

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

Équipe de recherche : Réjean Tessier¹, Simon Larose², Ellen Moss³, Line Nadeau⁴, George M. Tarabulsky⁵ et le Secrétariat à l'adoption internationale du Québec⁶

1 École de psychologie, Université Laval et Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ), Hôpital St-François d'Assise

2 Département d'étude sur l'enseignement et l'apprentissage, Faculté des Sciences de l'Éducation, Université Laval

3 Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

4 Institut universitaire de Réadaptation en Déficience Physique de Québec

5 École de psychologie, Université Laval et Groupe de recherche sur les inadaptations psychosociales (GRIP)

6 Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

Nous tenons à remercier très chaleureusement les parents qui ont répondu à ce long questionnaire. Leur générosité et la qualité de leurs réponses ont rendu ce travail valide et fiable. Nous avons pu rejoindre les parents grâce à un jugement de la cour du Tribunal de la Jeunesse du Québec autorisant un accès, via le Secrétariat à l'adoption internationale, au dossier des parents adoptants pour fin de la recherche. Toutefois la confidentialité du contenu des dossiers a été maintenue et aucun des chercheurs n'a eu d'accès direct aux dossiers dont les informations nécessaires à l'étude ont été filtrées par le personnel autorisé du SAI.

Dépôt légal à la Bibliothèque Nationale du Québec
ISBN : 2-922825-00-0

Copyright : Réjean Tessier

Table des matières

Présentation de l'étude	4
L'adaptation à un nouvel environnement	5
Première étape : l'arrivée.....	5
Évolution et adaptation des enfants avec le temps.....	6
Objectifs de l'étude.....	6
 MÉTHODE	
Population.....	7
Procédure d'échantillonnage.....	8
Considérations d'ordre éthique.....	8
Les mesures.....	10
Mesures d'attachement.....	10
Mesures des comportements sociaux.....	11
Mesures de l'adaptation scolaire.....	11
 RÉSULTATS	
A. Taux de réponse à l'enquête.....	12
B. L'environnement offert par les familles adoptives.....	14
La situation socioéconomique des familles.....	14
Processus d'adoption et premier environnement de l'enfant.....	15
Autres caractéristiques des familles.....	16
C. La sécurité des enfants dans la relation d'attachement.....	16
D. La socialisation des enfants.....	18
Problèmes d'internalisation.....	19
Problèmes d'externalisation.....	21
Prévalence des problèmes de socialisation chez les enfants.....	24
E. Performances académiques.....	26
F. Santé des enfants.....	28
G. Besoins d'aide des parents.....	28
 FAITS SAILLANTS DE L'ÉTUDE	 29
 CONCLUSIONS	 31
 RÉFÉRENCES	 33
 ANNEXE A.....	 35

Liste des Tableaux

Tableau 1	Distribution des taux de réponses et du nombre de répondants par groupes d'âge des enfants lors de l'enquête	8
Tableau 2	Les mesures utilisées dans l'enquête selon les groupes d'âge des enfants	10
Tableau 3	Distribution des variables socioéconomiques des familles de l'enquête	14
Tableau 4	Âge à l'adoption et âge actuel des enfants en fonction de leur mode de résidence	16
Tableau 5	Comparaison de pourcentage des troubles du comportement chez les enfants adoptés de l'étranger avec des enfants de la population générale du Québec pour deux groupes d'âge (6 -7 ans et 10 -12 ans)	24
Tableau 6	Indicateurs de santé physique de tous les enfants adoptés.....	28

Liste des Figures

Figure 1	Pourcentage de sujets selon l'âge à l'adoption (lors de l'échantillonnage)	13
Figure 2	Pourcentage de sujets selon l'âge à l'adoption (critères révisés)....	13
Figure 3	Pourcentage de sujets selon l'âge lors de l'enquête en fonction de l'âge à l'adoption.....	13
Figure 4	Pourcentage des sujets selon l'âge lors de l'enquête en fonction du sexe de l'enfant.....	13
Figure 5	Niveau de satisfaction des parents face à l'organisme agréé.....	15
Figure 6	Score de sécurité des enfants en fonction de l'âge à l'adoption et du sexe de l'enfant.....	18
Figure 7	Score de sécurité des enfants en fonction de leur pays d'origine....	18
Figure 8	Symptômes d'internalisation selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant.....	20
Figure 9	Symptômes d'internalisation selon le pays d'origine.....	20
Figure 10	Troubles de l'affect selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant..	20
Figure 11	Troubles d'anxiété selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant....	20
Figure 12	Troubles envahissant du développement selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant.....	20
Figure 13	Symptômes d'externalisation selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant.....	23
Figure 14	Symptômes d'externalisation selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant.....	23
Figure 15	Troubles d'attention avec hyperactivité selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant.....	23
Figure 16	Troubles d'opposition selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant.	23
Figure 17	Troubles de la conduite selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant	23
Figure 18	Taux de prévalence de trouble du comportement selon l'année de l'adoption.....	25
Figure 19	Âge moyen à l'adoption selon un redoublement au primaire et le sexe de l'enfant.....	27
Figure 20	Taux d'échecs des enfants selon le pays d'origine et taux moyen d'échecs au primaire pour les enfants du Québec.....	27
Figure 21	Taux d'échecs dans la langue d'usage selon l'âge à l'adoption.....	27
Figure 22	Taux d'échecs en mathématiques selon l'âge à l'adoption.....	27
Figure 23	Taux d'échecs en langue d'usage selon le pays d'origine.....	27
Figure 24	Taux d'échecs en mathématiques selon le pays d'origine.....	27

Présentation de l'étude

Le travail effectué depuis les 20 dernières années par le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) du Québec a permis de structurer et de valider les démarches des parents qui sont nombreux à se tourner vers ce mode d'adoption. L'adoption internationale n'est pas récente au Québec; elle a débuté dans les années 40, motivée par la nécessité de rescaper des enfants abandonnés lors de la grande guerre^[1]. Ce qui est nouveau c'est le nombre de ces adoptions qui était en hausse jusqu'à la fin des années 90 et qui dépasse de loin la fréquence des adoptions locales. Entre 1990 et 2003 on dénombre plus de 11000 adoptions internationales ce qui représente environ 70% de l'ensemble des adoptions enregistrées au Québec^[2]. Plus de la moitié des enfants adoptés proviennent de l'Asie et les autres de l'Amérique du sud et de l'Europe de l'Est. La grande majorité des enfants adoptés sont des filles (72%) et plus de 80% ont moins de 2 ans lorsqu'ils intègrent leur nouvelle famille. L'âge moyen des parents adoptifs est de 38 ans. (Pour plus de détails et de statistiques, on pourra consulter les documents récents produits par le SAI du Québec)^[2]

La multiplicité des expériences des parents adoptants et la grande diversité de l'origine des enfants font surgir un nombre important de questions dont la majorité demeure encore sans réponse : quels sont les obstacles à la santé et au bien-être des enfants? Quels sont les obstacles au développement d'une relation d'attachement parent enfant sécurisante? L'histoire pré-adoption, l'âge à l'adoption, le sexe de l'enfant, le pays d'origine, le milieu socio-économique des familles adoptives sont-ils des facteurs qui influencent le développement de ces enfants? À l'âge scolaire et à l'adolescence, les enfants adoptés sont-ils comparables à leurs pairs non-adoptés pour ce qui est de leur développement social, cognitif, académique? Ces questions et d'autres encore sont déterminantes pour guider les politiques sociales qui entourent l'adoption internationale et pour définir des programmes de prévention et/ou de services spécialisés (médicaux, psychologiques, sociaux ou scolaires) adaptés à leurs besoins spécifiques.

Cette étude a voulu répondre à quelques unes de ces questions et vise à mieux comprendre ce phénomène et à briser certains préjugés entourant l'adoption internationale. Une équipe de spécialistes en psychologie du développement de l'enfant, en lien avec le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) du Québec, a développé, à partir de mesures déjà existantes et validées, un questionnaire adressé aux parents d'enfants adoptés de l'étranger depuis 1984-1985. Les questions ont pour but de tracer un portrait des familles adoptives et du cheminement de leurs enfants dans le monde social et scolaire. Les caractéristiques de l'étude sont les suivantes :

- a) Il s'agit d'une étude populationnelle par opposition aux études issues d'une population clinique (hospitalière ou autre);
- b) C'est une étude avec un échantillonnage aléatoire des enfants après stratification selon le groupe d'âge et le pays d'origine. Ceci, et le taux de réponse élevé obtenu, donnent un caractère représentatif à l'échantillon;
- c) La perspective transversale de la recherche permet de comparer l'adaptation des enfants en fonction de la période suivant laquelle ils sont arrivés au Québec;
- d) Le contrôle à priori de l'âge de l'enfant à l'arrivée permet de vérifier le rôle de la durée du séjour en orphelinat (ou en famille d'accueil);
- e) L'étude inclut un nombre important d'enfants, ce qui rend les résultats hautement valides et comparables avec les grandes études hollandaises, anglaises et nord américaines (États-Unis);
- f) C'est la première étude au Canada portant sur un large échantillon d'enfants de toutes origines.

L'équipe de recherche

L'adaptation à un nouvel environnement

Première étape: l'arrivée

Le contexte

Les enfants, au moment où ils arrivent dans leur nouvelle famille adoptive viennent tout juste de quitter un environnement significatif dans lequel ils ont vécu plusieurs mois, voire plusieurs années et dans lequel ils ont fait leurs premières expériences dans des conditions parfois de grande adversité. Ils amorcent une période de transition où ils doivent faire face à une multitude de nouveaux événements : un nouveau langage, de nouvelles pratiques de la part des adultes, de nouveaux soins et une nouvelle façon de vivre (manger, dormir etc.). D'un autre côté, la plupart des parents adoptifs ont récemment dû faire face à des échecs dans leur capacité à donner naissance à un enfant biologique et même dans leurs tentatives d'utiliser des procédures de fertilisation médicalement assistée. La décision d'adopter un enfant est souvent arrivée en dernière extrémité comme une solution ultime à leur désir d'avoir un enfant. Ils ont dû se soumettre à une évaluation professionnelle de leur capacité à élever un enfant et, finalement, ils ont dû attendre plusieurs mois ou plusieurs années avant que ce rêve ne se réalise. Pour les parents, aussi bien que pour les enfants, ces pertes et ces changements majeurs peuvent provoquer, tant à court qu'à long terme, une déstabilisation psychologique et physique d'importance. Les parents adoptifs se sont bâtis des attentes et les enfants sont sous le choc d'une rupture qui touche toutes les dimensions de leur vie. C'est dans ces conditions, où l'inconnu prédomine, que les parents et les enfants doivent tenter d'établir une relation qui repose sur la sécurité et la confiance réciproque.

Les risques associés au milieu de vie avant l'adoption

Suivant la théorie de l'attachement, la situation précaire des enfants avant l'adoption les met à risque de développer des problèmes sociaux et émotifs au cours de l'enfance. Cette conclusion provient de travaux de recherche réalisés en milieu d'orphelinat dans les années '50 par un psychiatre anglais, John Bowlby^[3]. Ce dernier a conclu, après observations et examens des enfants, que l'expérience de vie en orphelinat crée des problèmes relationnels tels qu'il leur devient impossible de développer une relation stable et sécurisante avec un adulte. Comme les contextes de vie des enfants avant l'adoption sont peu connus dans le détail, il est fréquemment suggéré que ces derniers ont fait leurs premières expériences dans un milieu qui ne leur a pas permis de développer une relation stable et significative (dans le sens de sécurisée) avec un adulte. Une étude anglaise de grande envergure menée depuis une dizaine d'années auprès d'enfants roumains adoptés en Angleterre a largement contribué à mettre cette théorie en évidence^[4-7] : ces enfants, qui ont vécu durant de longues périodes de temps dans des orphelinats où les soins étaient de piètre qualité, ont développé des troubles physiques et psychologiques majeurs dont un bon nombre perdurent au-delà de la quatrième année suivant l'adoption. Aux Etats-Unis ces mêmes troubles ont été observés dans une étude effectuée auprès de 475 enfants adoptés de la Roumanie^[8] et deux études canadiennes^[9, 10] (en Colombie Britannique et en Ontario) ont également produit les mêmes résultats.

Hormis cette série de travaux sur les enfants roumains, plusieurs travaux d'envergure sur les conséquences de l'adoption internationale proviennent des Pays Bas. Ce pays possède maintenant une longue tradition d'adoption internationale avec près de 800 adoptions annuelles (les adoptions domestiques sont très rares). Il ressort de ces travaux qu'il n'y a pas de problèmes sérieux d'attachement chez les enfants adoptés (non roumains) dans ce pays. Le pourcentage d'enfants vivant une relation sécurisante avec leur mère adoptive, chez 80 enfants adoptés très jeunes en Hollande, à moins de 4 mois d'âge,^[11, 12] en provenance du Sri Lanka, de la Corée du Sud et de la Colombie est semblable, sinon plus élevé que celui observé dans une population normale. Dans une autre série d'études hollandaises^[13, 14], et britanniques^[6], on rapporte aussi que les enfants d'adoption internationale se développent normalement quoique des problèmes majeurs demeurent chez certains enfants. Ainsi, tous les enfants adoptés de l'étranger n'ont pas de problèmes d'attachement et il semble même que, dans certaines conditions de vie, les enfants ont un risque très faible de développer ce type de problème.

Souvent, la recherche en adoption internationale suggère qu'il y a une évolution des problèmes avec le temps^[7, 15, 16]. On pense que les enfants adoptés deviendraient graduellement plus conscients de leurs différences et que cela introduirait chez eux des questions liées à leur origine et à leur identité, semblables à celles des enfants adoptés dans le même pays, mais possiblement accrues par l'éloignement de leur culture et, parfois, par leur apparence physique. Certains de ces travaux parlent d'un écart grandissant, avec le temps, entre les parents et les enfants adoptés. Dans une étude effectuée auprès de 2148 parents et adolescents hollandais, on a comparé les taux d'inadaptation sociale chez des enfants de 15-17 ans en fonction de leur pays d'origine, du sexe de l'enfant et de l'âge à l'adoption^[13, 14]. Chez les garçons, de 13% à 26% ont rapporté des problèmes de comportement alors que ce taux varie de 3% à 16% chez les filles. Dans cette étude on compte aussi davantage de problèmes chez les enfants adoptés tardivement que chez ceux adoptés plus jeunes. Des travaux récents indiquent que, dès l'âge de 7 ans, les enfants adoptés de l'étranger et, plus particulièrement les garçons, sont évalués par leurs parents et/ou leurs professeurs comme ayant plus de problèmes d'intériorisation (comportements associés à l'anxiété/dépression et au retrait) et d'extériorisation (comportements associés à de l'agressivité et de la délinquance) que les enfants du même âge non adoptés. Les quelques études qui utilisent les scores cliniques de problèmes de comportement indiquent que 30% des garçons adoptés de l'étranger sont évalués par leurs parents comme présentant des problèmes de comportement qui dépassent le seuil clinique, comparé à 10% chez des enfants issus d'une population normative^[17].

