L'ADOPTION D'ENFANTS DOMICILIÉS AU QUÉBEC :

portrait de la trajectoire des jeunes adoptés, de leurs familles et des services

Sous la direction de Geneviève Pagé, Doris Chateauneuf et Patricia Germain

Rapport présenté au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Juin 2026

CONTRIBUTIONS

Chercheuses principales

Geneviève Pagé[1]
Doris Chateauneuf[2]
Patricia Germain[3]

Coordonnatrices

Ariane Daviault[1]
Angela Maria Esquivel[3]
Roxanne Brault[3]
Daphné Fallu[1]

Analystes

Audrey Gauthier-Légaré[2]
Marie-Noële Royer[4]

Autres professionnel·les et auxiliaires de recherche (en ordre alphabétique)

Chrystal Assee
Emma Bouffard
Héléna Cantin
Béatrice Decaluwe
Claudia Fournier
Anouk Frève-Guérin
Rosemarie Harvey
Angélik Lepage-Cabeceiras
Camille Marchand
Vanessa Paquin
Amilie Paradis
Maude Plouffe
Gabrielle Ross
Florence Roy
Nadine Sirois
Xavier Reynard
Lyzanne Thibeault
Karine Tremblay

Financement

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

[1] Département de travail social, Université du Québec en Outaouais
[2] Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN)
[3] Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières
[4] Institut universitaire Jeunes en difficulté, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-sud-de-l'Ile-de-Montréal (CCSMTL)

Édition

Université du Québec en Outaouais

Citation suggérée

Pagé G., Chateauneuf, D. et Germain, P. (dir). (2026). *L'adoption d'enfants domiciliés au Québec : portrait de la trajectoire des jeunes adoptés, de leurs familles et des services*. Rapport déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 304 pages.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
Bibliothèque et Archives Canada, 2026
ISBN (PDF): 978-2-89251-671-5
© Université du Québec en Outaouais, 2026

TABLE DES MATIÈRES

Contributions ii
Table des matières iv
Liste des tableaux x
Liste des figures xiii
Liste des sigles, acronymes et abréviations xvi
Chapitre 1. Mise en contexte 1
1.1. L'adoption locale au Québec : un aperçu 1
1.2. Pourquoi entreprendre une recherche sur l'adoption québécoise? 2
Chapitre 2. État des connaissances et objectifs 4
2.1. L'adoption dans le cadre de la protection de la jeunesse au Québec 4
2.1.1. L'adoption régulière et l'adoption par le programme banque mixte 4
2.1.2. Les étapes juridiques de l'adoption 5
2.1.3. Les fondements du programme banque mixte 5
2.1.4. L'adoption en protection de l'enfance au Québec et au Canada 6
2.2. Le profil des membres de la triade adoptive 7
2.2.1. Caractéristiques et profils des enfants adoptés 7
2.2.2. Profil et caractéristiques des adoptants 11
2.2.3. Profil et caractéristiques des parents d'origine 14
2.3. Les enjeux d'accompagnement et d'accès aux services post-adoption 16
2.3.1. Les enjeux de stabilité et de permanence de l'adoption comme projet de vie 16
2.3.2. Les besoins des familles adoptives sur le plan du soutien post-adoption 17
2.3.3. Les services post-adoption au Québec 19
2.3.4. L'utilisation des services post-adoption 19
2.4. Objectifs 20
Chapitre 3. Méthodologie 22
3.1. Volet 1 22
3.1.1. Portrait provincial de toutes les adoptions québécoises entre 2007 et 2022 22
3.1.2. Portrait détaillé d'un échantillon d'enfants adoptés dans trois régions du Québec entre 2017 et 2022 25
3.1.3. Stratégie d'analyse des données 29
3.1.4. Considérations éthiques 29
3.2. Volet 2 31
3.2.1. Questionnaires en ligne (données quantitatives) 31
3.2.2. Entrevues sous forme de récits de vie (données qualitatives) 34
3.2.3. Considérations éthiques 39
Chapitre 4. Portrait provincial des adoptions québécoises entre 2007 et 2022 41
4.1. Données sociodémographiques concernant l'enfant et son milieu familial d'origine 41
4.2. La trajectoire d'adoption 46

