non Oui
19. Indiquez le poids de votre enfant à son arrivée : ____ Kg (ou) ____ livres
20. Indiquez la taille de votre enfant à son arrivée : ____ cm (ou) ____ pouces
21. Indiquez la circonférence crânienne de votre enfant à son arrivée: ____ cm (ou) ____ pouces
22. Avant son adoption, votre enfant vivait-il dans...
- Un orphelinat/institution
 - Une famille d'accueil
 - La famille biologique élargie
 - Autres : _____

23. Comment décririez-vous la qualité des soins reçus par votre enfant dans le milieu où il vivait avant son adoption ?

- Mauvaise
 Passable
 Bonne
 Excellente

24. Votre enfant a-t-il vécu des évènements pouvant être traumatiques dans son pays d'origine ?

- Non
 Ne sais pas
 Oui,
 → Si oui, lesquels ?
-

25. Quelle était la raison du placement de l'enfant dans le pays d'origine ?

- Décès des parents biologiques
 Pauvreté
 Abandon par les parents biologiques
 Problème de santé de l'enfant
 Autres : _____
 Ne sais pas

26. Votre enfant a-t-il vécu de multiples placements ?

Oui Non

→ Si oui, combien ? _____

À votre connaissance, dans quels types de milieux était votre enfant (ex. institution, famille d'accueil, famille élargie,...) et quelle était la durée de chacun des placements ?

27. Votre enfant est-il particulièrement sensible aux séparations (ex. : lorsque vous devez le laisser pour la garderie, lorsque vous quittez sa chambre lors du coucher)

Jamais *Parfois* *Souvent*

28. Votre enfant a-t-il peur de ne pas pouvoir rester dans la famille ?

Jamais *Parfois* *Souvent* *Ne sais pas*

29. Votre enfant refuse-t-il de parler de l'adoption ?

Jamais

Parfois

Souvent

Ne sais pas

30. Cochez (✓) les situations de garde qui se sont appliquées à votre enfant jusqu'à maintenant. Indiquez ensuite le nombre d'heures par semaine pour chacune de ces situations, ainsi que l'âge de votre enfant à ce moment-là :

(jour(s)/semaine)

(de mois/année à mois/année)

• Mon enfant est/était à la maison avec :

son père ou sa mère

de ___/___ à ___/___

un membre de la famille

de ___/___ à ___/___

un (e) gardien (ne)

de ___/___ à ___/___

• Mon enfant est/était en garderie ou CPE _____

de ___/___ à ___/___

• Mon enfant est/était en garderie en milieu familial _____ de ___/___ à ___/___

<i>Les services reçus</i>

31. Avez-vous suivi une formation pré-adoption ?

Non Oui

→ Si oui, laquelle ?

32. Avez-vous suivi un service post-adoption ?

Non Oui

→ Si oui, lequel ou lesquels ?

CLSC du Plateau Mont-Royal

CLSC de l'Ouest de l'Île

Hôpital Sainte-Justine/Clinique d'adoption internationale

Autre : _____

33. Avez-vous reçu des services psychologiques pour votre enfant ?

Non Oui

→ Si oui, quel type de suivi ?

Suivi individuel

Suivi en groupe de parents

Autre, précisez : _____

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

Oui Non

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

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

Non Oui

<i>La santé de votre enfant</i>

36. Votre enfant a-t-il l'une des conditions médicales suivantes :

- VIH/SIDA
 - Hépatite
 - Malformations congénitales
 - Fissure labio-palatine
 - Autres conditions médicales particulières :
-

37. Votre enfant doit-il prendre des médicaments, sur une base régulière pour contrôler :

- son comportement ou son humeur ? Non Oui
- des problèmes respiratoires ? Non Oui
- tout autre problème de santé physique ? Non Oui

38. Depuis l'arrivée de votre enfant, avez-vous découvert chez ce dernier une maladie ou handicap non déclaré(e) par le pays d'origine ?

Non Oui

Si oui lequel ? _____

39. Au cours de la dernière année ou depuis son arrivée, votre enfant a-t-il subi

un accident ou une blessure grave ? Non Oui

40. Votre enfant a-t-il un haut seuil de tolérance à la douleur ?

Non Oui

41. Votre enfant est-il hypervigilant face à son environnement ?

Non Oui

42. Au cours de la dernière année, votre enfant a-t-il été victime de discrimination raciale ?

Non Oui

RÉFÉRENCES

(INTRODUCTION ET DISCUSSION GÉNÉRALE)