Ces données, issues d'études réalisées hors du Québec, suggèrent que les parents ont plus de problèmes de comportement à résoudre, au cours de l'enfance, avec un enfant adopté qu'avec un enfant non adopté et que ces difficultés sont croissantes à l'adolescence. Par la diversité de l'origine des enfants, laquelle a un lien direct avec les conditions de vie avant l'adoption, on apprend que des enfants adoptés de certains pays réagissent mieux que d'autres en raison de leur provenance. L'ensemble de ces constats nous amène à conclure que les conditions de vie qui précèdent l'adoption sont déterminantes, tout autant que les conditions de vie après l'adoption, pour l'adaptation ultérieure des enfants.

Pour ce qui est de l'adaptation et de l'évolution des enfants nés à l'étranger et adoptés par des familles du Québec, on ne sait encore que peu de choses. Quelques études portant sur des sous groupes cliniques de la population nous ont déjà alarmé quant à l'existence de problèmes, parfois majeurs, touchant la santé physique et mentale des enfants. Mais on n'a pas, à ce jour, de données obtenues sur une base populationnelle, c'est-à-dire à partir d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population des enfants nés à l'étranger et adoptés au Québec. C'est le but de cette étude.

Objectifs de l'étude

Cette étude a été constituée sur la base d'un échantillon de toute la population des enfants nés à l'étranger et adoptés au Québec depuis 1985. Elle est de nature descriptive et vise à mieux connaître l'adaptation sociale et scolaire des enfants en fonction de 5 paramètres principaux: l'âge de l'enfant à l'adoption, le sexe de l'enfant, son âge au moment de l'enquête, le temps passé depuis l'adoption et le pays d'origine de l'enfant. L'âge à l'adoption définit la « durée de l'exposition » à un environnement pré adoptif potentiellement préjudiciable et la durée depuis l'adoption définit le « temps de latence », c'est-à-dire le temps nécessaire pour qu'apparaisse un trouble à la suite de l'adoption. Ce n'est toutefois pas une étude longitudinale, c'est-à-dire que les faits observés chez les plus jeunes ne peuvent servir à expliquer ceux observés chez les plus âgés.

Les variables incluses dans le questionnaire portent sur la relation d'attachement entre parent et enfant et sur leur adaptation sociale et scolaire (pour ceux de plus de 6 ans). L'environnement familial d'adoption est décrit par les paramètres socio économiques habituels (emploi, scolarité, revenu, âge des parents) ainsi que par la fréquentation, par les enfants, d'un système de garde non parental (garderie, Centre de la petite enfance (CPE), parents, amis). Les données de l'enquête proviennent de questionnaires validés auprès de la population du Québec.

Cette étude ne cherche pas à démontrer une hypothèse précise mais vise plutôt à mettre en évidence l'adaptation des enfants en regard des 5 paramètres énoncés précédemment. Comme les

études antérieures le suggèrent, nous prévoyons confirmer certaines données comme, par exemple, le fait que l'adaptation des enfants varie selon l'âge à l'adoption. Mais, hormis les enfants adoptés très tôt, nous ne savons encore que peu de choses de ceux qui ont été adoptés plus vieux, après 4 ou 5 ans. L'enquête nous donne ainsi la possibilité de comparer une gamme variée d'âges à l'adoption, de temps passé depuis l'adoption en tenant compte également de l'âge actuel et du pays d'origine des enfants. Dans le traitement des données nous tenterons d'éviter de donner prise à des palmarès de succès comme l'âge à l'adoption ou le pays d'origine. Le fait d'analyser les données en fonction de plusieurs paramètres à la fois va permettre de nuancer les résultats et de dresser un portrait fiable de l'adoption internationale au Québec.

MÉTHODE

Population

Les familles de l'enquête sont recrutées parmi celles qui ont adopté un enfant au cours des 17 dernières années soit de 1985 à 2002 inclusivement. Elles proviennent d'une banque des dossiers compilés par le SAI depuis cette période (N = 10580). De ce nombre, 10247 (97%) contenaient les informations nécessaires pour le recrutement. Tous les enfants qui ont entre 18 mois et 18 ans au début de l'enquête (janvier 2003) sont admissibles, à l'exclusion des enfants adoptés au Canada. L'échantillonnage a été fait après une stratification des dossiers selon deux critères : le pays d'origine des enfants, l'âge des enfants au moment de l'enquête et l'âge des enfants au moment de l'adoption. Les pays qui représentent moins de 1% des adoptions internationales au Québec sont exclus et ceux qui représentent entre 1% et 5% ont été regroupés en fonction de la géographie, de l'ethnie et parfois de la langue d'usage. L'échantillon a ainsi été stratifié selon 10 pays ou regroupements de pays. L'âge au moment de l'enquête a été stratifié en trois groupes soit de 18 mois à 6 ans, de 6 à 12 ans et de 12 à 18 ans¹ (Tableau 1) et l'âge des enfants à l'adoption, qui a été réparti en 3 sous groupes : moins de 8 mois, de 8 mois à 18 mois, et plus de 18 mois. Le sexe de l'enfant n'a pas été pris en compte dans l'estimation du nombre de sujets mais est contrôlé à posteriori. Nous avons donc estimé la grandeur de l'échantillon en tenant compte des pays (n = 10), des groupes d'âge au moment de l'enquête (n = 3) et des groupes d'âge à l'adoption (n = 3) c'est-à-dire : $10 \times 3 \times 3 = 90$ cellules. Pour obtenir une puissance statistique satisfaisante nous avons besoin de 20 enfants par cellule soit un total recherché de 1800 enfants. Nous avons estimé un taux de réponse de 50% ce qui représente l'envoi du double (n = 3600) de questionnaires aux familles soit 120 dossiers par pays (ou regroupement de pays) pour chaque groupe d'âge au moment de l'enquête. Dans les cas où le nombre de dossiers disponibles au fichier était inférieur à 120, c'est le nombre total des dossiers qui fut retenu. Comme l'indique le Tableau 1, quelques pays (ou regroupements de pays) n'avaient pas le nombre de dossiers nécessaire dans aucun groupe d'âge (ex : les pays d'Afrique) alors que d'autres, comme la Chine ou le Mexique avaient un nombre très inégal de dossiers selon les groupes d'âge. Pour atteindre notre objectif de recrutement, nous avons augmenté le taux de recrutement, dans tous les pays où c'était possible, d'environ 10%, de façon à se rapprocher le plus possible du nombre attendu de dossiers par pays.

Le taux de questionnaires postés par pays d'origine est différent du taux d'adoption par pays au cours des 12 dernières années au Québec². À l'exception de la Chine, où nous avons sélectionné 18% des dossiers de l'enquête alors que 42,6% des enfants adoptés proviennent de ce

¹ Les âges sont déterminés au 30 septembre de chaque année. Ainsi les enfants du premier groupe sont d'âge préscolaire (moins de 6 ans au 30 septembre), ceux du second regroupe sont d'âge du niveau primaire et ceux du troisième groupe sont d'âge du secondaire ou de début de CEGEP.

² Voir les statistiques sur le site W3 du Secrétariat à l'adoption internationale.

pays (sous échantillonné), le pourcentage de dossiers retenus pour l'enquête est environ 2 fois plus élevé que le taux d'enfants en provenance de chacun des autres pays (sur échantillonnage). À titre d'exemple, nous avons, dans l'enquête, adressé des questionnaires à 11% des familles qui ont adopté un enfant de la Russie alors qu'elles ne représentent que 5,4% des familles adoptives du Québec³. Cette sur représentation relative des pays et la sous représentation relative de la Chine permet d'avoir un nombre comparable et suffisant d'enfants dans chacun des pays ou regroupement de pays (Tableau 1).

Procédure d'échantillonnage

À la suite d'une autorisation de la Cour de la Jeunesse du Québec nous donnant accès aux dossiers d'adoption pour fins de recherche, nous avons fait une sélection au hasard des dossiers correspondant aux critères d'inclusion c'est-à-dire tous les dossiers dont l'enfant a été adopté à l'extérieur du Canada et qui contenairnt les informations nécessaires pour faire une stratification par pays et par âge des enfants soit leur date de naissance et la date de l'émission de la lettre de non opposition émise par le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI). Au total, 3 665 questionnaires (Tableau 1) ont été postés aux familles en trois vagues correspondant aux âges des enfants. L'envoi contenait le questionnaire de 10 pages précédé d'une lettre signée par la Secrétaire à l'adoption internationale du SAI invitant les parents à participer ainsi qu'une lettre de consentement incluant une brève description de l'étude. Une lettre de retour pré affranchie et pré adressée était aussi incluse dans l'envoi. Un rappel a été fait deux mois après le premier envoi du questionnaire.

Considérations d'ordre éthique

La recherche a été faite dans le respect des règles habituelles d'éthique et le protocole a été accepté par le comité de déontologie de l'Université Laval. Les parents ont signé un formulaire de consentement éclairé dans lequel ils étaient informés des buts de l'enquête et des modalités retenues pour le respect de la confidentialité des données. Selon les procédures exigées par le comité d'éthique, nous nous sommes engagés à ce que l'étude soit confidentielle et qu'en aucun moment, le nom des répondants ne puisse être associé aux résultats de l'étude. Les familles sont associées à un code et les informations contenues dans les dossiers sont conservées dans un endroit non accessible sauf pour les chercheurs. Le traitement statistique est fait pour des groupes et jamais pour des individus. Les dossiers sont conservés dans un lieu sécuritaire. Les parents ont eu accès à un numéro de téléphone sans frais (888) pour toute question liée à l'enquête. Une personne a été affectée à cette tâche et a répondu aux appels (enregistrés sur répondeur).

Tableau 1. Distribution des taux de réponses et du nombre de répondants par groupes d'âge des enfants lors de l'enquête

	Groupes d'âge des enfants au moment de l'enquête													
Pays / (regroupement de pays)	18 mois – 6 ans				6 ans – 12 ans				12 ans – 18 ans					
	Nb au fichier ¹	Nb postés ²	Nb de réponses ³	% de réponses. ⁴	Nb au fichier	Nb postés	Nb de réponses	% de réponses	Nb au fichier	Nb postés	Nb de réponses	%de réponses	Déménagé ou projet abandonné ⁵	Nb et (%) réel de réponses ⁶
Afrique	15	14	7	50.0	72	63	11	17.5	100	96	7	7.3	51 (29%)	25 (20.3)
Amérique Latine (sauf Colombie et Mexique)	76	75	33	44.0	252	129	42	32.6	292	152	30	19.7	76 (21%)	105 (37.5)
Colombie	93	66	39	41.9	136	136	50	37.0	109	107	35	33.3	59 (18%)	124 (49.6)
Mexique	10	10	1	10.0	163	132	43	32.6	188	134	50	37.9	63 (23%)	93 (43.7)
Haiti	361	131	72	55.4	468	154	46	31.7	487	132	42	32.3	62 (15%)	160 (45.1)
Asie du sud-est	643	135	77	57.0	436	135	48	35.6	412	139	30	21.6	69 (17%)	155 (45.6)
Chine	1671	183	114	62.3	2288	162	56	34.6	252	184	66	35.9	78 (14%)	236 (52.3)
Taiwan	92	85	37	43.5	204	100	34	34.0	76	76	23	30.3	22 (8%)	94 (39.3)
Europe de l'est (Belarus, Georgie, Pologne, Ukraine) ⁷	117	110	80	72.7	46	44	7	15.9	28	28	8	28.6	8 (4%)	95 (52.2)
Russie	287	130	57	43.8	231	148	42	28.4	108	112	47	42.0	59 (15%)	146 (44.1)
Roumanie	52	49	22	44.9	362	166	50	30.1	129	148	28	18.9	67 (17%)	100 (33.8)
Ensemble des pays	3417	988 (71)⁵	538	58.7⁶	4658	1369 (254)	429	38.5	2172	1308 (289)	366	35.9	614 (17%)	1333 (44.0%)

1. Nombre total de dossiers disponibles pour ce groupe d'âge; 2. Nombre total de dossiers postés pour ce groupe d'âge. Lorsqu'un nombre de questionnaires postés est inférieur à 120 par groupe d'âge, ce nombre correspond au nombre total de dossiers disponibles; 3. Nombre de dossiers reçus / nombre de mauvaise adresse; 4. Pourcentage de dossiers reçus pour ce pays pour ce groupe d'âge; 5. Nombre de questionnaires retournés pour mauvaise adresse ou projet d'adoption non mené à terme; 6. Pourcentage réel de réponses par pays ou regroupement de pays (Pourcentage réel = nombre de questionnaires postés – nombre de retours postaux pour « mauvaise adresse » ou « adoption non terminée »); 7. La population d'Europe de l'est est constituée principalement d'enfants en provenance du Belarus dans le groupe des moins de 6 ans. Dans les 2 groupes des enfants plus âgés, seulement 2 proviennent du Belarus.

Les mesures

Les instruments de mesure utilisés dans cette enquête sont tous des questionnaires complétés par les parents, aussi souvent que possible par les mères pour des fins d'homogénéité. L'ensemble des mesures est regroupé en un seul document divisé en 3 sections (Tableau 2) et inclut: 1) les caractéristiques socio démographiques de l'enfant et de la famille adoptive, 2) les diverses mesures portant sur l'enfant lui-même et, 3) les mesures d'événements de vie et d'état psychologique des répondants. Il y a une symétrie des mesures entre les groupes d'âge et les questions concernant les enfants sont adaptées aux différents âges de ces derniers. Seules les réponses aux questions des sections 1 et 2 sont considérées dans ce rapport.