4.3 La trajectoire des enfants dans les services LPJ 49
4.4. La trajectoire post-adoption (services LPJ et LSJPA) 55
Que doit-on retenir du portrait provincial des enfants adoptés au Québec entre 2007 et 2022? 62
Chapitre 5. Portrait détaillé des adoptions dans trois régions du Québec (2017-2022) 64
5.1. Profil des enfants adoptés 65
5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques 65
5.1.2. Prise en charge par les services en protection de la jeunesse (PJ) 65
5.1.3. Trajectoires de placement 66
5.1.4. Contacts parents-enfants pendant le placement 68
5.1.5. Difficultés rencontrées par les parents adoptifs relativement au placement 71
5.2. Informations relatives aux familles d'origine 75
5.2.1. Profil et caractéristiques sociodémographiques des parents d'origine 75
5.2.2. Structure de la famille d'origine 76
5.2.3. Problématiques vécues par les parents d'origine 78
5.2.4. Caractéristiques de la fratrie d'origine 81
5.3. Profil et caractéristiques des parents adoptifs 84
5.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des parents adoptifs 84
5.3.2. Motivations à l'origine du projet d'adoption 88
5.3.3. Fratrie adoptive 90
5.4. Informations sur le processus d'adoption 92
5.4.1. Le type d'adoption et de milieu d'accueil 92
5.4.2. Les différentes étapes du processus juridique menant à l'adoption 93
5.4.2. Motifs de consentement à l'adoption des parents d'origine 96
5.4.4. Informations concernant l'entente de communication post-adoption 97
Que doit-on retenir du portrait détaillé des enfants adoptés (portrait régional)? 99
Chapitre 6. Résultats des questionnaires complétés par les parents adoptifs 101
6.1. Questionnaire principal 101
6.1.1. Données sociodémographiques concernant les parents adoptifs répondants 101
6.1.2. Données sur les enfants des parents adoptifs répondants 104
6.1.3. Période préadoptive 109
6.1.4. Besoins et utilisation de services en lien avec l'adoption 114
6.1.5. Impact de l'adoption sur les parents répondants 117
Que doit-on retenir des questionnaires complétés par les parents adoptifs? 119
6.2. Questionnaire sur le parcours d'adoption 121
6.2.1. Caractéristiques des enfants adoptés 121
6.2.2. Caractéristiques du milieu familial adoptif 122
6.2.3. Contacts avec la famille d'origine avant l'adoption 124
6.2.4. Communication à propos de l'adoption 129
6.2.5. L'adoption transraciale 131
6.2.6. La relation avec l'enfant adopté en contexte québécois 132

6.2.7. L'implication de la DPJ post-adoption 134
6.2.8. Ententes de communication post-adoption 134
Que doit-on retenir concernant le parcours d'adoption selon le point de vue des parents adoptifs? 137
6.3. Questionnaire sur le parcours scolaire, les services et les retrouvailles 139
6.3.1. Parcours scolaire 139
6.3.2. Besoins et utilisation des services pour l'enfant adopté 142
6.3.3. Retrouvailles 145
Que doit-on retenir du parcours scolaire, des services et des retrouvailles pour les enfants adoptés? 147
Chapitre 7. Résultats des questionnaires complétés par les personnes adoptées adultes 149
7.1. Données sociodémographiques concernant les personnes adoptées adultes répondantes 149
7.2. Portrait de la famille adoptive 152
7.3. Consommation de substances psychoactives et comportements à risque dans l'enfance et l'adolescence 154
7.4. Cheminement scolaire et professionnel des personnes adoptées adultes 156
7.5. Relations avec les parents adoptifs et les pairs 159
7.6. Expérience comme personne adoptée 161
7.7. Curiosité par rapport aux origines et contacts post-adoption avec la famille d'origine 165
7.8. Besoins et utilisation des services par les personnes adoptées 168
Que doit-on retenir des questionnaires complétés par les personnes adoptées adultes? 170
Chapitre 8. Entrevues qualitatives avec les membres de la triade adoptive 172
8.1 Résultats des entrevues avec les parents adoptifs 172
8.1.1. Motivations à adopter 172
8.1.2. Préparation à l'adoption 173
8.1.3. Expérience de l'évaluation psychosociale 174
8.1.4. Parcours de vie pré-placement de l'enfant 175
8.1.5. Aspects sociaux et judiciaires du processus d'adoption 176
8.1.6. Contacts de l'enfant avec la famille d'origine avant l'adoption 177
8.1.7. Relations entre la famille adoptive et la famille d'origine 178
8.1.8. Services formels hors DPJ 179
8.1.9. Relations avec les personnes intervenantes de la DPJ 180
8.1.10. Représentations du système 181
8.1.11. Soutien informel et réactions de l'entourage 182
8.1.12. Parcours scolaire de l'enfant 183
8.1.13. Services DPJ après l'adoption 184
8.1.14. Représentations de l'enfant adopté 184
8.1.15. Relations familiales adoptives 185
8.1.16. Ouverture des parents adoptifs par rapport à l'adoption et aux origines 186