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index* (3rd edn). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (1997). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications*. Sage Publications, Inc.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment; Child behavior checklist for ages 1 1/2-5; Language development survey; Caregiver-teacher report form*. University of Vermont.
- ACPA. American Cleft Palate-Craniofacial Association. [En ligne] <https://acpa-cpf.org> (Page consultée le 10 décembre 2018).
- ACSCBMF, Association canadienne des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale. [En ligne] <https://www.caoms.com/fr> (Page consultée le 13 septembre 2019).
- AFLAPA, Association de parents d'enfants porteurs de Fentes labiales et/ou palatines. [En ligne] <http://www.aflapa.org> (Page consultée le 10 décembre 2018).
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.
- Ames, E. W., & Chisholm, K. (2001). Social and emotional development in children adopted from institutions. In D. B. Bailey, Jr., J. T. Bruer, F. J.

Symons, & J. W. Lichtmans (Eds.), *Critical thinking about critical periods*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

AOGQ, Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. [En ligne] <http://www.gynecoquebec.com/sante-femme/gynecologie/20-infertilite.html> (Page consultée le 13 septembre 2019).

Atkinson, A., & Gonet, P. (2007). Strengthening adoption practice, listening to adoptive families. *Child Welfare*, 86 (2), 87.

Atkinson, L., Goldberg, S., Raval, V., Pederson, D., Benoit, D., Moran, G., et al. (2005). On the relation between maternal state of mind and sensitivity in the prediction of infant attachment security. *Developmental Psychology*, 41, 42–53.

Barden, R. C., Ford, M. E., Jensen, A. G., Rogers-Salyer, M., & Salyer, K. E. (1989). Effects of craniofacial deformity in infancy on the quality of mother-infant interactions. *Child Development*, 60, 819-824.

Barth, R. P., & Berry, M. (1991). Preventing adoption disruption. *Prevention in Human Services*, 9 (1), 205-222.

Barth, R. P., & Brooks, D. (1997). A longitudinal study of family structure and size and adoption outcomes. *Adoption Quarterly*, 1 (1), 29-56.

Barth, R. P., & Miller, J. M. (2000). Building effective post-adoption services: What is the empirical foundation?. *Family Relations*, 49 (4), 447-455.

Belsky, J. (1996). Parent, infant, and social-contextual determinants of attachment security. *Developmental Psychology*, 32, 905–914.

Belsky, J. (2005). The developmental and evolutionary psychology of intergenerational transmission of attachment. In C. S. Carter, L. Ahnert, K. Grossmann, S. Hrdy, M. Lamb, S. Porges, et al. (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis* (pp. 169–198). Cambridge, MA: MIT Press.

Belsky, J., & Jaffee, S. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., pp. 38–85). Hoboken, NJ: Wiley.

Bimmel, N., Juffer, F., van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Problem behavior of internationally adopted. Adolescents : A review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 11 (2), 64-77.

- Bird, G. W., Peterson R., & Miller, S. H. (2002). Factors associated with distress among support-seeking adoptive parents. *Family Relations*, 51 (3), 215-220.
- Blondin, Amélie (2018). *L'efficacité de l'intervention relationnelle auprès de parents adoptifs à l'international et leur enfant : un examen de la sensibilité et de l'investissement parental*. Thèse de doctorat en psychologie. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal.
- Boyd, B. A. (2002). Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17 (4), 208-215.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Brand, S., Blechschmidt, A., Müller, A., Sader, R., Schwenger-Zimmerer, K., Zeilhofer, H.-F., & Holsboer-Trachsler, E. (2009). Psychosocial functioning and sleep patterns in children and adolescents with cleft lip and palate (CLP) compared with healthy controls. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 46, 124-135.
- Brodzinsky, D. M. (2011). Children's understanding of adoption : developmental and clinical implications. *Professional Psychology : Research and Practice*, 42 (2), 200-207.
- Calzolari, E., Pierini, A., Astolfi, G., Bianchi, F., Neville, A. J., Rivieri, F., & EUROCAT Working Group. (2007). Associated anomalies in multi-malformed infants with cleft lip and palate: An epidemiologic study of nearly 6 million births in 23 EUROCAT registries. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 143 (6), 528-537.
- Carlson, C., & Trapani, J. N. (2006). Single parenting and stepparenting. *Children's Needs III : Development, prevention, and intervention*, 783-797.
- Carroll, P., & Shute, R. (2005). School peer victimization of young people with craniofacial conditions: A comparative study. *Psychology, Health & Medicine*, 10 (3), 291-305.
- Castle, J., Groothues, C., Colvert, E., Hawkins, A., Kreppner, J., Sonuga-Barke, E., ... & Rutter, M. (2009). Parents' Evaluation of Adoption Success: A Follow-Up Study of Intercountry and Domestic Adoptions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 522-531.