Tableau 2. Les mesures utilisées dans l'enquête en fonction des groupes d'âge des enfants

Groupes d'âge des enfants au moment de l'enquête		
18 mois à 6 ans	6 ans à 12 ans	12 ans à 18 ans
Section 1 : a) Situation de l'enfant et de sa famille	Section 1 : a) Situation de l'enfant et de sa famille	Section 1 : a) Situation de l'enfant et de sa famille
Section 2 : a) Attachement parent-enfant (Waters et Deane ^[18]); b) Comportement social (Achenbach et Edelbrock ^[19]); c) Sommeil de l'enfant; d) Santé de l'enfant.	Section 2 : a) Attachement parent-enfant (Kerns ^[20]); b) Comportement social (Achenbach et Edelbrock); c) Situation scolaire de l'enfant : adaptation sociale et académique d) Sommeil de l'enfant; e) Santé de l'enfant.	Section 2 : a) Attachement parent-enfant (Kerns); b) Comportement social (Achenbach et Edelbrock); c) Situation scolaire de l'enfant : adaptation sociale et académique d) Sommeil de l'enfant; e) Santé de l'enfant.
Section 3* : a) Événements de vie du parent (répondant); b) État psychologique du parent (répondant)	Section 3* : a) Événements de vie du parent (répondant); b) État psychologique du parent (répondant)	Section 3* : a) Événements de vie du parent (répondant); b) État psychologique du parent (répondant)

* Les données résultant de ces mesures ne sont pas rapportées dans ce rapport

Mesures d'attachement

1) Des mesures différentes, adaptées à l'âge des enfants, ont été utilisées pour mesurer la qualité des relations entre les enfants et leurs parents. Dans le groupe des plus jeunes (18 mois à 6 ans) on a utilisé la mesure par Tri-de-carte de Waters & Deane (1990) qui consiste en une série de 24 items décrivant des comportements d'enfants dans un contexte familial. Ces comportements ont été jugés par des experts comme étant typiques d'un comportement sécurisé (v.g. « Dans mes interactions avec mon enfant, il met ses bras autour de moi ou me met la main sur l'épaule quand je le prends. ») ou, au contraire, typiques d'un comportement insécurisé (v.g. « Lorsqu'il revient près de moi après avoir joué, il est parfois maussade sans raison apparente. »). Les parents répondent à chacun des 24 items sur une échelle de type Likert allant de 1 (très différent de celui de mon enfant) à 5 (très semblable à celui de mon enfant). Un score élevé sur les 12 items du premier groupe indique un score de sécurité élevé et, à l'inverse, un score élevé sur les 12 items du dernier groupe indique un score d'insécurité élevé. La somme des deux scores produit un indice global de sécurité d'attachement. Cette procédure a été utilisée avec succès par Chisholm^[10] dans une étude sur l'adoption internationale au Canada. Les résultats seront comparés à ceux obtenus par des enfants du même âge dans la population générale du Québec.

2) Chez les 2 groupes des plus âgés, nous utilisons le questionnaire de Kerns et al. (2001)^[20] contenant 10 questions portant sur les sentiments des parents dans leurs échanges avec leur enfant et, plus précisément, sur leur relation d'attachement vis-à-vis de leur enfant (v.g. : « Je me sens souvent fâché contre mon enfant. » ou « J'encourage mon enfant à parler de ses problèmes. »). Les parents y répondent sur une échelle de type Likert allant de 1 (très différent de moi) à 5 (très semblable à moi). Un score total est obtenu par l'addition des 10 items.

Mesure des comportements sociaux

La version française du Child Behavior Checklist (CBCL: Achenbach & Edelbrock, 1991)^[19] est complétée par les parents. La version pré scolaire de cette échelle est validée pour les 18 mois à 5 ans et demi et la version enfance/adolescence est validée pour les 6 - 18 ans¹. Les 100 items du CBCL (113 pour la version enfant/adolescent) évaluent les problèmes de comportement sur une échelle de type Likert (0-1-2) et génèrent une structure en 7 facteurs tant pour les filles que pour les garçons : réactivité émotionnelle, anxiété/dépression, problèmes somatiques, retrait social, problèmes d'attention, agressivité et problèmes du sommeil. La correspondance entre plusieurs de ces problèmes et des diagnostics au DSM IV a été établie par des professionnels de 10 pays différents. Les résultats se présentent sous forme de profils validés auprès de populations normales d'enfants du même âge : scores bruts, scores T, seuils cliniques. Cette mesure est largement utilisée dans la communauté scientifique depuis 20 ans et les qualités métriques de la mesure ont été bien démontrées. Les résultats seront comparés aux normes des échantillons de validation de la mesure ainsi qu'à ceux obtenus par deux larges échantillons d'enfants du même âge au Québec.

Mesures de l'adaptation scolaire

L'adaptation à l'école est mesurée d'abord par des indicateurs de succès académique comme le rang relatif des enfants dans les principales matières académiques et le besoin d'aide spécialisé allant du soutien ponctuel à la fréquentation de classes spéciales. Ces indices sont mesurés pour les enfants d'âge scolaire ayant entre 6 et 18 ans et sont comparés aux résultats obtenus par les enfants du même âge issus de la population générale du Québec.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Les données issues de l'enquête sont présentées de manière descriptive avec un minimum de tests statistiques. Essentiellement, le rapport porte sur les données de la Section 2 du questionnaire avec une introduction portant sur les caractéristiques sociales et démographiques des familles de l'enquête (Section 1). La présentation des résultats est faite selon les 5 paramètres de base de l'enquête soit a) l'âge des enfants lors de l'adoption; b) le sexe des enfants; c) les pays ou regroupements de pays d'origine; d) l'âge des enfants au moment de l'enquête et, e) le temps passé depuis l'adoption. Lorsque le nombre de répondants le permet, les données de certains paramètres sont croisées entre elles (tableaux croisés). Comme il n'y a pas de groupe témoin dans l'enquête, les groupes et sous groupes sont comparés entre eux et, le plus souvent possible, les données sont comparées avec celles obtenues aux mêmes mesures dans certains sous groupes comparables de la population du Québec.

A) Taux de réponses à l'enquête

Sur un total de 3665 questionnaires postés, 614 n'ont pas été acheminés pour des raisons de changement d'adresse ou d'adresse désuète. Des 3051 restants, 1333 ont répondu au

questionnaire pour un taux global de 44,0%. Ce taux de réponse varie selon le groupe d'âge des enfants, allant de 35,9% pour les plus vieux au moment de l'enquête à 58,7% pour le groupe des plus jeunes. Comme on le voit au Tableau 1 (dernière ligne), le nombre de mauvaises adresses augmente en fonction du temps passé depuis l'adoption et il semble que la motivation à répondre aille dans le même sens, c'est-à-dire que les parents qui ont adopté depuis plusieurs années ont un taux de réponse plus faible. Pour maintenir la fiabilité des résultats nous avons exclu des analyses les pays d'Afrique (N = 25) et nous avons joint, dans le groupe des plus jeunes, les données du Mexique à celles de l'Amérique latine.

La distribution des sujets de l'enquête est équivalente selon les groupes d'âge à l'adoption utilisés pour l'échantillonnage (Figure 1). Toutefois, des modifications ont été apportées, à posteriori, à cette structure d'échantillon afin d'obtenir plus de précision dans le traitement des données; c'est ainsi que l'échantillon a été stratifié en 6 groupes (Figure 2). Selon cette nouvelle distribution, 22,1% des enfants ont été adoptés avant 6 mois, 25,1% entre 6 et 11 mois, 14,5% l'ont été entre 12 et 17 mois, et 19,0% entre 18 et 35 mois. Nous avons, de plus, constitué 2 groupes d'enfants plus âgés lors de l'adoption soit entre 36 mois et 53 mois (9,7%) et de 54 mois (4½ ans) ou plus (9,4%).

Les données de la Figure 3 indiquent des variations importantes de l'âge à l'adoption selon les groupes d'âge actuel des enfants (moins de 6 ans, de 6 à 12 ans et de 12 ans et plus) : s'il y a approximativement le même pourcentage d'enfants adoptés à moins de 6 mois dans chacun des 3 groupes d'âge actuel, il y a une nette tendance à ce que les enfants plus âgés actuellement (colonnes plus foncées) aient été adoptés plus vieux par contraste avec les enfants adoptés plus récemment (groupe de moins de 6 ans) où la majorité l'ont été entre 6 et 18 mois. Cette tendance est statistiquement significative et la moyenne d'âge à l'adoption des enfants les plus jeunes (18 mois à 6 ans) est de 14,9 ($\pm 10,9$) mois, en comparaison de 19,5 ($\pm 19,9$) mois pour les 6 - 12 ans et de 36,1 ($\pm 36,3$) mois pour le groupe des plus vieux (entre 12 et 18 ans). C'est dire qu'il y a eu, depuis 15 ans, au Québec, une diminution progressive de l'âge à l'adoption. Quant à la répartition selon le sexe des enfants (Figure 4), elle est sensiblement la même pour les 3 groupes d'âge actuel.

En résumé, le taux moyen de réponses à l'enquête est de 44%, variant de 34% à 52% selon les pays et de 36% à 58% selon les trois groupes d'âge actuel des enfants (Tableau 1). En dépit de cette variation dans les taux de réponse, la répartition selon le sexe des enfants est sensiblement la même dans les trois groupes d'âge actuel des enfants, ce qui permet de faire un traitement statistique valide des données en fonction de ces paramètres.

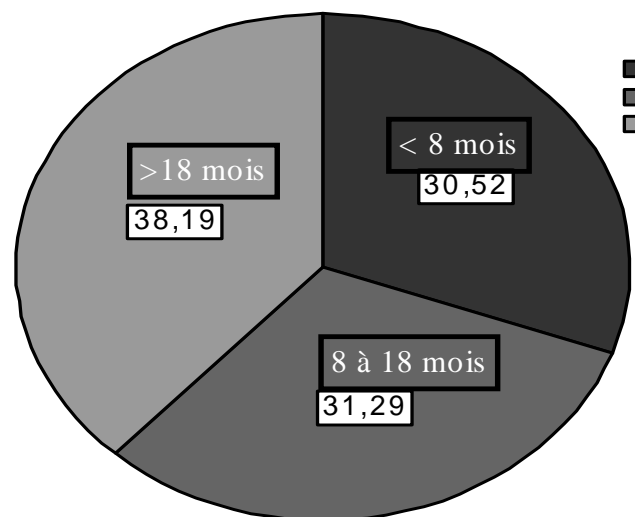


Figure 1. Pourcentage des sujets selon l'âge à l'adoption (critères d'échantillonnage)

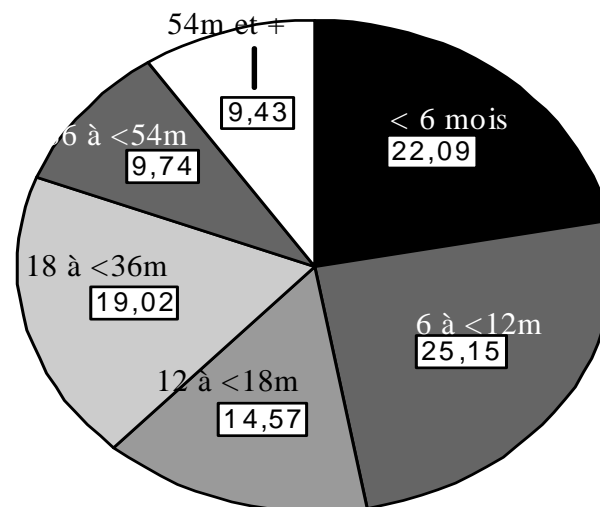


Figure 2. Pourcentage des sujets de l'enquête selon l'âge à l'adoption (critères révisés)

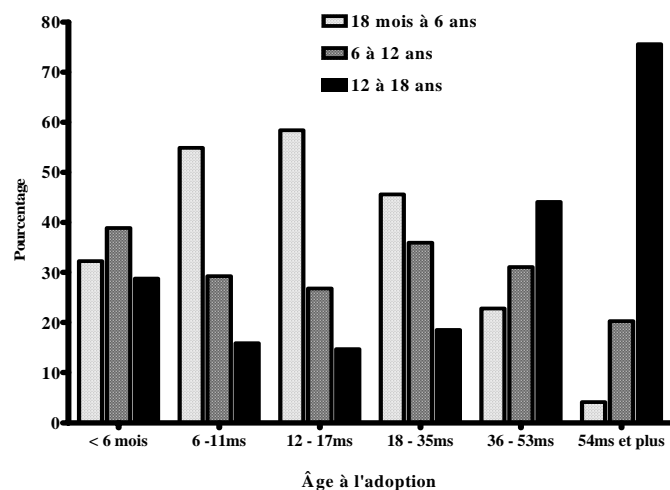


Figure 3. Pourcentage des sujets selon l'âge lors de l'enquête en fonction de l'âge à l'adoption

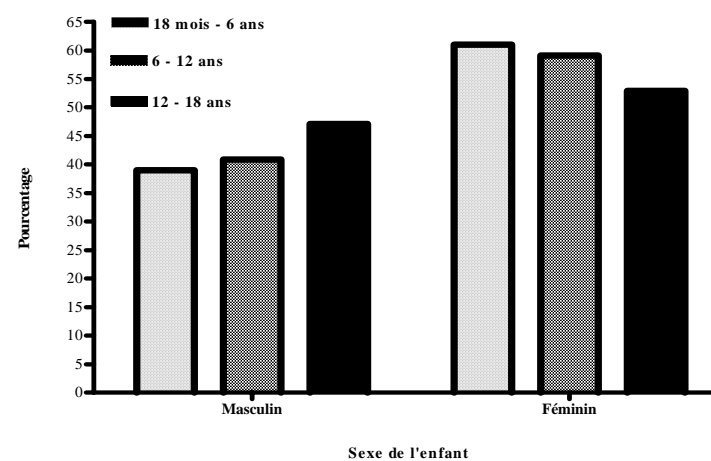


Figure 4. Pourcentage des sujets selon l'âge lors de l'enquête en fonction du sexe de l'enfant

B) L'environnement offert par les familles adoptives

1. Situation socioéconomique des familles

L'âge moyen des parents lors de l'adoption des enfants est de 37,8 ans pour les mères et de 38.9 ans pour les pères. Il est comparable à l'ensemble de la population qui adopte des enfants de l'étranger. Toutefois, ces parents adoptifs sont plus âgés d'environ 10 ans que les parents biologiques lors de l'arrivée de leur premier enfant (mère: 26,7 ans : Tableau 3)

Tableau 3. Distribution des variables socioéconomiques des familles de l'enquête.