8.1.17. Contacts post-adoption et retrouvailles 187
8.1.18. Transition de l'enfant vers l'autonomie 188
8.1.19. Recommandations 188
Que doit-on retenir des entrevues avec les parents adoptifs? 190
8.2. Résultats des entrevues avec les personnes adoptées adultes 192
8.2.1. Connaissances liées à la famille d'origine et les raisons de l'adoption 192
8.2.2. Arrivée dans la famille adoptive 193
8.2.3. Relations avec la famille d'origine avant l'adoption 193
8.2.4. Relations avec la famille adoptive 194
8.2.5. Parcours scolaire 194
8.2.6. Amitiés et relations amoureuses 195
8.2.7. Services reçus 196
8.2.8. Identité adoptive 197
8.2.9. Curiosité en lien avec les origines et retrouvailles 198
8.2.10. Recommandations 199
Que doit-on retenir des entrevues avec les personnes adoptées adultes? 200
8.3. Résultats des entrevues avec les parents d'origine 201
8.3.1. Relation et contact avec l'enfant avant le placement 202
8.3.2. Arrivée de la DPJ 202
8.3.3. Situation au moment du placement 203
8.3.4. Services reçus pendant le placement 203
8.3.5. Soutien informel pendant le placement 204
8.3.6. Contacts pendant le placement 205
8.3.7. Processus d'adoption 205
8.3.8. Représentations et relations avec la famille d'accueil banque mixte 206
8.3.9. Relations avec les intervenants de la DPJ 206
8.3.10. Représentations du système de protection de la jeunesse 207
8.3.11. Expériences du tribunal 207
8.3.12. Contacts post-adoption 208
8.3.13. Représentations des retrouvailles 208
8.3.14. Représentations du rôle parental post-adoption 209
Que doit-on retenir des entrevues avec les parents d'origine? 209
8.4. Similarités et divergences entre les expériences des membres de la triade adoptive 210
Chapitre 9. Résultats concernant la santé des personnes adoptées 212
9.1. Données de santé chez les enfants adoptés à partir du portrait régional 212
9.1.1. Données de santé du rapport de naissance disponible dans le dossier d'adoption 212
Que doit-on retenir des données de santé dans le portrait régional? 220
9.2. Perceptions de la santé de la personne adoptée : résultats des questionnaires en ligne 220
9.2.1. Données de santé : questionnaire complété par la personne adoptée 220
9.2.2. Données de santé : questionnaire complété par les parents adoptifs 229