- Chicoine, J-F. (2001). Adoption étrangère: le point de vue du pédiatre. *Médecine Thérapeutique et Pédiatrie*, 4, 342-357.
- Chicoine, J-F., Blanquaert, J, Chicoine, L., & Raynault, M. F. (1999). Bilan de santé de 808 Chinoises nouvellement adoptées au Québec. *Archives de Pédiatrie*, 6 (2), 544.
- Chicoine, J-F., Germain, P., & Lemieux, J (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*. Montréal, QC: Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Chisholm, K., Carter, M. C., Ames, E. W., & Morison, S. J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7 (2), 283-294.
- Clements, M., & Barnett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies : Examining the Strange Situation and attachment Q-Sort. *Infant Mental Health Journal*, 23 (6), 625-642.
- Coleman, M. C. (1996). *Emotional and behavioral disorders : theory and practice* (3 éd.). Boston: Allyn & Bacon.
- Collett, B. R., Cloonan, Y. K., Speltz, M. L., Anderka, M., & Werler, M. M. (2012). Psychosocial functioning in children with and without orofacial clefts and their parents. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 49 (4), 397-405.
- Conseil d'adoption du Canada. Parents d'enfants adoptés ayant des besoins spéciaux [En ligne]. <http://www.adoption.ca/special-needs-parenting-french> (Page consultée le 17 juillet 2017).
- Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale. CHL-93 (1993). [En ligne] http://www.hcch.net/index_fr.php?act=conventions.text&cid=69 (Page consultée le 24 février 2018)
- Cox, T. C. (2004). Taking it to the max: the genetic and developmental mechanisms coordinating midfacial morphogenesis and dysmorphology. *Clinical Genetic*, 65, 163-76.
- Creasey, G. L., & Jarvis, P. A. (1994). Relationships between parenting stress and developmental functioning among 2-year-olds. *Infant Behavior and Development*, 17 (4), 423-429.

- Cudmore, L. (2005). Becoming parents in the context of loss. *Sexual and Relationship Therapy, 20* (3), 299-308.
- Cyr, C., Dobrova Kroll, N., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2007). Physical Growth and Cognitive Performance in Institutionalized Children: Catch-up and Substantial Delays. In M. H. Van IJzendoorn & C. Cyr (Chairs), *Institutional Care in Young Children and Chimpanzees: Findings on Developmental Sequelae and Effective Intervention. Symposium submitted at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development*, Boston, MA.
- Darke, P. R., & Goldberg, S. (1994). Father-infant interaction and parent stress with healthy and medically compromised infants. *Infant Behavior and Development, 17*, 3–14.
- Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: Group and individual differences. *Development and Psychopathology, 10* (3), 469-493.
- De Theux-Heymans, M. N., Stievenart, M., & Roskam, I. (2013). Une intervention brève auprès de parents adoptants centrée sur la sensibilité parentale: effets sur le sentiment de compétence parentale et l'attachement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques, 19* (2), 87-101.
- Denham, S. A., & Moser, M. H. (1994). Mothers' attachment to infants: relations with infant temperament, stress, and responsive maternal behavior. *Early Child Development and Care, 98* (1), 1-6.
- Despars, J., Peter, C., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Habersaat, S., Müller-Nix, C., ... & Hohlfeld, J. (2011). Impact of a cleft lip and/or palate on maternal stress and attachment representations. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 48* (4), 419-424.
- Dozier, M., Bick, J., & Bernard, K. (2011). Intervening with foster parents to enhance bio-behavioral outcomes among infants and toddlers. *Zero to Three, 31* (3), 17–22.
- Dozier, M., & Rutter, M. (2008). *Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care*. In J. Cassidy, & P.R. Shaver, (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd edn, pp. 698–717). New York: Guilford Press.
- Dwyer, S. B., Nicholson, J. M., & Battistutta, D. (2003). Population level assessment of the family risk factors related to the onset or persistence of