	Mère	Père	Population de référence Mère Père	
Âge du parent à l'arrivée de l'enfant : en années: moy. \pm e.t	37.8 \pm 11.6	38.9 \pm 16.8	26.7 (1 ^{ier}) ¹ 29.1 (2 ^{ième})	n.d.
Statut marital actuel (%) :	(%)	n.d.	(%)	n.d.
En couple	90.5		75.9 ²	
Vit seul-e	9.2		24.1	
Scolarité actuelle	(%)	(%)	(%)	
Primaire complété	1.9	4.1	12.5	
Secondaire complété	22.5	24.4	28.8	
Collégial complété	26.9	23.7	24.4	
Universitaire 1 ^{ier} cycle complété	34.4	26.7	31.6 (les trois cycles)	
Universitaire gradué complété	13.7	20.4		
Autre	0.6	0.7	2.7	
Statut d'emploi actuel	(%)	(%)	(%)	(%)
A un emploi rémunéré	95.5	93.7	73.9	94.0
Aux études	2.5	1.2		
À la maison par choix ³	15.2	3.4		
À la recherche d'un emploi	0.8	0.6		
Revenu actuel : en dollar canadien	(\$)	(\$)	n.d.	n.d.
Revenu annuel moyen	38 560	55 980		
Revenu familial annuel moyen ⁴	88 060		56 940 ⁶	
Indice Blishen ⁵ actuel: moy. \pm e.t.	50.6 \pm 17.1	53.1 \pm 17.1	42.74 \pm 13.3	

Notes : 1. Source : Institut de la Statistique du Québec; 2. Voir le site : http://www.mfe.gouv.qc.ca/famille/statistiques /contexte_demo.asp 3. Une personne peut avoir à la fois un emploi rémunéré et demeurer à la maison par choix, au moment de l'enquête; 4. Le revenu familial est la somme du revenu des deux parents ou d'un seul lorsque l'un des deux ne travaille pas ou vit sans conjoint; 5. Indice pondéré de niveau socioéconomique; 6. Institut de la statistique du Québec : Enquête sur les finances des consommateurs : Familles dont le chef a moins de 65 ans avec des enfants de moins de 18 ans (en 1998).

Le niveau d'éducation des parents adoptifs, le taux de mères qui ont un emploi rémunéré et le revenu annuel familial moyen sont plus élevés que les niveaux observés chez les parents d'enfants du même niveau d'âge dans la population du Québec. Ces résultats suggèrent que les familles qui adoptent un enfant de l'étranger sont d'un niveau socioéconomique plus élevé et ont davantage d'expériences de vie que les parents qui ont un premier ou un second enfant biologique. L'indice Blishen, qui est de 10 points supérieur chez les parents adoptifs, confirme cet avantage de la condition socioéconomique des parents adoptants sur ceux de la population générale (Tableau 2).

2. Processus d'adoption et premier environnement de l'enfant

La plupart des parents (80.7%) ont été accompagnés dans leur démarche d'adoption par un organisme agréé par le Secrétariat à l'adoption internationale du Québec. Il y a cependant une forte variation de ce taux en fonction des groupes d'âge actuel des enfants : chez les moins de 6 ans, c'est plus de 96% qui ont utilisé ce service comparativement à 77% et 65% respectivement dans les groupes de 6-12 ans et de 12-18 ans. Cette variation traduit un changement dans les pratiques des parents, encouragés à le faire par la quantité et la qualité des services offerts. À cet égard, les parents qui ont utilisé ces services sont en moyenne assez satisfaits (M : 4,15/5) et les moins satisfaits sont les parents du groupe des plus âgés (12-18 ans : Figure 5) et les parents ayant adopté dans certains pays comme le Mexique, l'Amérique du Sud (sauf la Colombie) et la Russie (M : 3,5/5). L'ensemble de ces données confirme l'idée que les services se sont améliorés depuis 15 ans dans les organismes agréés, surtout pour les enfants adoptés à plus de 36 mois.

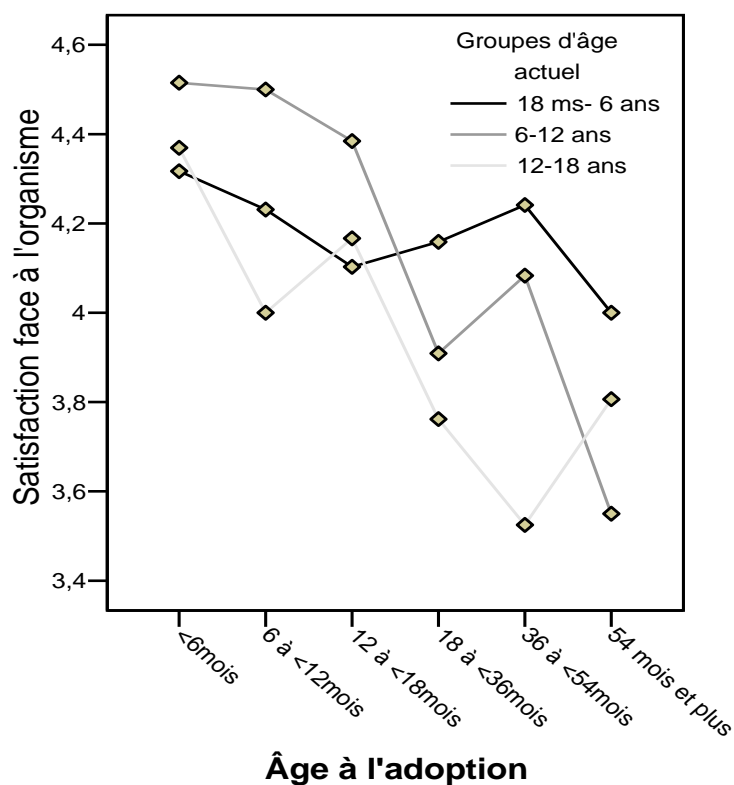


Figure 5. Niveau de satisfaction des parents face à l'organisme agréé

La très grande majorité des enfants adoptés (87,5%) vivent avec leurs 2 parents adoptifs alors que 10.6% vit dans une famille monoparentale et 1.1% des enfants ont été placés soit en famille soit en centre d'accueil (Tableau 4). Ces chiffres diffèrent quelque peu de ceux de la population des enfants de cet âge au Québec où un plus grand nombre vit avec un seul parent (16,9%). Le taux d'enfants placés en famille ou en centre d'accueil est plus élevé chez les enfants adoptés (1,1%) que dans la population de référence (0,2%). On remarque que les enfants vivant avec leurs parents (les deux ou un seul) ont été adoptés plus jeunes que ceux vivant en famille ou centre d'accueil et cette différence est statistiquement significative. Par ailleurs, les enfants en centre ou famille d'accueil sont autant des garçons que des filles et ne proviennent pas de pays en particulier (données non en tableau).

Tableau 4. Âge à l'adoption et âge actuel des enfants en fonction de leur mode de résidence.

Mode de résidence actuel	Nombre ¹ (%)	Âge adoption : en mois \pm e.t.	Âge actuel : années \pm e.t.	Population de référence
Avec les 2 parents	1137 (87.5)	21.7 \pm 29.0	7.6 \pm 4.5	70.3% ²
Avec un des parents (incluant la garde partagée) Centre ou famille d'accueil	139 (10.6)	26.4 \pm 33.0	9.3 \pm 4.6	16.9% ²
Ne vit plus avec parents	14 (1.1)	44.4 \pm 27.4	14.6 \pm 2.0	0.2% ³
	6 (0.5)	54.0 \pm 17.7	17.7 \pm 0.5	n.d.

Note : 1. À l'exclusion des pays d'Afrique; 2. Données issues de Institut de Statistique du Québec : Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998. Recension approximative de données issues du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2004. 3. Taux approximatif : ratio du nombre d'enfants placés au Québec / le nombre total d'enfants de 18 ans et moins du Québec

2.1 Autres caractéristique des familles adoptives

Les enfants adoptés font partie d'une famille de 2 enfants (les incluant) dans 42,5% des cas. Près du tiers (27,8%) sont des enfants uniques et 29,7% font partie d'une famille de 3 enfants ou plus. Dans 98% des cas, les parents adoptifs ne sont pas apparentés à l'enfant adopté. La grande majorité des parents (78,9%) se sont déplacés pour aller chercher l'enfant dans son pays d'origine. La majorité des parents qui n'y sont pas allés ont adopté en Haiti, Taiwan, Asie du sud Est et Roumanie. Presque toutes les mères (94,5%) et une partie des pères (26,4%) ont eu l'opportunité de rester à la maison au cours des premiers mois pour accueillir l'enfant et l'intégrer dans sa nouvelle famille. Parmi les mères qui travaillent ou étudient, elles ont pris un congé de 15 mois en moyenne, alors que les pères dans les mêmes conditions ont pris un congé de 10 mois en moyenne. Au cours de la période préscolaire, 30,0% des enfants du groupe des moins de 6 ans ont été gardés dans une garderie ou un Centre de la Petite Enfance (CPE) alors que c'est 42,4% des plus de 6 ans (au moment de l'enquête) qui ont ainsi été gardés durant les années préscolaires. L'écart entre les groupes peut s'expliquer par le fait que les enfants de moins de 6 ans sont arrivés plus récemment dans leur famille adoptive. Peu de parents (13,6%) participent « souvent ou très souvent » à des activités propres à la culture de leur enfant. On ne sait pas si c'est une question d'opportunité ou de choix ou les deux à la fois.

C) LA SÉCURITÉ DES ENFANTS ET LA RELATION D'ATTACHEMENT

Dans le sous-groupe des plus jeunes (entre 18 mois et 6 ans), la version abrégée du questionnaire d'attachement de Waters et Deane (1990) est constituée de la somme des 12 items qui décrivent une relation sécurisante (établie comme telle par le jugement des experts) moins la somme des 12 items décrivant une relation insécurisante. Le score varie de -25 à 45 (étendue possible de -120 à 120) et la distribution est normale avec une moyenne de 23 ± 10 . Dans le sous-groupe des enfants plus vieux (âgés entre 6 et 18 ans), la sécurité d'attachement est mesurée par le biais d'une série de 10 questions (Kerns, voir la méthode) portant sur les attitudes et sentiments des parents favorisant une relation d'attachement avec leur enfant. Le score total élevé (somme des 10 questions) représente une attitude favorable au développement d'une relation sécurisante entre le parent et son enfant ou adolescent. La distribution est normale avec une moyenne de $41,2 \pm 4,0$ (étendue possible de 10 à 50). Les scores bruts de ces deux mesures sont transformés en

score z^3 de façon à les disposer sur la même échelle et pouvoir ainsi traiter la mesure d'attachement sur l'ensemble de la population. Les scores de sécurité sont analysés en fonction de l'âge à l'adoption, du sexe et du pays d'origine des enfants ainsi que de leur âge actuel en tenant compte du temps écoulé depuis l'adoption.

Les résultats indiquent, en contrôlant statistiquement pour le pays d'origine et le temps écoulé depuis l'adoption et l'âge actuel des enfants, qu'il y a un lien entre l'âge à l'adoption et la sécurité d'attachement des enfants ($F(5,1259) = 2,61, p < 0,05$) : plus les enfants sont adoptés jeunes, plus ils ont une relation sécurisée (Figure 6). De plus, il y a un lien important avec la variable « sexe des enfants » où les garçons sont moins sécurisés que les filles ($F(1,1259) = 23,30, p < 0,001$). Le pays d'origine n'est pas associé à des différences significatives dans la sécurité d'attachement des enfants (Figure 7) bien qu'il y ait des variations dans les moyennes d'un pays à l'autre. Enfin, le score moyen d'attachement chez les enfants âgés de moins de 6 ans de notre échantillon ne se distingue pas du score moyen des enfants non adoptés, nés au Québec et du même âge (données non en tableau). Il n'y a pas de données comparatives pour les enfants plus âgés.

Tel que prévu au départ, l'âge des enfants à l'adoption est associé à une variation des scores d'attachement mesurés par les questionnaires. Pour tous les enfants, tant les garçons que les filles, le profil est le même à savoir que le score d'attachement décroît en fonction d'une élévation de l'âge à l'adoption. Il y a ainsi un effet de protection associé au jeune âge lors de l'adoption c'est-à-dire que les enfants exposés moins longtemps à une situation de risque (le milieu de vie en période pré adoptive étant reconnu comme tel) seraient favorisés quant à l'évolution de leur relation d'attachement avec leurs parents. Les données ne permettent pas d'établir un âge critique au-delà duquel le risque est plus élevé; à titre indicateur, toutefois, les données de la Figure 6 semblent indiquer que 18 mois pour les garçons et 36 mois pour les filles seraient des âges au-delà desquels les risques sont plus grands de développer une relation moins sécurisée. Un des faits marquants de ces analyses reste la différence liée au sexe des enfants : pour tous les groupes d'âge à l'adoption, sauf ceux entre 6 et 17 mois (Figure 6), il y a une différence statistiquement significative au désavantage des garçons. Cette différence n'est pas liée au pays d'origine, ni à l'âge des enfants ni à la durée depuis leur adoption. Il s'agit d'un fait particulier puisque cette différence liée au sexe n'a pas l'habitude d'apparaître dans les populations d'enfants non adoptés.