Que doit-on retenir des données de santé rapportées par les personnes adoptées et les parents adoptifs dans les questionnaires? 240
9.3. Entrevues qualitatives auprès des personnes adoptées et des parents adoptifs 240
9.3.1. Entrevues avec les personnes adoptées 243
Que doit-on retenir des entrevues avec les personnes adoptées? 247
9.3.2. L'expérience des parents adoptifs 247
Que doit-on retenir des entrevues avec les parents adoptifs ? 255
Chapitre 10 Regards croisés sur les résultats 256
10.1 portrait et expérience des personnes adoptées 257
10.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enfants adoptés 257
10.1.2. Trajectoire de placement et d'adoption 257
10.1.3. Retour dans les services de protection de la jeunesse après l'adoption 258
10.1.4. Santé des personnes adoptées dans l'enfance et à l'âge adulte 259
10.1.5. Parcours scolaire 260
10.1.6. Comportements à risque à l'adolescence 261
10.1.7. Relations sociales des personnes adoptées 261
10.1.8. Identité adoptive et ouverture communicationnelle en adoption 262
10.2. Portrait et expérience des parents d'origine 263
10.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des parents d'origine 263
10.2.2. La santé périnatale des mères d'origine 264
10.2.3. Problématiques psychosociales vécues par les parents d'origine 265
10.2.4. Les motivations à consentir à l'adoption de leur enfant 265
10.2.5. La détresse des parents d'origine 266
10.3. Portrait et expérience des parents adoptifs 266
10.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des parents adoptifs 266
10.3.2. Les motivations à adopter 267
10.3.3. Le processus d'évaluation et la préparation à l'accueil de l'enfant 268
10.3.4. La transition lors de l'arrivée de l'enfant dans la famille 269
10.3.5. L'état de santé de l'enfant 269
10.3.6. Relations avec le personnel intervenant de la DPJ 269
10.3.7. Impacts de l'adoption sur les parents adoptifs 270
10.4 Les relations entre les membres de la triade adoptive 271
10.4.1. Contacts entre l'enfant et ses parents d'origine avant l'adoption 271
10.4.2. La communication à propos de l'adoption au sein de la famille adoptive 272
10.4.3. Les relations au sein de la famille adoptive 272
10.4.4. Les contacts post-adoption entre la famille adoptive et la famille d'origine 273
10.5. Besoins de services post-adoption des familles adoptives 275
10.6. Forces et limites de l'étude 276
Chapitre 11. Pistes de réflexion et d'action 278
11.1 Favoriser l'interdisciplinarité en adoption 278

11.2. Faciliter l'accès à l'information concernant les conditions périnatales de l'enfant 278
11.3. Concevoir les services en adoption dans la continuité (et non de manière fragmentée) .. 279
11.4. Faciliter l'accès aux données et aux membres de la triade adoptive pour la recherche ... 280
Références 282

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques des parents adoptifs rencontrés en entrevue 35
Tableau 2. Caractéristiques des personnes adoptées adultes rencontrées en entrevue 37
Tableau 3. Caractéristiques des parents d'origine rencontrés en entrevue 37
Tableau 4. Nombre d'enfants adoptés par établissement 41
Tableau 5. Âge de l'enfant au 31 mars 2022 (fin de l'observation) 42
Tableau 6. Origines ethnoculturelles des enfants adoptés 42
Tableau 7. Identification des parents d'origine dans le système PIJ 43
Tableau 8. Âge des parents d'origine au moment de la naissance de l'enfant 44
Tableau 9. Informations concernant le décès des parents d'origine 44
Tableau 10. Caractéristiques des membres de la fratrie d'origine 46
Tableau 11. Moyens d'obtention de l'admissibilité à l'adoption 47
Tableau 12. Âge des enfants au moment des différentes étapes liées au processus d'adoption 48
Tableau 13. Délais entre les étapes du processus d'adoption 48
Tableau 14. Type de signalant 49
Tableau 15. Motifs de compromission durant la prise en charge 49
Tableau 16. Nombre de motifs de compromission durant la prise en charge 50
Tableau 17. Mesures ordonnées par le tribunal avant l'admissibilité à l'adoption 52
Tableau 18. Nombre de personnes intervenantes à l'application des mesures 52
Tableau 19. Indice de discontinuité relationnelle à l'application des mesures 53
Tableau 20. Âge de l'enfant en mois au début du premier placement 54
Tableau 21. Nombre de milieux substituts différents 54
Tableau 22. Nombre de réunifications familiales avant l'OPA 55
Tableau 23. Milieu de placement au moment de l'adoption 55
Tableau 24. Caractéristiques associées aux services LPJ après le jugement d'adoption 56
Tableau 25. Âge de l'enfant au premier signalement retenu après le jugement d'adoption 56
Tableau 26. Motif principal de compromission du premier signalement retenu après le jugement d'adoption 57
Tableau 27. Délai en années entre le jugement d'adoption et le premier signalement retenu post-adoption 58
Tableau 28. Caractéristiques associées au placement après le jugement d'adoption 58
Tableau 29. Nombre de milieux substituts différents après le jugement d'adoption 59
Tableau 30. Nombre de réunifications familiales après le jugement 59
Tableau 31. Motif de fin du dernier placement post-adoption 60
Tableau 32. Caractéristiques associées aux services LSJPA après le jugement d'adoption 61
Tableau 33. Nombre d'enfants de la cohorte ayant reçu des mesures relatives aux services LSJPA 61
Tableau 34. Lieux des différentes collectes de données 64
Tableau 35. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon 65
Tableau 36. Nombre de motifs de compromission liés à la période de prise en charge du DPJ ayant mené à l'adoption 65
Tableau 37. Nombre de motifs de compromission 66