- children's mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (5), 699-711.
- Eheart, B. K., & Zimmerman, C. (1998). Hope for the Children: Ending discontinuity in foster care. *Zero to Three*, 18, 21-26.
- Endriga, M. C., Speltz, M. L. (1997). Face-to-face interaction between infants with orofacial clefts and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 439-453.
- Floyd, F. J., & Saitzyk, A. R. (1992). Social class and parenting children with mild and moderate mental retardation. *Journal of Pediatric Psychology*, 17 (5), 607-631.
- Field, T. M., & Vega-Lahr, N. (1984). Early interactions between infants with cranio-facial anomalies and their mothers. *Infant Behavior and Development*, 7 (4), 527-530.
- Fisher, L., Ames, E. W., Chisholm, K., & Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 67-82.
- Foli, K. J., Hebdon, M., Lim, E., & South, S. C. (2017). Transitions of adoptive parents: A longitudinal mixed methods analysis. *Archives of psychiatric nursing*, 31(5), 483-492.
- Forbes, H., & Dziegielewski, S. F. (2003). Issues facing adoptive mothers of children with special needs. *Journal of Social Work*, 3, 301-320.
- Formons une famille, la société d'adoption [En ligne]
<http://www.formonsunefamille.com> (Page consultée le 17 juillet 2017).
- Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen; A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904-916.
- Girolametto, L., & Tannock, R. (1994). Correlates of directiveness in the interactions of fathers and mothers of children with developmental delays. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 37 (5), 1178-1191.
- Groh, A. M., Narayan, A. J., Bakermans-Kranenburg, M. J., Roisman, G. I., Vaughn, B. E., Fearon, R. P., & van IJzendoorn, M. H. (2017). Attachment

- and temperament in the early life course: A meta-analytic review. *Child Development*, 88 (3), 770–795
- Grollemund, B., Galliani, E., Soupre, V., Vazquez, M.-P., Guedeney, A. et Danion, A. (2010). L'impact des fentes labio-palatines sur les relations parents-enfant. *Archives de Pédiatrie*, 17, 1380-1385.
- Groze, V., & Gruenewald, A. (1991). PARTNERS : A model program for special-needs adoptive families in stress. *Child Welfare*, 70 (5), 581-589.
- Groze, V., Ryan, S. D., & Cash, S. J. (2003). Institutionalization, behavior and international adoption: Predictors of behavior problems. *Journal of Immigrant Health*, 5, 5-17.
- Guneren, E., Canter, H. I., Yildiz, K., Kayan, R. B., Ozpur, M. A., Baygol, E. G., ... & Arslan, S. (2015). One-stage cleft lip and palate repair in an older population. *Journal of Craniofacial Surgery*, 26 (5), 426-430.
- Gunnar, M. R., Bruce, J. & Grotevant, H. (2000). International adoption of institutionally reared children: Research and policy. *Development and Psychopathology*, 12, 677 – 693.
- Gunnar, M. R., van Dulman, M. H. M. & The International Adoption Project Team (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 19 (1), 129-148.
- Habersaat, S., Monnier, M., Peter, C., Bolomey, L., Borghini, A., Despars, J., ... & Hohlfeld, J. (2013). Early mother-child interaction and later quality of attachment in infants with an orofacial cleft compared to infants without cleft. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50 (6), 704-712.
- Hansson, E., Östman, J., & Becker, M. (2013). Adopting a child with cleft lip and palate: a study of parents' experiences. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 47 (1), 30-35.
- Hansson, E., Svensson, H., & Becker, M. (2012). Adopted children with cleft lip or palate, or both, require special needs cleft surgery. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 46, 75-79.
- Harrison, M. J., & Magill-Evans, J. (1996). Mother and father interactions over the first year with term and preterm infants. *Research in Nursing and Health*, 19 (6), 451-459.

- Hesse, E. (2008). The adult attachment Interview: protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy, & P.R. Shaver, (Eds), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2nd ed, pp. 552–598). New York: Guilford Press.
- Hortis-Dzierzbicka, M., Radkowska, E., & Fudalej, P. S. (2012). Speech outcomes in 10-year-old children with complete unilateral cleft lip and palate after one-stage lip and palate repair in the first year of life. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65 (2), 175-181.
- Howe, D. (1997). Parent-reported problems in 211 adopted children: Some risk and protective factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 401-411.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., & Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *The European Journal of Orthodontics*, 27, 274-285.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., Stevenson, M., & Johnston, C. (2007). Parent reports of the psychosocial functioning of children with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 44, 304–311.
- Johnson, D. E. (2000). Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in Eastern European adoptees, In C. Nelson (Ed.), *The effects of early adversity on neurobehavioral development: The Minnesota symposium on child psychology*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jones, C. E., Chapman, K. L., & Hardin-Jones, M. A. (2003). Speech development of children with cleft palate before and after palatal surgery. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 40 (1), 19-31.
- Judge, S. (2003). Developmental recovery and deficit in children adopted from Eastern European orphanages. *Child Psychiatry and Human Development*, 34, 49-62.
- Judge, S. (2004). The impact of early institutionalization on child and family outcomes. *Adoption Quarterly*, 7 (3), 31-48.
- Juffer, F., & Rosenboom, L. G. (1997). Infant-Mother Attachment of Internationally Adopted Children in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 93-107.

- Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 293 (20), 2501-2515.
- Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2009). International adoption comes of age : Development of international adoptees from a longitudinal and meta-analytical perspective. In G. M. Wrobel, & E. C. Neil (Ed.) *International Advances in Adoption Research for Practice*, UK : Wiley-Blackwell.
- Kadlec, M. B., & Cennak, S. A. (2002). Activity level, organization, and social emotional behaviors in post-institutionalized children. *Adoption Quarterly*, 6, 43-57.
- Kapp-Simon, K. A., & Krueckeberg S. (2000). Mental development in infants with cleft lip and/or palate. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 37, 65–70.
- Konst, E. M., Rietveld, T., Peters, H. F. M., & Kuijpers-Jagtman, A. M. (2003). Language skills of young children with unilateral cleft lip and palate following infant orthopedics: A randomized clinical trial. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 40 (4), 356-362.
- Koomen, H. M. Y., & Hoeksma, J. B. (1992). Maternal interactive behaviour towards children with and children without cleft lip and palate. *Infant and Child Development*, 1 (3), 169-181.
- Koomen, H. M.Y., & Hoeksema, J. B. (1993). Early hospitalization and disturbances of infant behavior and the mother-infant relationship. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 917-934.
- Kramer, L., & Houston, D. (1999). Hope for the children: A community-based approach to supporting families who adopt children with special needs. *Child Welfare*, 78 (5), 611.
- Krueckeberg, S. M., Kapp-Simon, K. A., & Ribordy, S. C. (1993). Social skills of preschoolers with and without craniofacial anomalies. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30 (5), 475-481.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Death, the final stage of growth*. Englewood Cliff : Prentice-Hall Inc.
- Landor, M., Todd, L., & Kennedy, H. (2011). *Video interaction guidance: A relationship-based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. Jessica Kingsley Publishers.

- Levy-Shiff, R., Zoran N., & Shulman, S. (1997). International and Domestic Adoption: Child, Parents, and Family Adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 20* (1), 109-129.
- Liao, M. (2016). Factors affecting post-permanency adjustment for children in adoption or guardianship placements: An ecological systems analysis. *Children and Youth Services Review, 66*, 131-143.
- Lionetti, F. (2014). What promotes secure attachment in early adoption? The protective roles of infants' temperament and adoptive parents' attachment. *Attachment & Human Development, 16* (6), 573-589.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology, 15*, 853-884.
- Mainemer, H., Gilman, L., & Ames, E. (1998). Parenting Stress in families adopting children from Romanian Orphanages. *Journal of Family Issues, 19*, 164-180.
- Maris, C. L., Endriga, M. C., Speltz, M. L., Jones, K., & DeKlyen, M. (2000). Are infants with orofacial clefts at risk for insecure mother-child attachments? *Cleft Palate-Craniofacial Journal, 37*, 257-265.
- Martinelli, M., Scapoli, L., Pezzetti, F., Carinci, F., Francioso, F., Baciliero, U., ... & Tognon, M. (2001). Linkage analysis of three candidate regions of chromosome 1 in nonsyndromic familial orofacial cleft. *Annals of human genetics, 65*(5), 465-471.
- McDonald, T. P., Propp, J. R., & Murphy, K. C. (2001). The postadoption experience: Child, parent and family predictors of family adjustment to adoption. *Child Welfare, 80*, 71-94.
- McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R., & Mueller, G. (2002). Psychological stress in adoptive parents of special needs children. *Child Welfare Journal, 81* (2), 151-171.
- McKay, K., Ross, L. E., & Goldberg, A. E. (2010). Adaptation to parenthood during the post-adoption period: A review of the literature. *Adoption Quarterly, 13*, 125-144.
- Mian, N. D., & Carter, A. S. (2013). *Dépistage et évaluation de l'anxiété et de la dépression pendant la petite enfance. Anxiété et dépression.* [En ligne] <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers->

complets/fr/anxiete-et-depression. pdf. (Document consulté le 30 octobre 2018).