Cette mesure de sécurité d'attachement porte sur des aspects de la relation parent enfant dans la vie de chaque jour et traduit un système de relations qui s'est construit sur la base de la qualité des interactions quotidiennes. Un score faible à cette mesure indique des difficultés de co-régulation sociales et émotionnelles dans les rapports avec les parents adoptifs et une dynamique relationnelle difficile. Les résultats sont à l'effet que, dans la grande majorité des cas, les parents adoptifs ont réussi à créer un environnement favorable à un attachement sécurisé pour leur enfant. Les paramètres qui semblent influencer la sécurité d'attachement sont davantage associés à la durée de temps passé dans le milieu d'origine plutôt qu'à la qualité de l'environnement actuel tel que l'âge ou la scolarité de la mère, le revenu familial, ou le fait d'avoir utilisé un service de garde extra familial durant la période préscolaire, lesquels ne sont pas reliés à ce score d'attachement. Le temps passé depuis l'adoption n'est pas non plus en lien avec la sécurité d'attachement, ce qui conduit à penser qu'il n'y a pas de période de latence au-delà de laquelle les problèmes sont susceptibles d'apparaître. Le rôle du sexe de l'enfant dans l'établissement de la relation d'attachement reste difficile à interpréter : les garçons seraient-ils plus à risque dans les milieux pré adoptifs que les filles? Auraient-ils davantage de problèmes de santé à leur

³ La moyenne d'un score z est de « 0 » et son écart-type est de « 1 ». Pour faciliter la lecture des figures suivantes, les écarts à la moyenne sont gradués en dixième c'est-à-dire que, par exemple, un écart entre -0.2 et +0.3 représente un demi écart-type entre deux conditions. Les barres en forme de T qui sont au-dessus ou au-dessous des histogrammes représentent les erreurs standard (écart-type standardisée) de chaque condition mesurée.

arrivée? Davantage de problèmes psychologiques avec lesquels les parents auraient plus de mal à composer? Est-ce le fait que ces questionnaires sont complétés uniquement par les mères et qu'il manque la vision du père? Autant de questions qui demeurent en suspens dans le cadre de cette enquête.

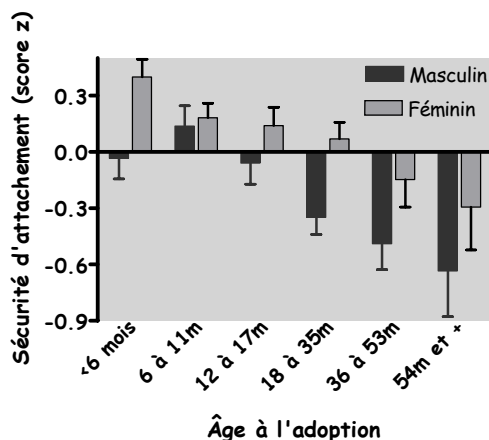


Figure 6. Score de sécurité des enfants en fonction de l'âge à l'adoption et du sexe de l'enfant.

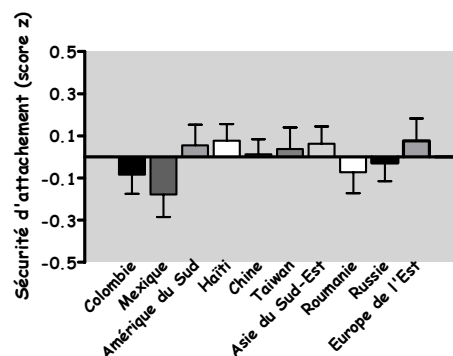


Figure 7. Score de sécurité des enfants en fonction de leur pays d'origine.

D) LA SOCIALISATION DES ENFANTS

Cette section porte sur les comportements sociaux (la socialisation) des enfants, tels que rapportés par les parents dans la version française du Child Behavior Checklist (CBCL), dans la version « 1½-5 ans » (Achenbach & Recorla, 2000) pour les plus jeunes et la version « 6-18 ans » pour les autres (Achenbach & Edelbrock, 1991). On se rappellera que cette mesure évalue les comportements selon 7 ou 8 symptômes (selon l'âge des enfants) desquels sont issus un score d'internalisation (incluant les symptômes d'anxiété, de retrait social et de problèmes somatiques ainsi que, dans la version 1½-5 ans, les symptômes de réactivité émotionnelle) et un score d'externalisation (problèmes d'attention et agressivité dans la version 1½-5 ans et de comportement antisocial et d'agressivité pour les 6-18 ans). De plus, la mesure produit 5 ou 6 scores cliniques selon l'âge des enfants) validés en regard du Manuel Diagnostique des Troubles Psychiatriques (DSM-IV) dont 4 sont communs aux 2 versions : troubles affectifs, troubles anxieux, troubles de l'attention/hyperactivité, et trouble d'opposition. Dans la version 1½-5 ans s'ajoute une mesure clinique de trouble envahissant du développement et, dans la version 6-18 ans, une mesure clinique de troubles de la conduite (on trouvera une définition de ces troubles en Annexe A).

Dans ce rapport, nous présentons exclusivement les résultats aux mesures des symptômes d'internalisation et d'externalisation ainsi qu'aux mesures cliniques validés en fonction du DSM-IV. Les analyses qui suivent ont été faites selon l'âge à l'adoption et le sexe des enfants en contrôlant statistiquement pour le pays d'origine, le temps passé depuis l'adoption et l'âge actuel des enfants. Lorsque les analyses portent sur le pays d'origine, on contrôle statistiquement pour l'âge à l'adoption, le sexe des enfants, le temps passé depuis l'adoption et l'âge actuel des enfants. Ces contrôles permettent d'obtenir des résultats indépendants des autres variables qui seraient autrement confondus à la variable principale comme, par exemple, le taux de filles ou de

garçons qui est inégal selon les pays mais dont l'effet est neutralisé statistiquement lorsqu'on fait une analyse par pays d'origine.

1) Problèmes d'internalisation :

Les scores globaux d'internalisation varient significativement selon l'âge à l'adoption ($F(5,1275) = 2,44$; $p < 0,05$) et ce, sans distinction pour le sexe des enfants. Cependant, chez les enfants adoptés tôt (< 6 mois) il y a une différence entre les garçons et les filles où les dernières ont moins de symptômes d'internalisation ($F(1,1275) = 4,52$; $p < 0,05$) que les garçons. Dans le groupe des filles, il y a un net effet de l'âge à l'adoption ($F(5,1275) = 3,03$; $p < 0,05$) : celles adoptées plus jeunes (< 6 mois) ont moins de symptômes d'internalisation que celles adoptées plus tardivement (Figure 8). Ceci n'est pas le cas chez les garçons où on n'observe pas d'effet significatif de protection dû à une adoption hâtive. En fait, pour ces derniers, le score d'internalisation varie autour de la moyenne peu importe l'âge à l'adoption. Par ailleurs, le pays d'origine n'est pas statistiquement associé à des variations des scores d'internalisation (Figure 9) en dépit de variations apparentes mais non significatives. Enfin la durée depuis l'adoption ou l'âge actuel des enfants (covariés dans cette analyse) ne joue aucun rôle significatif dans la variation des symptômes d'internalisation.

Parmi les sous échelles cliniques qui constituent le score d'internalisation (trouble de l'affect, trouble d'anxiété et, pour les plus jeunes, trouble envahissant du développement) le profil varie selon le trouble considéré (Figures 10 à 12). Pour les scores de trouble de l'affect et de trouble anxieux (Figures 10 et 11), il n'y a pas, globalement, de différence de moyenne entre les garçons et les filles mais la variation des scores autour de la moyenne (axe horizontal) est différente, notamment pour le trouble anxieux où ces dernières ont des scores qui varient de ceux des garçons c'est-à-dire que, d'une part, elles bénéficient d'une protection si elles ont été adoptées très tôt (avant 6 mois) et, d'autre part, elles risquent d'avoir plus de problèmes si elles ont été adoptées tardivement. Le profil des garçons est différent : il n'y a pas de protection contre les troubles d'internalisation par une adoption hâtive et il n'y a pas non plus d'augmentation des troubles par une adoption tardive. En bref, contrairement aux filles, l'âge à l'adoption ne joue pas un rôle significatif pour les garçons dans le cas de ces deux troubles d'internalisation. Par ailleurs, dans le cas du trouble envahissant du développement, le profil est quelque peu différent (Figure 12) : les filles restent protégées par une adoption hâtive contrairement aux garçons mais une adoption tardive n'est pas associée à une augmentation du trouble ni pour les filles, ni pour les garçons chez lesquels on observe même une diminution du score moyen chez ceux adoptés après 36 mois. Ainsi, en ce qui a trait aux troubles d'internalisation, le jeune âge à l'adoption joue différemment selon que les enfants sont garçons ou filles et, globalement, les filles bénéficient davantage d'une adoption hâtive. Finalement, les troubles d'internalisation (sous échelles cliniques) ne varient pas, statistiquement, selon les pays d'origine ni selon l'âge actuel des enfants ni selon le temps passé depuis l'adoption.

En résumé, les enfants adoptés de sexe féminin bénéficient, plus que les garçons, d'une adoption très hâtive contre d'éventuels troubles cliniques d'internalisation. Par contre, chez les enfants adoptés tardivement (> 54 mois), on observe une diminution (non statistiquement significative) du trouble anxieux chez les enfants des deux sexes et une diminution du trouble envahissant du développement chez les garçons. Bien que ces dernières différences ne soient pas significatives, elles indiquent tout de même que les effets d'une adoption tardive ne sont pas diamétralement opposés à une ceux d'adoption très hâtive. Ceci est particulièrement vrai pour les adoptions de garçons.

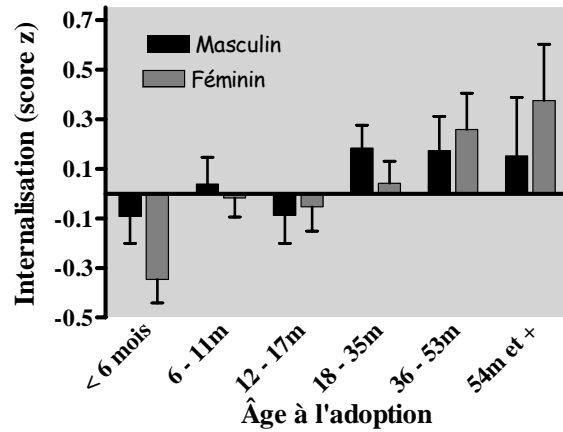


Figure 8. Symptômes d'internalisation selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant

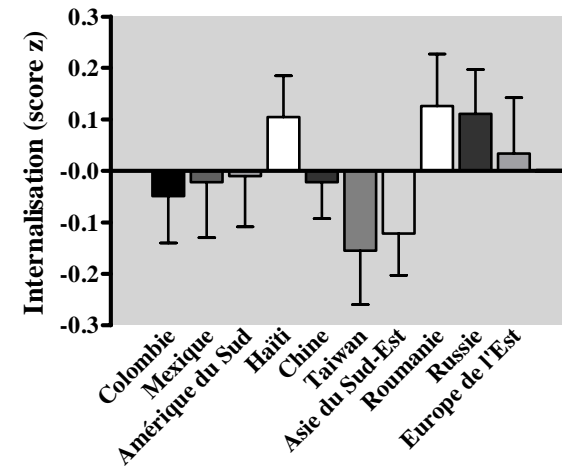


Figure 9. Symptômes d'internalisation selon les pays d'origine.

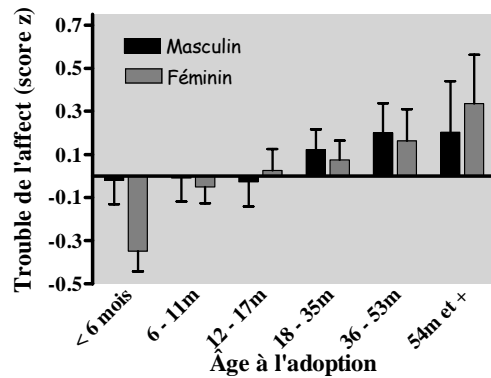


Figure 10. Trouble de l'affect selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant

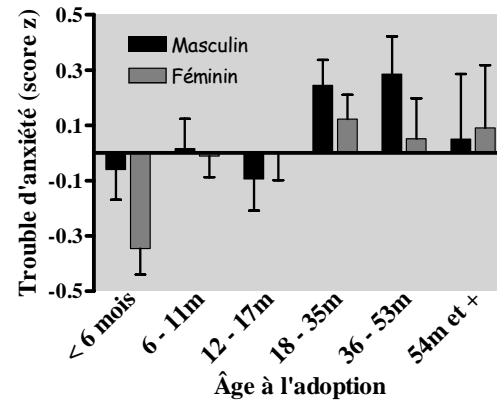


Figure 11. Trouble d'anxiété selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant

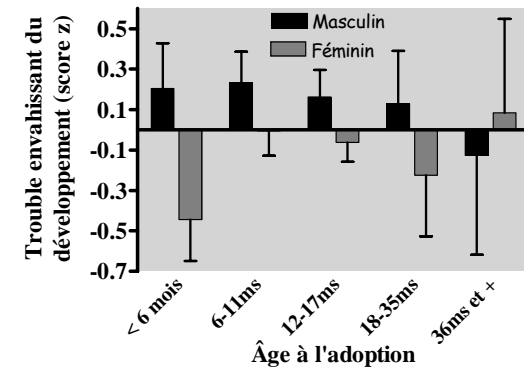


Figure 12. Trouble envahissant du développement selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant

2) Problèmes d'externalisation :

Les scores aux problèmes d'externalisation sont associés aussi bien à l'âge à l'adoption ($F(5,1275) = 5,01$; $p < 0,001$) qu'à la variable « sexe de l'enfant » ($F(1,1275) = 29,34$; $p < 0,001$). Ces deux effets sont indépendants, c'est-à-dire que tant les garçons que les filles sont protégés par une adoption hâtive (Figure 13). Les problèmes rapportés sont toutefois plus grands chez les garçons que chez les filles mais l'effet de protection par une adoption hâtive joue aussi bien pour les garçons que pour les filles. On notera toutefois que le score des filles n'excède le score moyen (axe horizontal des figures) qu'à partir de 36 mois d'âge à l'adoption, alors que celui des garçons adoptés après 18 mois s'en écarte sensiblement. En ce sens, les filles sont moins à risque de développer des problèmes d'externalisation si elles ont été adoptées avant 36 mois alors que, pour les garçons, l'âge à l'adoption de 18 mois est l'âge critique. En contrôlant statistiquement pour ces variables de même que pour le temps passé depuis l'adoption et l'âge actuel des enfants, il n'y a pas de différence entre les pays bien qu'une tendance globale soit rapportée ($F(9,1277) = 1,75$; $p = 0,07$) à l'effet que les enfants provenant des pays d'Asie, notamment de Taiwan, ont moins de problèmes d'externalisation que les autres pays, particulièrement ceux rapportés en Roumanie et en Russie (Figure 14).