Tableau 38. Caractéristiques du premier milieu de vie de l'enfant 66
Tableau 39. Nombre de milieux substituts différents avant le jugement d'adoption 67
Tableau 40. Profils de trajectoires de placement des enfants adoptés 68
Tableau 41. Contacts ordonnés ou prévus entre l'enfant et ses parents d'origine 69
Tableau 42. Contacts réels entre l'enfant et ses parents d'origine 70
Tableau 43. Âge de l'enfant au moment du dernier contact avec ses parents d'origine 71
Tableau 44. Difficultés rencontrées par les parents adoptifs relativement au placement 72
Tableau 45. Âge des parents d'origine à la naissance de l'enfant 76
Tableau 46. Statut conjugal du parent d'origine 77
Tableau 47. Sources de revenus du parent d'origine 77
Tableau 48. Problématiques à l'enfant du parent d'origine 78
Tableau 49. Problématiques psychosociales du parent d'origine notées au dossier 79
Tableau 50. Problématiques de santé mentale ou neurodéveloppementales documentées des mères et pères 80
Tableau 51. Caractéristiques des membres de la fratrie d'origine 82
Tableau 52. Caractéristiques du milieu de vie de la fratrie d'origine 82
Tableau 53. Caractéristiques sociodémographiques des parents adoptifs 85
Tableau 54. Âge des parents adoptifs au moment de l'adoption 86
Tableau 55. Revenu annuel familial des familles adoptives 86
Tableau 56. Problématiques ou antécédents de l'enfant pour lesquels les parents adoptifs ont mentionné ne pas être à l'aise 88
Tableau 57. Motivations des adoptants à l'origine du projet d'adoption 88
Tableau 58. Type de lien entre le membre de la fratrie et les parents adoptifs 91
Tableau 59. Données sur le prénom et le nom de l'enfant à la suite de l'adoption 93
Tableau 60. Âge des enfants lors des différentes étapes du processus d'adoption 94
Tableau 61. Délais entre les différentes étapes du processus d'adoption 94
Tableau 62. Caractéristiques de l'admissibilité à l'adoption 95
Tableau 63. Caractéristiques du lien de filiation lors de l'OPA 95
Tableau 64. Motifs de consentement à l'adoption des parents d'origine 96
Tableau 65. Entente de communication post-adoption 98
Tableau 66. Âge, genre et origines ethnoculturelles des parents adoptifs répondants 102
Tableau 67. Plus haut niveau de scolarité complété, occupation et revenu familial des parents adoptifs répondants 103
Tableau 68. Région administrative et état civil 104
Tableau 69. Caractéristiques du lien de filiation des parents répondants avec leurs enfants 105
Tableau 70. Sexes et âge des enfants adoptés 109
Tableau 71. Motivations pour l'adoption québécoise 109
Tableau 72. Établissement d'attache 110
Tableau 73. Établissement où s'est réalisé le projet d'adoption 122
Tableau 74. Âge de l'enfant à son arrivée dans la famille 122
Tableau 75. Présence d'autres enfants dans la famille au moment de l'arrivée de l'enfant 123
Tableau 76. Temps écoulé entre le début des démarches et l'arrivée de l'enfant 123