- Millard, T., & Richman, L. C. (2001). Different cleft conditions, facial appearance, and speech: relationship to psychological variables. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, *38* (1), 68–75.
- Miller, L. C. (2000). Initial assessment of growth development. *Pediatric Annals*, *29*, 224-232.
- Miller, L. C. (2005). *The handbook of international adoption medicine: a guide for physicians, parents, and providers*. New York : Oxford University Press.
- Miller, L. C., & Hendrie, N. W. (2000). Health of children adopted from China. *Pediatrics*, *105*, 76-81.
- Montirosso, R., Fedeli, C., Murray, L., Morandi, F., Brusati, R., Perego, G. G., & Borgatti, R. (2011). The role of negative maternal affective states and infant temperament in early interactions between infants with cleft lip and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, *37* (2), 241-250.
- Moore, J., & Fombonne, E. (1999). Psychopathology in adopted and nonadopted children: A clinical sample. *American Journal of Orthopsychiatry*, *69* (3), 403.
- Morison, S. J., Ames, E. W., & Chisholm, K. (1995). The development of children adopted from Romanian orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*, *41*, 411-430.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J. F., Tarabulsy, G. M., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology*, *41* (5), 773.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, *23* (1), 195-210.
- Murray, L., Arteche, A., Bingley, C., Hentges, F., Bishop, D. V. M., Dalton, L., Goodacre, T., Hill, J. & The Cleft Lip and Palate Study Team (2010). The effect of cleft lip on socio-emotional functioning in school-aged children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*, 94-103.

- Murray, L., Hentges, F., Hill, J., Karpf, J., Mistry, B., Kreutz, M., Woodall, P., Moss, T., Goodacre, T. & The Cleft Lip and Palate Study Team (2008). The effect of cleft lip and palate, and the timing of lip repair on mother-infant interactions and infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 115-123.
- O'Connor, T. G., Marvin, S., Rutter, M., Olrick, L. T., Britner, P. A., & the ERA Study Team (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology*, 15, 19-38.
- O'Connor, T.G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L., & Kreppner, M. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: Extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71, 376-390.
- O'Dell, K. E., McCall, R. B., & Groark, C. J. (2015). Supporting families throughout the international special needs adoption process. *Children and Youth Services Review*, 59, 161-170.
- Onufrak, B., Saylor, C. F., Taylor, M. J., Eyberg, S. M., & Boyce, G. C. (1995). Determinants of responsiveness in mothers of children with intraventricular hemorrhage. *Journal of Pediatric Psychology*, 20 (5), 587-599.
- Palacios, J., Román, M., Moreno, C., & León, E. (2009). Family context for emotional recovery in internationally adopted children. *International Social Work*, 52 (5), 609-620.
- Palacios, J., & Sánchez-Sandoval, Y. (2006). Stress in parents of adopted children. *International Journal of Behavioral Development*, 30 (6), 481-487.
- Pederson, D. R., Gleason, K., Moran, G., & Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Developmental Psychology*, 34, 925-933.
- Pelchat, D., Bisson, J., Bois, C., & Saucier, J. F. (2003). The effects of early relational antecedents and other factors on the parental sensitivity of mothers and fathers. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 12 (1), 27-51.
- Perry, C. L. & Henry, M. J. (2009). Family and professional considerations for adoptive parents of children with special needs. *Marriage & Family Review*, 45 (5), 538-565.

- Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J-F., Séguin, R., Belhumeur, C., Germain, P., Amyot, I., & Jéliu, G. (2005). Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the first 6 months after adoption. *International Journal of Behavioral Development, 29* (5), 445–457.
- Pope, A. W., & Snyder, H. T. (2005). Psychosocial adjustment in children and adolescents with a craniofacial anomaly: age and sex patterns. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 42* (4), 349-354.
- Pope, A. W., & Ward, J. (1997). Factors associated with peer social competence in preadolescents with craniofacial anomalies. *Journal of Pediatric Psychology, 22* (4), 455-469.
- Ramey, S. L., & Ramey, C. T. (2012). Understanding the Developmental Influences of the Family. In Mayes, L. C. & Lewis, M. (Eds), *The Cambridge handbook of environment in human development*, (pp.222-242), Cambridge: University Press.
- Ramstad, T., Ottem, E., & Shaw, W. C. (1995). Psychosocial adjustment in Norwegian adults who had undergone standardized treatment of complete cleft lip and palate II. self-reported problems and concerns with appearance. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery, 29* (4), 329-336.
- Richman, L.C., & Millard, T. (1997). Brief report : Cleft lip and palate : Longitudinal behavior and relationships of cleft conditions to behavior and achievement. *Journal of Pediatric Psychology, 4*, 487-494.
- Richman, L. C., McCoy, T. E., Conrad, A. L., & Nopoulos, P. C. (2012). Neuropsychological, behavioral, and academic sequelae of cleft: early developmental, school age, and adolescent/young adult outcomes. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 49* (4), 387–396.
- Rijk, C. H. A. M., Hoksbergen, R. A. C., Ter Laak, J. J. F., Van Dijkum, C., & Robbroeckx, L. H. M. (2006). Parents who adopt deprived children have a difficult task. *Adoption Quarterly, 9*, 37-61.
- Roberson, K. C. (2006). Attachment and caregiving behavioral systems in intercountry adoption: A literature review. *Children and Youth Services Review, 28*, 727-740.
- Rosenberg, E. B. (1992). *The adoption life cycle: The children and their families through the years*. New York: The Free Press.