Les résultats obtenus aux sous échelles cliniques en lien avec le score d'externalisation (trouble d'opposition et trouble d'attention avec hyperactivité) sont, pour tous les enfants, sensiblement les mêmes que pour le score général d'externalisation si ce n'est que, dans le cas du trouble de l'attention avec hyperactivité, les effets associés à l'âge à l'adoption et au sexe des enfants sont encore plus évidents (Figures 15 et 16). Il en est de même dans le cas des troubles de la conduite qui sont moins importants chez les filles (très peu fréquents dans le cas d'une adoption hâtive) et significativement plus élevés chez les garçons, en dépit d'une protection par une adoption hâtive (Figure 17). Pour les troubles d'attention avec hyperactivité et les troubles de conduite, le pays d'origine a une importance (données non en figure), même après avoir contrôlé pour les autres conditions d'adoption : les enfants issus de la Roumanie et de la Russie ont des scores qui s'écartent significativement (plus élevés) de la moyenne générale. Finalement, les Figures 15 à 17 illustrent bien le fait qu'une adoption tardive chez les filles n'est pas significativement associée à davantage de troubles d'externalisation, de même que chez les garçons pour les troubles d'opposition où une adoption après 36 mois est associée à un score plus faible que pour ceux adoptés entre 18 et 36 mois.

En résumé, la durée de l'exposition à des contextes de risque (orphelinat ou autre) semble avoir un effet sur la fréquence de problèmes de socialisation rapportés chez les enfants. C'est le cas aussi bien pour les problèmes d'internalisation que pour les problèmes d'externalisation et ce, pour les enfants de tous âges au moment de l'enquête (Figures 8 et 13). Mais la variable « sexe de l'enfant » joue un rôle capital dans ces résultats. Le fait que les garçons manifestent, plus que les filles, de comportements d'externalisation était prévisible et cela correspond à ce que l'on retrouve généralement dans les études sur la socialisation des enfants. Dans le cas de l'internalisation, les scores des garçons ne varient pas significativement autour de la moyenne peu importe l'âge à l'adoption alors que le score moyen des filles est significativement plus bas pour celles qui ont été adoptées très tôt (avant 6 mois) et plus élevé pour celles adoptées après 4 ans et demi. Comme ces résultats sont obtenus après un contrôle statistique pour le pays d'origine, l'âge actuel et la durée depuis l'adoption, ils confirment que le très jeune âge à l'adoption protège les filles contre ces deux types de problèmes et les garçons contre des problèmes d'externalisation. Enfin, les adoptions tardives sont associées à plus de problèmes d'internalisation pour les filles et plus de problèmes d'externalisation pour les garçons. Ces résultats indiquent qu'il y a lieu de distinguer les effets d'une adoption tardive selon le sexe des enfants et de développer des programmes de prévention spécifiques à ces conditions.

Y a-t-il des âges critiques? Dans le cas des symptômes d'externalisation (Figure 13), l'âge de 18 mois apparaît comme un âge critique pour les garçons, âge au-delà duquel le risque de troubles est plus grand. Ce n'est pas le cas pour les filles pour lesquelles une adoption très hâtive protège mais où une adoption tardive n'est pas associée à un risque significativement plus élevé que pour la moyenne des enfants. Si on ne considère que les adoptions plus récentes (depuis 1997 : données non en figure) cet effet se confirme pour les garçons alors que, pour les filles, l'âge de 36 mois et plus à l'adoption est associé à un risque plus grand. Autrement dit, pour les enfants adoptés récemment, depuis moins de 6 ans, les âges à l'adoption de 18 mois pour les garçons et de 36 mois pour les filles sont des âges critiques. Pour les adoptions qui datent d'avant 1997, l'âge critique à l'adoption est de 36 mois pour les garçons et il n'y en a pas pour les filles.

Dans le cas des symptômes d'internalisation, le portrait est différent c'est-à-dire que, pour les garçons il n'y a pas d'âge critique, les scores se répartissant toujours autour de la moyenne (de 0) avec même une diminution pour ceux adoptés après 4 ans et demi. Pour les filles, l'âge critique de 36 mois et plus est associé à un score plus élevé d'internalisation surtout si elles ont été adoptées plus récemment, depuis 1997. Ainsi, la notion d'âge critique à l'adoption n'est pas généralisable à toutes les conditions selon le sexe des enfants et selon le moment où ces adoptions ont été réalisées.

À titre indicatif on peut cependant dire que les adoptions tardives sont plus à risque pour des problèmes d'externalisation que pour des problèmes d'internalisation. Il y aura donc lieu de penser à des stratégies de soutien aux parents adaptées en fonction de l'âge à l'adoption des enfants. Des travaux supplémentaires seront nécessaires pour préciser les aspects particuliers sur lesquels il faudra mettre l'accent dans les programmes de soutien adaptés.

Finalement, le pays d'origine des enfants n'est pas associé (après un contrôle statistique pour l'âge à l'adoption, le sexe des enfants et l'âge actuel des enfants) à des problèmes de comportement particuliers si ce n'est que les enfants originaires de l'Asie (Chine, Taiwan, Corée du Sud, Asie du Sud-Est) ont tendance à avoir moins de problèmes internalisés que les enfants originaires des autres pays, notamment de Haïti, de la Russie et de la Roumanie.

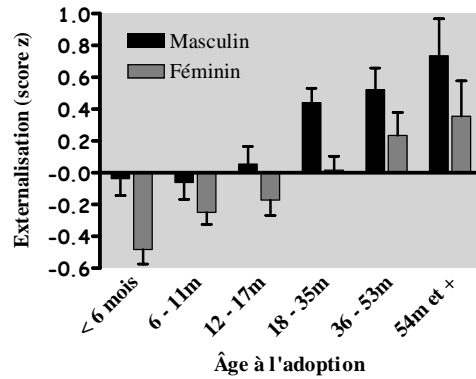


Figure 13. Symptômes d'externalisation selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant

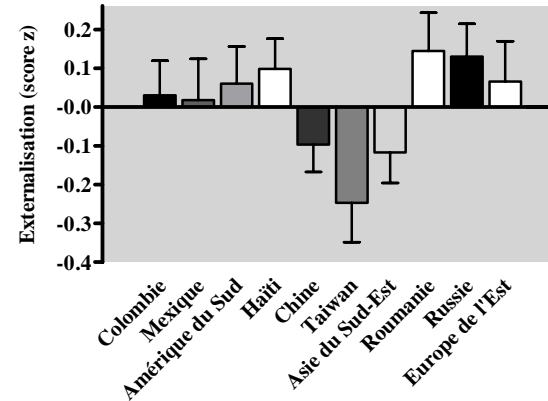


Figure 14. Symptômes d'externalisation selon le pays d'origine

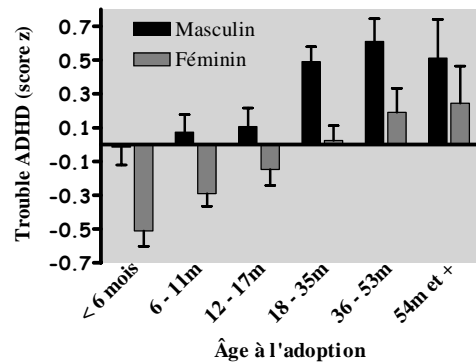


Figure 15. Trouble d'attention avec hyperactivité selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant

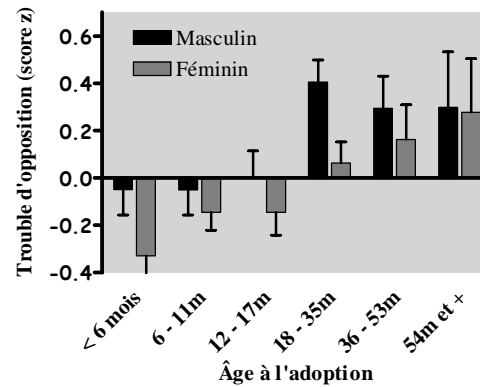


Figure 16. Trouble d'opposition selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant

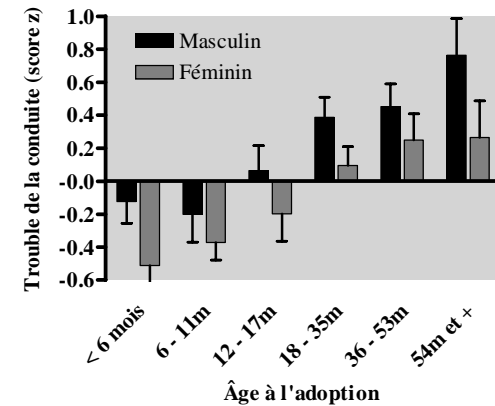


Figure 17. Trouble de la conduite selon l'âge à l'adoption et le sexe de l'enfant

Prévalence des troubles cliniques de socialisation chez les enfants

Alors que les Figures 8 à 17 montrent la variation des problèmes de socialisation selon divers paramètres, le Tableau 5 qui suit indique le pourcentage d'enfants dont le niveau de symptômes atteint un seuil clinique. Ces scores cliniques du CBCL ont été validés suivant les critères du DSM-IV qui est une mesure internationale de symptômes et désordres mentaux utilisée dans les cliniques psychologiques et psychiatriques⁴. Comme nous ne disposons pas, au Québec, d'un échantillon normatif pour tous les âges, nous avons comparé ces taux à des données échantillonnées dans l'ensemble du Québec pour deux groupes d'âge seulement soit 6-7 ans et 10-12 ans.

Tableau 5. Comparaison du pourcentage de troubles du comportement chez des enfants adoptés de l'étranger avec des enfants de la population générale du Québec pour deux groupes d'âges (6-7 ans et 10-12 ans).

	Garçon		Fille		Total	
	Adopté	Non adopté	Adoptée	Non adoptée	Adopté	Non adopté
<i>Groupe des 6-7 ans</i>	<i>(n=42)</i>	<i>(n=139)</i>	<i>(n=92)</i>	<i>(n=146)</i>	<i>(n=134)</i>	<i>(n=301)</i>
Trouble affectif (%)	2,4	4,3	6,9	2,1	5,6	3,0
Trouble anxieux (%)	7,7	6,5	8,0	4,1	7,9	5,0
Trouble somatique(%)	2,6	3,6	4,6	4,1	4,0	4,0
Trouble ADHD (%)	15,4	2,9	6,9	1,4	9,5	2,0
Tr. d'opposition (%)	12,8	5,8	12,6	3,4	12,7	4,7
Tr. de la conduite (%)	7,7	5,8	5,7	2,7	6,3	4,0
<i>Groupe des 10-12 ans</i>	<i>(n=121)</i>	<i>(n=167)</i>	<i>(n=149)</i>	<i>(n=165)</i>	<i>(n=270)</i>	<i>(n=337)</i>
Trouble affectif (%)	12,4	3,6	10,1	3,6	11,1	3,6
Trouble anxieux (%)	11,6	5,4	9,4	3,6	10,4	4,5
Tr. somatique (%)	3,3	5,4	4,0	11,5	3,7	8,6
Trouble ADHD (%)	22,3	1,2	6,7	0,0	13,7	0,6
Tr. d'opposition (%)	15,7	4,2	8,7	2,4	11,9	3,3
Tr. de la conduite (%)	18,2	4,8	3,4	0,6	10,0	3,0

La comparaison avec les enfants du Québec illustre deux faits importants : a) hormis les troubles somatiques où les taux diffèrent peu, les enfants adoptés ont des taux de problèmes plus élevés que les enfants non adoptés du même âge; b) ces différences sont plus importantes avec l'âge des enfants et ce, principalement chez les garçons de l'échantillon alors qu'ils sont relativement stables chez les enfants non adoptés. Chez les filles, les taux de troubles d'opposition et de la conduite sont plus faibles avec le temps, alors que, chez les garçons, tous les taux sont plus élevés à 10-12 ans qu'à 6-7 ans. Ces données suggèrent que l'adaptation sociale à long terme est plus difficile pour les garçons que pour les filles. Il faut cependant interpréter ces données avec prudence car il ne s'agit pas de données longitudinales et il est possible que ces résultats soient le fait de variations dans les conditions d'origine des enfants en fonction de l'époque où ils ont été adoptés.

On observe ainsi des variations importantes dans les taux de prévalence en fonction de l'année de l'adoption c'est-à-dire que certaines années sont associées à davantage de troubles (Figure 18) alors que d'autres ne le sont pas. Par exemple, plus de 15% des enfants adoptés

⁴ Voir en Annexe pour une définition des troubles.

durant les années 1988 et 1989 souffrent de divers troubles, tout comme 13% de ceux adoptés en 1994 et 1995 en comparaison de moins de 4% de ceux adoptés en 1986 et 1987. Les années plus récentes, depuis 1996, ont une moyenne de 7% à 8%, ce qui équivaut aux normes nord-américaines et à la population du Québec pour des enfants non adoptés. De plus, selon les données présentées auparavant, il faut se souvenir que ces troubles présentent d'importantes variations selon l'âge à l'adoption et le sexe des enfants.

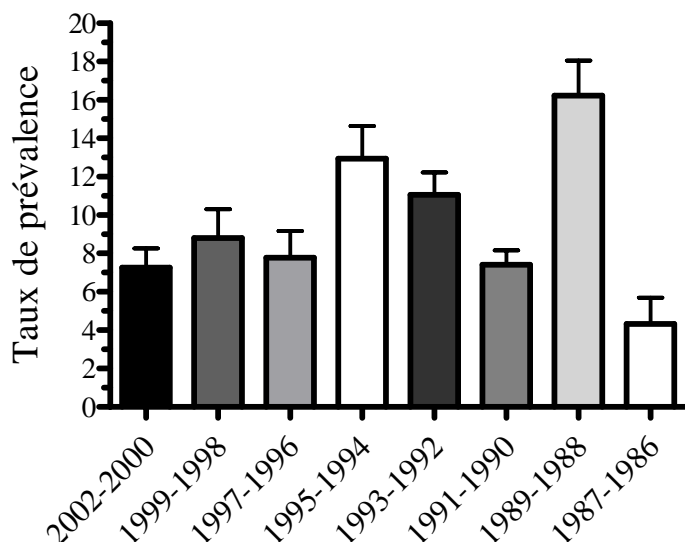


Figure 18. Taux de prévalence de troubles du comportement selon l'année de l'adoption

Enfin, pour vérifier une hypothèse souvent émise dans la littérature scientifique, on a vérifié les liens entre la sécurité d'attachement des enfants et leurs scores au CBCL. Les résultats (non en tableau) sont concluants à l'effet d'une relation élevée et constante entre ces mesures, c'est-à-dire qu'un faible taux de problème de comportement est associé à un score élevé de sécurité chez les enfants et, à l'inverse, les enfants ayant des troubles (niveau clinique) du comportement ont un score de sécurité qui s'écarte de près de un écart-type du score moyen de ceux qui n'ont pas de trouble.