Tableau 77. Contacts de l'enfant en FAB/FA/FAP avec sa famille d'origine avant le jugement d'adoption 126
Tableau 78. Durée des contacts entre l'enfant et sa famille d'origine avant le jugement d'adoption 127
Tableau 79. Membres de la famille d'origine avec lesquels les parents adoptifs ont été en contact avant le jugement d'adoption 127
Tableau 80. Résultats à l'échelle *Belonging and Emotional Security Tool* (BEST) 133
Tableau 81. Incidents d'agression des enfants adoptés à l'endroit de leurs parents adoptifs 133
Tableau 82. Membres de la famille d'origine impliqués dans l'entente de communication post-adoption 135
Tableau 83. Niveau de scolarité de l'enfant adopté 139
Tableau 84. Changements d'école au primaire et/ou au secondaire 140
Tableau 85. Difficultés justifiant le cheminement en classe spécialisée 140
Tableau 86. Membres de la famille d'origine concernées par les démarches de retrouvailles 145
Tableau 87. Âge de l'enfant au moment des démarches de retrouvailles 146
Tableau 88. Âge, genre et origines ethnoculturelles des personnes adoptées 150
Tableau 89. Lieu de résidence, occupation et revenu familial 150
Tableau 90. État civil et statut parental 151
Tableau 91. Types d'adoption, établissement où l'adoption s'est finalisée et décennie d'adoption 152
Tableau 92. Âge à l'arrivée dans la famille adoptive 153
Tableau 93. Informations concernant les parents adoptifs 153
Tableau 94. Informations sur la fratrie adoptive 154
Tableau 95. Comportements à risque dans l'enfance et l'adolescence 156
Tableau 96. Niveau d'études actuelles et le plus haut niveau de scolarité complété 156
Tableau 97. Cheminement scolaire particulier de la personne adoptée 157
Tableau 98. Changement d'école au primaire et/ou au secondaire 157
Tableau 99. Dévoilement du statut d'adoption en contexte scolaire et niveau de satisfaction 158
Tableau 100. Résultats à l'échelle *Belonging and Emotional Security Tool* (BEST) 159
Tableau 101. Incidents d'agression par les personnes adoptées envers leurs parents adoptifs 160
Tableau 102. Soutien social perçu 161
Tableau 103. Réflexion et préoccupation de la personne adoptée par rapport à son adoption 162
Tableau 104. Expériences de rejet, de moqueries ou d'intimidation 163
Tableau 105. Score moyen obtenu à l' *Adoption Communication Openness Scale* (ACOS) 164
Tableau 106. Fréquence d'utilisation de différentes sources d'information 164
Tableau 107. Démarches de recherche des origines entreprises ou envisagées 166
Tableau 108. Contacts avec un ou plusieurs membres de sa famille d'origine depuis l'adoption 167
Tableau 109. Fréquence d'utilisation de différentes sources d'information 169
Tableau 110. Connaissance et utilisation des services en adoption 170