- Rubin, K. H., & Wilkinson, M. (1995). Peer rejection and social isolation in childhood: A conceptually inspired research agenda for children with craniofacial handicaps. In *Craniofacial Anomalies* (pp. 158-176). Springer, New York, NY.
- Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465–476.
- Rutter, M., Kreppner, J., Croft, C., Murin, M., Colvert, E., Beckett, C., ... & Sonuga-Barke, E. (2007). Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (12), 1200-1207.
- Rutter, M., O'Connor, T. G., & ERA Study Team. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of romanian adoptees. *Developmental Psychology*, 40, 81-94.
- Schaffer, H. R. (2000). The early experience assumption : Past, present, and future. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 5-14.
- Schoenmaker, C., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., Linting, M., van der Voort, A., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2015). From maternal sensitivity in infancy to adult attachment representations: A longitudinal adoption study with secure base scripts. *Attachment & Human Development*, 17 (3), 241-256.
- Secrétariat à l'adoption internationale. (2001). *Les adoptions internationales au Québec -Portrait statistique de 2000*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. [En ligne] www.adoption.gouv.qc.ca (Page consultée le 17 juillet 2017).
- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2006). Les adoptions internationales au Québec – Statistiques. *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*, [En ligne] www.adoption.gouv.qc.ca. (Page consultée le 17 juillet 2017).
- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2010). Les adoptions internationales au Québec – Statistiques. *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*, [En ligne] www.adoption.gouv.qc.ca. (Page consultée le 17 juillet 2017).
- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2015). Les adoptions internationales au Québec – Statistiques. *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*, [En ligne] www.adoption.gouv.qc.ca. (Page consultée le 17 juillet 2017).

- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2016). Les adoptions internationales au Québec – Statistiques. *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*, [En ligne] www.adoption.gouv.qc.ca. (Page consultée le 17 juillet 2017).
- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2017). Les adoptions internationales au Québec – Statistiques. *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*, [En ligne] www.adoption.gouv.qc.ca. (Page consultée le 13 octobre 2018).
- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2018). Les adoptions internationales au Québec – Statistiques. *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*. [En ligne] www.adoption.gouv.qc.ca. (Page consultée le 13 octobre 2018).
- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2019). Les adoptions internationales au Québec – Statistiques. *Ministère de la Santé et des Services Sociaux*. [En ligne] www.adoption.gouv.qc.ca. (Page consultée le 20 octobre 2019).
- Secrétariat à l'Adoption Internationale (2019). La santé des enfants. [En ligne] http://adoption.gouv.qc.ca/fr_sante-de-lenfant (Page consultée le 9 septembre 2019).
- Seibert, R. W., Wiet, G. J., & Bumsted, R. M. (1998). Cleft lip and palate. In C.W. Cummings, J.M. Frederickson, L.A. Harker, C. J. Krause, & D. E. Shuller (EDS), *Otolaryngology: Head and Neck Surgery* (3rd ed., pp.133-173), St. Louis, MO : Mosby.
- Sellers, C. M., Battalen, A. W., Fiorenzo, L., McRoy, R., & Grotevant, H. (2018). Adoptive Mothers' and Fathers' Psychological Distress: Parenting Teens Adopted from Birth. *Adoption Quarterly*, 1-24.
- Setó-Salvia, N., & Stanier, P. (2014). Genetics of cleft lip and/or cleft palate: association with other common anomalies. *European Journal of Medical Genetics*, 57 (8), 381-393.
- Shapiro, V., Shapiro, J., & Paret, I. (2001). International adoption and the formation of new family attachments, *Smith College School for Social Work*, 71, 389-418.
- Shay, P. L., Goldstein, J. A., Wink, J. D., Paliga, J. T., Solot, C. B., Cohen, M. A., ... & Jackson, O. A. (2016). International adoptees with cleft lip and/or palate: Lessons learned from a growing population. *Annals of plastic surgery*, 77 (4), 377-382.
- Shipe, M. E., Edwards, T. C., Evans, K. N., Schook, C. C., Leavitt, D., Peter, A., ... & Tse, R. (2016). Optimizing surgical treatment of internationally adopted

children with cleft lip and/or palate: Understanding the family experience. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 53 (4), 444-452.