Les enfants adoptés de l'étranger font-ils partie d'une population clinique? La réponse n'est pas simple et plusieurs considérations sont à prendre en compte. Il faut d'abord tenir compte de la cohorte historique : les enfants adoptés plus récemment, depuis les 8 dernières années n'ont pas un taux de problèmes plus élevé que celui de la population d'enfants non adoptés, alors que ceux adoptés à d'autres époques, en 1988-89 par exemple, ont un taux presque 2 fois plus élevé. Il faut aussi tenir compte de l'âge des enfants à l'adoption : les enfants adoptés plus tôt sont moins à risque de développer des troubles. La variable « sexe » des enfants est également déterminante : globalement, les garçons sont plus à risque que les filles de présenter des troubles. Il y a également des contrastes selon certains pays d'origine des enfants. En bref, si on veut adapter des mesures préventives pour cette population il faut tenir compte de plusieurs conditions dans lesquelles les enfants ont été adoptés : les enfants adoptés à certaines époques, de certains pays, à certains âges ont jusqu'à 10 fois plus de risque d'avoir développé des troubles que ceux adoptés à d'autres âges, à d'autres époques et en provenance d'autres pays.

E) Performances académiques des enfants

En moyenne 92,7% des enfants âgés entre 6 et 18 ans sont inscrits dans une classe régulière, 5,3% le sont dans une classe spéciale et 1,9% dans une classe d'immersion linguistique ou autre. Un nombre important d'enfants (17,9%) a déjà doublé au moins une classe au primaire et 14,5% des enfants inscrits au secondaire ont déjà doublé une classe à ce niveau. Ces taux varient de 7,5% à 34,8% selon l'âge à l'adoption ($F(5,749) = 13,68$; $p < 0,001$) et de 12,3% à 25,1% selon le sexe des enfants ($F(1,749) = 6,42$; $p < 0,001$), les garçons obtenant le plus haut taux d'échecs. Présenté autrement, les enfants qui ont déjà doublé une classe ont été adoptés en moyenne à 40,9 mois (garçons ou filles) et les autres l'ont été à 23,6 mois, en moyenne (Figure 19). Ces variations sont significatives après avoir contrôlé pour la durée depuis l'adoption et le pays d'origine. Ces taux sont légèrement supérieurs à ceux du Québec pour des enfants du même âge où 15,4% des enfants du primaire et 10,0% des enfants du secondaire accusent un retard dans leur cheminement scolaire^[21]. Ces différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives. Enfin on observe une grande variation de ce taux selon les pays d'origine ($F(8,751) = 6,44$; $p < 0,001$) avec des taux plus élevés pour les enfants en provenance de la Russie, de la Roumanie et du Mexique (Figure 20) en comparaison de 2,5% à 7,0% pour les pays d'Asie. Ces différences subsistent après un contrôle statistique pour l'âge à l'adoption, le sexe des enfants et la durée depuis l'adoption. Les données indiquent aussi que les enfants adoptés avant 18 mois ont moins d'échecs scolaires (8,9% en moyenne) que les enfants du Québec (population générale), ce qui est aussi le cas des enfants originaires des pays d'Asie (3,7%) et de la Colombie (11,1%).

Les besoins d'aide spécialisée varient de la même façon que les difficultés scolaires : de 20% à 37% ont déjà reçu de l'aide spécialisée au cours de leur scolarité primaire : les variations vont de 3,5% à 6% par année selon l'âge à l'adoption et, de 10% à 49% selon le pays d'origine. Dans 60,1% des cas (qui ont reçu de l'aide), l'aide reçue a consisté en des services d'orthopédagogie ou d'orthophonie, dans 5,0% des cas ce sont des services de psychologie ou de psychiatrie et pour le reste (35%), les enfants ont eu besoin de plus d'un service à la fois.

Les Figures 21 à 24 indiquent les pourcentages d'enfants en situation d'échec pour la langue d'usage dans la famille adoptive (français ou anglais) et pour les mathématiques. Il s'agit ici d'incidences annuelles. On observe de grandes variations dans les pourcentages selon l'âge à l'adoption et le pays d'origine. On notera que les adoptions tardives (> 54 mois) semblent avoir moins d'échecs scolaires que celles entre 18 et 54 mois.

Il pourrait être tentant d'établir, à partir de ces données, un profil de risque par pays; mais ici encore les taux varient considérablement selon diverses conditions qui ont prévalu lors de l'adoption. De la même façon que dans le cas des troubles de comportement social il serait prudent de tenir compte de ces diverses conditions. Les enfants adoptés sont-ils plus à risque de développer des problèmes académiques que les enfants de la population générale du Québec? Dans certaines conditions, oui, et on peut observer jusqu'à 60% de taux d'échecs. Dans d'autres, non, et les taux d'échecs sont beaucoup plus faibles que dans la population d'enfants québécois du même âge. Si l'âge à l'adoption semble être un critère déterminant, cet effet ne favorise pas que les enfants adoptés très tôt; les enfants adoptés après 4 ans par exemple ont, en moyenne, le même faible taux d'échecs en mathématiques que ceux qui ont été adoptés avant 12 mois.

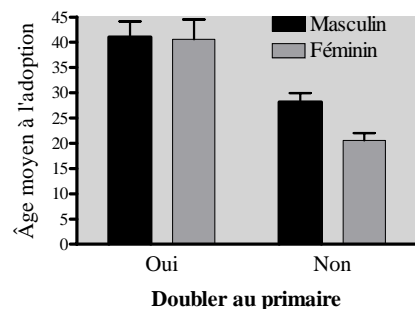


Figure 19. Âge moyen à l'adoption selon le doublement de classe au primaire et le sexe de l'enfant

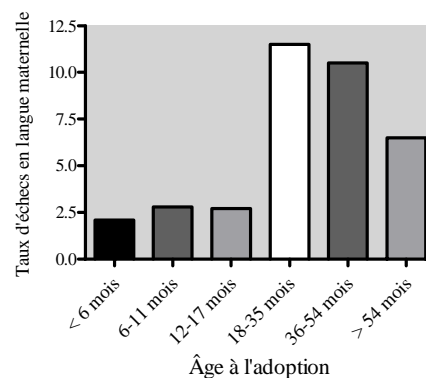


Figure 21. Taux d'échecs dans la langue d'usage selon l'âge à l'adoption

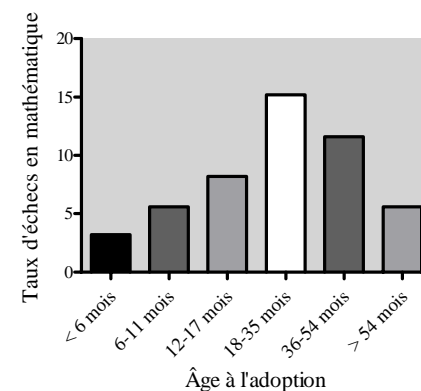


Figure 23. Taux d'échecs en mathématiques selon l'âge à l'adoption

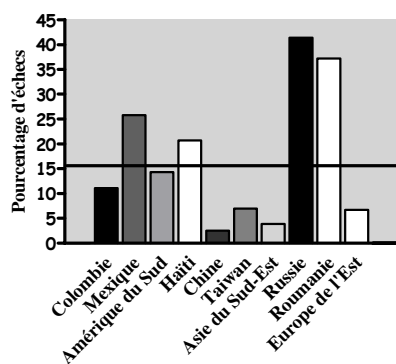


Figure 20. Taux d'échecs au primaire selon le pays d'origine et taux moyen d'échecs au primaire au Québec (ligne horizontale).

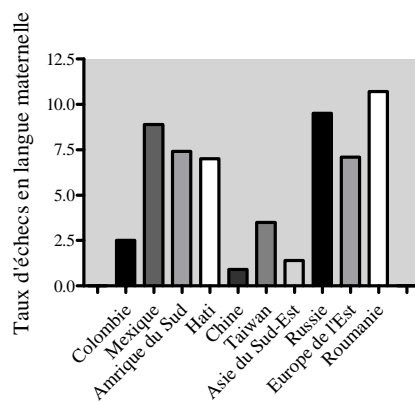


Figure 22. Taux d'échecs dans la langue d'usage selon le pays d'origine.

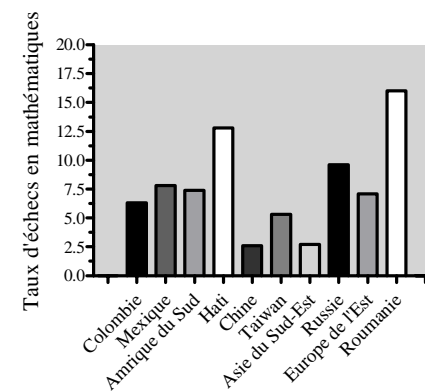


Figure 24. Taux d'échecs en mathématiques selon le pays d'origine.

F. La santé des enfants

Selon les quelques indices rapportés par les parents (Tableau 6), les enfants adoptés apparaissent en bonne santé⁵. Les parents rapportent toutefois avoir constaté chez 12,1% des enfants, une maladie ou un handicap qui n'avait pas été déclaré à l'arrivée⁶. De plus, on ne rapporte que 1,7% des enfants qui auraient été victimes de violence ou d'agression physique, ce qui est un taux bien inférieur à ce que l'on rapporte dans les enquêtes populationnelles de Santé Québec. Enfin, 5,7% des enfants adoptés sont rapportés comme étant victimes de discrimination due à leur race ou ethnie.

Tableau 6. Indicateurs de santé physique de tous les enfants adoptés

	Garçons: N(%)	Filles: N(%)	Total: N(%)
Au cours de la dernière année :			
- Hospitalisation au moins 1 fois	39 (7,2)	42 (5,5)	81 (6,3)
- Médicaments pour l'humeur	71 (13,3)	29 (3,9)	100 (7,8)
- Médicaments pour problème respiratoire	26 (5,0)	33 (4,5)	59 (4,7)
- Médicaments pour autre problème	17 (3,3)	31 (4,2)	48 (3,8)
- Restriction des activités à cause de problème de santé ou de maladie	27 (4,8)	21 (2,8)	47 (3,6)
- Subi accident ou blessure grave	9 (1,7)	13 (1,7)	22 (1,7)
- Victime d'agression ou de violence	14 (2,6)	8 (1,1)	22 (1,7)
- Victime de discrimination raciale	36 (6,7)	37 (4,9)	73 (5,7)
Depuis l'arrivée, maladie ou handicap non déclaré	79 (14,7)	77 (10,3)	156 (12,1)

G. Besoin d'aide des parents

Nous avons interrogé les parents sur leurs inquiétudes et leurs besoins d'aide au sujet de leur enfant. Chez les répondants à cette question, 33,8% disent avoir besoin d'aide au sujet de leur enfant et 14,6% (n = 136) des parents se disent inquiets au sujet de leur enfant. De ces derniers, 49,1% ont déjà consulté un professionnel. Les données sont à l'effet que les besoins varient selon le même profil que la variation des problèmes rapportés précédemment au CBCL : les besoins sont plus grands pour les enfants qui ont été adoptés plus tardivement et aussi pour les garçons qui ont été adoptés avant 6 mois. De plus les besoins d'aide sont plus grands dans l'année qui suit l'adoption en comparaison de la deuxième année; par contre, les besoins redeviennent plus importants au cours de la troisième année suivant l'adoption. On n'est pas informé de la nature des besoins mais le fait d'avoir «bénéficié d'un suivi suite à l'adoption de l'enfant » ne modifie pas ce schéma : les besoins restent les mêmes en fonction de l'âge à l'adoption et de la durée depuis l'adoption. Par ailleurs, 41,7% rapportent avoir bénéficié d'un suivi suite à l'adoption. On ne connaît pas la nature du suivi qui a été offert à ces parents mais 57,9% de ceux qui en ont bénéficié disent avoir encore besoin d'aide.

⁵ Nous n'avons pas les données comparables pour la population d'enfants non adoptés

⁶ Ces problèmes ont pu se déclarer rapidement dès l'arrivée ou apparaître plus tard dans le développement

FAITS SAILLANTS DE L'ÉTUDE.

1. Le taux moyen de réponses à l'enquête est de 44%.
2. Les familles adoptives sont plus âgées et ont plus de ressources (éducation et revenu) que la moyenne des familles du Québec avec des enfants.
3. Le taux de familles adoptives biparentales est plus élevé que celui des familles avec enfant du Québec.
4. Trente pourcent (30%) des enfants adoptés de moins de 6 ans fréquentent (ou ont fréquenté) un CPE ou un autre mode de garde extra familial.

Faits saillants sur le développement socio émotif (relation d'attachement) des enfants adoptés:

5. Les garçons adoptés ont une relation moins sécurisée que les filles du même âge.
6. Les enfants adoptés plus tôt (exposition plus brève) ont un score de sécurité d'attachement plus élevé que les enfants adoptés plus tardivement.
7. Une adoption tardive (36 mois et plus) est associé à un score d'attachement moins sécurisé chez les garçons; ce n'est pas le cas pour les filles.
8. Le score moyen de sécurité d'attachement chez les moins de 6 ans n'est pas différent de celui observé dans des populations d'enfants non adoptés du même âge. Il n'y a pas de données comparatives pour les groupes d'enfants plus âgés.
9. Les conditions de vie des familles adoptives (âge et scolarité des parents, revenu, utilisation de service de garde) ne sont pas liées à la sécurité d'attachement des enfants.