- Slifer, K. J., Beck, M., Amari, A., Diver, T., Hilley, L., Kane, A., & McDonnell, S. (2003). Self-concept and satisfaction with physical appearance in youth with and without oral clefts. *Children's Health Care*, 32 (2), 81-101.
- Simpson, J. A. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. In Cassidy, & P. Shaver (Éds), *Handbook of attachment theory, research and clinical applications* (pp. 115-140). New York: The Guilford Press.
- Speltz, M. L., Endriga, M. C., Hill, S., Maris, C. L., Jones, K., & Omnell, M. L. (2000). Cognitive and psychomotor development of infants with orofacial clefts. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 185-190.
- Speltz, M. L., Morton, K., Goodell, E. W., & Clarren, S. S. (1993). Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers: Follow-up from late infancy to school entry. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30, 482-489.
- Speltz, M. L., Engrida, M. C., Fisher, P. A., & Mason, C. A. (1997). Early predictors of attachment in infants with cleft lip and/or palate. *Child Development*, 68, 12-25.
- Sams, G.-J., Juffer, F., Rispen, L., & Hoksbergen, R. A. C. (2000). The development and adjustment of 7-year-old children adopted in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 1025-1037.
- Sams, G.-J., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Hoksbergen, R. A. C. (2001). Attachment-based intervention in adoptive families in infancy and children's development at age 7: Two follow-up studies. *British Journal of Developmental Psychology*, 19, 159-180.
- Statistique Canada (2017). Population et démographie [PDF en ligne] <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2010000/pdf/population-fra.pdf> (Document consulté le 17 juillet 2017).
- Stock, N. M., & Feragen, K. B. (2016) Psychological adjustment to cleft lip and/or palate: A narrative review of the literature. *Psychology and Health*, 31 (7), 777-813.

- Sullivan, S. R., Jung, Y. S., & Mulliken, J. B. (2014). Outcomes of cleft palatal repair for internationally adopted children. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 133 (6), 1445-1452.
- Swanenburg De Veye, H. F. N., Beemer, F. A., Mellenberg, G. J., Wolters, W. H. G., & Heineman-De Boer, J. A. (2003). An investigation of the relationship between associated congenital malformations and the mental and psychomotor development of children with clefts. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 40, 297-303.
- Swanson, J. W., Smartt Jr, J. M., Saltzman, B. S., Birgfeld, C. B., Hopper, R. A., Gruss, J. S., & Tse, R. (2014). Adopted children with cleft lip and/or palate: A unique and growing population. *Plastic and reconstructive surgery*, 134 (2), 283-293.
- Tarabulsy, G. M., Bernier, A., Provost, M. A., Maranda, J., Larose, S., Moss, E., et al. (2005). Another look inside the gap: Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother–infant dyads. *Developmental Psychology*, 41, 212–224.
- Tessier, R., Moss, E., Nadeau, L., Larose, S., & Tarabulsy, G. M. (2004). *L'adoption internationale au Québec : résultats d'enquête*. Rapport de recherche présenté au Secrétariat à l'adoption internationale (SAI). Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Tizard, B. (1991). Intercountry adoption: A review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32,743-756.
- U.S Department of State-Bureau of Consular Affairs. [En ligne] https://travel.state.gov/content/travel/en/Intercountry-Adoption/adopt_ref/adoption-statistics.html (Page consultée le 26 juin 2018).
- van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006) The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228-1245.
- van Ijzendoorn, M. H., Juffer, F., & Poelhuis, C. W. K. (2005). Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychological bulletin*, 131(2), 301.

- Wasserman, G. A., Lennon, M. C., Allen, R., & Shilansky, M. (1987). Contributors to attachment in normal and physically handicapped infants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 9-15.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology, 19* (4), 302-312.
- Wehby, G. L., Tyler, M. C., Lindgren, S., Romitti, P., Robbins, J., & Damiano, P. (2012). Oral clefts and behavioural health of young children. *Oral Diseases, 18*, 74-84.
- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. *Handbook of Early Childhood Intervention, 2*, 115-132.
- Werker, C. L., de Wilde, H., van der Molen, A. M., & Breugem, C. C. (2017). Internationally adopted children with cleft lip and/or palate: A retrospective cohort study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 70* (12), 1732-1737.
- Westhues, A., & Cohen, J. S. (1995). A comparison of self-esteem, school achievement, and friends between intercountry adoptees and their siblings. *Early Child Development and Care, 106*, 205-224.
- Zeanah, C. H. (2007). Psychiatric Morbidity and Institutional Rearing in Young Abandoned Children In M. H. Van IJzendoorn & C. Cyr (Chairs), Institutional Care in Young Children and Chimpanzees: Findings on Developmental Sequelae and Effective Intervention. *Symposium submitted at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Boston, MA.*
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., Carlson, E., & The Bucharest Early Intervention Project Core Group (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development, 76*, 1015-1028.