Faits saillants en lien avec l'adaptation sociale des enfants

10. Il y a un effet de protection dû à l'âge des enfants à l'adoption : les enfants adoptés plus tôt sont mieux adaptés socialement que ceux adoptés plus tardivement.
NOTE : L'âge correspondant à la notion de « plus tôt » est arbitraire puisque la relation, entre l'âge à l'adoption et l'indice de problème de comportement est linéaire dans cette enquête.
- 11 Une durée d'exposition très courte (moins de 6 mois) en milieu pré-adoptif a plus d'impact chez les filles que chez les garçons en regard d'éventuels problèmes de comportement.
NOTE : Une adoption hâtive a un effet de protection pour les garçons seulement dans le cas de problèmes de troubles d'externalisation.
- 12 Les garçons ont davantage de troubles d'externalisation que les filles.
NOTE : Ceci correspond à ce qu'on trouve dans une population normale, toute origine confondue.
- 13 Comparé à un échantillon d'enfants du même âge nés au Québec, on trouve un taux plus élevé de troubles du comportement chez les enfants adoptés et la prévalence des troubles a tendance à s'accroître avec l'âge ce qui n'est pas le cas des enfants non adoptés nés au Québec.
NOTE : Dans certaines conditions d'adoption cependant (vg : l'année de l'adoption, l'âge à l'adoption, le pays d'origine) ces taux sont plus faibles que dans la population générale d'enfants du même âge.

- 14 Le taux de prévalence des troubles du comportement est associé à certaines années où ont eu lieu les adoptions. C'est le cas, par exemple, des années 1988 et 1989 ou encore 1994 et 1995.

NOTE : Les 8 dernières années sont associées à des taux plus faibles de troubles du comportement.

Faits saillants en lien avec la scolarisation des enfants

- 15 Le taux moyen d'échecs ou de difficultés scolaires (doubler une année) est le même chez les enfants adoptés que chez l'ensemble des enfants du Québec. La prévalence pour les 6 années du primaire varie de 20% pour les filles à 25% pour les garçons.
- 16 Ces taux sont les mêmes pour l'apprentissage de la langue d'usage (français ou anglais) et des mathématiques.
- 17 Ces taux varient en fonction de l'âge à l'adoption : les enfants adoptés avant 18 mois ont moins d'échecs que les enfants du Québec, de même que ceux adoptés après 4 ans.
- 18 Ces taux varient considérablement selon le pays d'origine.
- 19 La grande majorité des services complémentaires reçus à l'école par les enfants (environ 30% en ont reçu) sont de l'orthophonie ou de l'orthopédagogie.

CONCLUSIONS

Les succès de l'adoption internationale

1. Les parents adoptifs offrent un environnement adéquat au développement des enfants et contribuent à réduire, au cours de la première année qui suit l'adoption, les problèmes de santé et d'adaptation subséquents au déplacement des enfants.
2. Les enfants adoptés ne sont pas une population clinique et ils démontrent, dans l'ensemble, une sécurité d'attachement et une adaptation sociale et scolaire comparable aux enfants de la population générale du Québec.

À surveiller en adoption internationale : besoins de suivi particulier

1. Le passage du temps est associé à une augmentation du taux de prévalence des troubles du comportement. Une approche préventive modulée à la situation particulière des enfants est souhaitable.
2. Les enfants adoptés après 18 mois ont besoin de plus de « guidance » que les enfants adoptés plus tôt.
3. Les enfants adoptés après 54 mois ne sont pas plus en difficulté que les enfants adoptés entre 18 et 36 mois.
4. Les garçons semblent avoir plus de difficultés à s'adapter que les filles.
5. Les enfants en provenance de certains pays semblent davantage à risque pour leur développement social et scolaire.
6. Surveiller de façon particulière les périodes de transition : la première année qui suit l'adoption, l'entrée à l'école et l'organisation d'un réseau d'amitiés, l'entrée au secondaire (et l'entrée dans l'adolescence) et les comportements de retrait social de même que les sentiments de solitude.

À éviter en parlant d'adoption internationale

1. Faire d'emblée une mauvaise réputation à certains pays d'origine ou à certains âges pour l'adoption. Même si les moyennes obtenues dans cette enquête indiquent certaines situations à risque, tout projet d'adoption est unique et peut donner d'excellents résultats.
2. Penser que les parents sont incapables de mener à bien leur projet sans intervention clinique.
3. Porter des conclusions hâtives sur la sécurité d'attachement des enfants. La première année qui suit l'adoption en est une de construction de cette relation. Tout comme dans un processus non adoptif, les enfants et les parents mettent du temps à construire une relation de confiance et on doit éviter de parler d'attachement insécurisé avant au moins une année suivant l'adoption.

À développer pour optimiser les chances de succès

1. Outiller les parents qui adoptent dans une situation plus « à risque » comme dans certains pays ou à certains âges.
2. Mieux faire connaître les caractéristiques du milieu d'origine (qui peuvent varier beaucoup dans un même pays) et en informer les parents.
3. Aider les parents à ajuster leurs attentes et penser l'adoption comme un projet à long terme.
4. Développer des services spécialisés pour des besoins spécifiques.

5. Organiser un suivi post-adoption hâtif adapté à l'âge à l'adoption, au sexe des enfants et à la durée depuis l'adoption.
6. Organiser un suivi post-adoption à long terme pour les situations cliniques évolutives.

Conclusions générales et synthèse

Les données de l'enquête indiquent une très grande variabilité dans l'adaptation sociale et scolaire des enfants qui ont été adoptés depuis 1985 au Québec. Ce portrait varie d'abord en fonction de l'âge des enfants à l'adoption et de leur pays d'origine. Ces deux paramètres témoignent indirectement des conditions de vie des enfants avant l'adoption. Les résultats suggèrent que ces derniers ont parfois manqué de soins de qualité et ont vécu dans des conditions précaires durant une période de temps trop longue mais, à l'inverse, ils suggèrent aussi que certaines conditions de vie pré adoptives ont été favorables au développement des enfants. Une autre hypothèse non négligeable pour expliquer ces résultats est que certains enfants ont développé une force particulière pour faire face à des conditions adverses (hypothèse de résilience) alors que d'autres ont été soumis à des conditions qui dépassaient leurs capacités d'adaptation. La variable « sexe de l'enfant » est aussi une composante individuelle non négligeable dans la capacité adaptative des enfants. Une adoption hâtive ou tardive ne joue pas le même rôle pour les garçons et pour les filles et la protection envisagée par une adoption hâtive semble d'abord agir sur les vulnérabilités des enfants comme, par exemple, sur les troubles internalisés chez les filles et les troubles externalisés pour les garçons.

La question de la relation d'attachement des enfants avec leurs parents, importante dans cette étude, a produit des résultats assez clairs. Cette population d'enfants adoptés n'est pas plus à risque de développer un attachement insécurisé que les enfants de la population générale. Ici encore, des nuances s'imposent en regard de l'âge à l'adoption et du sexe des enfants mais il ne s'agit pas, dans l'ensemble, d'une population clinique et il n'est pas indiqué de préparer des interventions massives pour rehausser la qualité de la relation d'attachement. Les résultats de l'enquête sont importants à cet égard car la littérature scientifique et les commentaires de certains cliniciens ont tendance à tracer un portrait plus sombre de la situation. Les raisons principales qui distinguent cette étude des autres est que, d'une part, il s'agit d'un échantillon de toute la population et non d'un échantillon clinique en consultation et que, d'autre part, nous avons recruté un échantillon de divers pays et non de un ou deux pays dont les enfants ont vécu des situations hautement dommageables, comme c'est le cas dans les nombreux travaux qui ont étudié des enfants adoptés de la Roumanie dans les années 90.

Enfin, les difficultés rapportées soit dans la relation d'attachement, soit dans le processus de socialisation, soit dans le rendement académique des enfants ne sont pas reliées aux diverses caractéristiques socio économiques des familles adoptives. Ceci rejoint les conclusions, quelquefois rapportées dans les publications scientifiques, que les parents adoptifs offrent, dans l'ensemble, à leurs enfants, des opportunités de développement et une qualité de soins qui favorisent leur épanouissement et leur capacité à récupérer les retards qu'ils ont pu accumuler en milieu pré adoptif.

Références

1. Serbin, L., *Research on international adoption: Implications for developmental theory and social policy*. International Journal of Behavioral Development, 1997. **20**: p. 83-92.
2. Beaulne, G., Lachance, J.F., *Les adoptions internationales au Québec. Évolution de 1990 à 1999 et portrait statistique de 1999*. 2000, Québec: Secrétariat à l'adoption internationale, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.
3. Bowlby, J., *Maternal care and mental health*. 1951, WHO: Geneva.
4. O'Connor, T.G., et al., *Child-parent attachment following early institutional deprivation*. Development and Psychopathology, 2003. **15**: p. 19-38.
5. O'Connor, T.G., et al., *The English and Romanian adoptees study team : The effects of global severe privation on cognitive competence : Extension and longitudinal follow-up*. Child Development, 2000. **71**: p. 376-390.
6. Rutter, M., *Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation*. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. J Child Psychol Psychiatry, 1998. **39**(4): p. 465-76.
7. Rutter, M., T.G. O'Connor, and the ERA Team., *Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of romanian adoptees*. Developmental Psychology, 2004. **40**(1): p. 81-94.
8. Groze, V. and D. Ileana, *A follow-up study of adopted children from Romania*. Child and Adolescent Social Work Journal, 1996. **13**: p. 541-564.
9. Marcovitch, S., et al., *Determinants of behavioral problems in Romanian children adopted in Ontario*. International Journal of Behavioural Development, 1997. **20**: p. 17-31.
10. Chisholm, K., *A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages*. Child Dev, 1998. **69**(4): p. 1092-106.
11. Juffer, F., et al., *Early intervention in adoptive families: supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence*. J Child Psychol Psychiatry, 1997. **38**(8): p. 1039-50.
12. Juffer, F. and L.G. Rosenboom, *Infant-mother attachment of internationally adopted children in the Netherlands*. International Journal of Behavioural Development, 1997. **20**: p. 93-107.
13. Verhulst, F.C., M. Althaus, and H.J. Versluis-den Bieman, *Problem behavior in international adoptees: I. An epidemiological study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1990. **29**(1): p. 94-103.
14. Verhulst, F.C., M. Althaus, and H.J. Versluis-den Bieman, *Problem behavior in international adoptees: II. Age at placement*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1990. **29**(1): p. 104-11.
15. Plomin, R. and J.C. De Fries, *Origins of individual differences in infancy. The Colorado adoption project*. 1985, New York: Academic Press.
16. Tizard, B., *Intercountry adoption: a review of the evidence*. J Child Psychol Psychiatry, 1991. **32**(5): p. 743-56.
17. Stams, G.J., et al., *The development and adjustment of 7-year-old children adopted in infancy*. J Child Psychol Psychiatry, 2000. **41**(8): p. 1025-37.
18. Waters, E., et al., *Caregiving, Cultural and Cognitive Perspectives on Secure-Base Behaviour and Working Models: New Growing Points of Attachment Theory and Research*. Monograph of the Society for Research in Child Development, 1995. **60**(2-3, Serial No. 244).
19. Achenbach, T.M. and L.A. Rescorla, *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. 2000, Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

20. Kerns, K.A., Aspelmeier, J.E., Gentzler, A.L., Grabill, C.M., *Parent-child attachment and monitoring in middle childhood*. Journal of Family Psychology, 2001. **15**: p. 69-81.
21. Ministère de l'éducation du Québec., *Indicateurs de l'éducation 2003*. 2003, Québec: Gouvernement du Québec.

Annexe 1 Définition des troubles rapportés au CBCL

Troubles d'internalisation:

Ces troubles incluent, dans cette étude, les troubles de l'affect, les troubles anxieux et, pour les enfants de moins de 6 ans, les troubles envahissant du développement.

Trouble de l'affect :

Ce trouble est relié à l'expérience affective du jeune enfant et à son expression comportementale. Ce trouble est associé à des difficultés de relation ou d'interaction non seulement avec la/les personnes qui donnent habituellement les soins mais aussi avec d'autres personnes et dans divers contextes. C'est un trouble de l'expression émotionnelle non spécifique. Les enfants qui présentent ce trouble ne présentent pas de retard majeur de développement ni de problèmes constitutionnels ou de maturation significatifs.

Trouble anxieux

Une des manifestations spécifiques du trouble de l'affect, ce trouble se manifeste par des niveaux excessifs d'anxiété ou de peur, au-delà des réactions attendues lors des étapes normales de développement, et se manifestant d'une des façons suivantes (liste non exhaustive):

Peurs multiples ou spécifiques;

Angoisse de séparation ou peur de l'étranger excessive;

Inhibition ou restriction importante de comportements;

Agitation, peurs ou cris irrépessibles, troubles du sommeil ou de l'appétit

Trouble envahissant du développement :

Ces troubles se caractérisent par des déficits sévères et une altération envahissante de nombreux secteurs du développement. Il s'agit d'une altération des interactions sociales réciproques, d'une altération de la communication, et de la manifestation de comportements, intérêts et activités stéréotypés. Le taux de prévalence est de moins de 10 cas par 10 000 (0,01%).

Troubles d'externalisation:

Ces troubles incluent, dans cette étude, les troubles d'attention avec hyperactivité (ADHD), les troubles de la conduite et les troubles d'opposition.

Troubles de l'attention avec hyperactivité (ADHD) :

Se caractérise par des symptômes prédominants d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité plus sévères et plus fréquents que ce qu'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire. Ces enfants peuvent se montrer incapables de porter attention aux détails, ou faire des fautes d'étourderie dans leurs diverses tâches dont notamment les devoirs scolaires. Le taux de prévalence est estimé entre 3% et 5% chez les enfants d'âge scolaire.

Troubles de la conduite :

Ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant. Les enfants atteints déclenchent souvent des hostilités ou répondent agressivement aux autres. Ils peuvent se montrer brutaux ou avoir des comportements d'intimidation. Le taux varie dans la populations de 6% à 16% chez les garçons et de 2% à 9% chez les filles.

Troubles de l'opposition :

Se caractérise par un ensemble récurrent de comportements négativistes, hostiles, provocateurs et désobéissants envers les personnes en autorité. Ces comportements sont durables et se manifestent par de l'obstination, par une résistance à suivre les consignes et par le refus de faire des compromis, de céder ou de transiger avec les adultes ou avec les pairs. Le taux de prévalence du trouble peut varier de 2% à 16% selon la population étudiée.