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Nombre de membres de la fratrie d'origine au moment de l'admissibilité à l'adoption ... 45
Figure 2. Reconnaissance de parents (en %) ... 75
Figure 3. Le nombre de frères et sœurs (incluant les demi-frères et les demi-sœurs) ... 81
Figure 4. Présence de contacts avec la fratrie d'origine ... 84
Figure 5. Structure de la famille adoptive au moment de l'ordonnance de placement en vue d'adoption ... 87
Figure 6. Nombre d'enfants présents au domicile de la famille adoptive ... 91
Figure 7. Type d'adoption ... 92
Figure 8. Nombre d'enfants par parent répondant ... 105
Figure 9. Liens de sang entre les enfants adoptés ... 106
Figure 10. Adoption avec leur partenaire actuel·le ... 107
Figure 11. Statut de famille d'accueil des parents adoptifs répondants ... 107
Figure 12. Origines ethnoculturelles des enfants adoptés ... 108
Figure 13. Type d'adoption québécoise par enfant ... 108
Figure 14. Rencontres d'information ... 111
Figure 15. Formation préparatoire suivie par les parents répondants ... 112
Figure 16. Degré de satisfaction face au soutien reçu de la DPJ ... 112
Figure 17. Sentiment d'être concerné·e par les services de son association représentative ... 113
Figure 18. Niveau de préparation perçu par les parents adoptifs répondants ... 113
Figure 19. Groupe de soutien par les pairs ... 114
Figure 20. Parents adoptifs (amitiés) ... 114
Figure 21. Informations/formations ... 114
Figure 22. Pairs sur les réseaux sociaux ... 114
Figure 23. Services de répit ... 115
Figure 24. Conseils juridiques ... 115
Figure 25. Soutien formel ponctuel ... 116
Figure 26. Consultation en santé mentale ... 116
Figure 27. Qualité perçue des services reçus par les parents répondants ... 116
Figure 28. Connaissance et utilisation des services communautaires en adoption ... 117
Figure 29. Impact sur la vie personnelle ... 118
Figure 30. Impact sur la vie familiale ... 118
Figure 32. Impact sur la vie sociale ... 118
Figure 33. Impact sur la vie professionnelle ... 118
Figure 34. Expérience de l'adoption québécoise ... 119
Figure 35. Type d'adoption ... 121
Figure 36. Statut parental ... 123
Figure 37. Cohabitation de l'enfant avec ses parents d'origine avant le placement en vue d'adoption ... 124
Figure 38. Contacts de l'enfant adopté en FABM/FA/FAP avec sa famille d'origine avant le jugement d'adoption ... 125

Figure 39. Contacts des parents adoptifs avec la famille d'origine de l'enfant avant le jugement d'adoption 127
Figure 40. Contacts des parents adoptifs avec la mère d'origine avant le jugement d'adoption en contexte d'adoption régulière 129
Figure 41. L'enfant sait qu'il est adopté 130
Figure 42. Fréquence à laquelle l'enfant a abordé le sujet de son adoption 130
Figure 43. Facilité à répondre aux questions de l'enfant à propos de son adoption 131
Figure 44. Nombre d'enfants en contexte d'adoption transraciale 131
Figure 45. Implication de la DPJ post-adoption 134
Figure 46. Ententes de communication post-adoption avec la famille d'origine 135
Figure 47. Type d'entente de communication post-adoption avec la mère d'origine 136
Figure 48. Personnel scolaire au courant du statut d'adoption de l'enfant 141
Figure 49. Niveau de satisfaction des parents répondants 141
Figure 50. Moqueries ou intimidation en raison du statut d'adoption 142
Figure 51. Orthophonie 143
Figure 52. Psychoéducation 143
Figure 53. Travail social 143
Figure 54. Orthopédagogie 143
Figure 55. Psychologie 143
Figure 56. Pédopsychiatrie 143
Figure 57. Qualité perçue des services reçus pour l'enfant adopté 144
Figure 58. Membre de la triade adoptive qui a entrepris les démarches de retrouvailles 145
Figure 59. Moyens utilisés pour les démarches de retrouvailles 146
Figure 60. Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois 155
Figure 61. Sévérité des problèmes liés à la consommation de drogues 155
Figure 62. Cheminement professionnel 159
Figure 63. Niveau d'information sur ses origines et les circonstances de son adoption 165
Figure 64. Âge au moment de la première démarche 167
Figure 65. Âge au premier contact (retrouvailles) 168
Figure 66. Exposition prénatale à des drogues chez les enfants adoptés 213
Figure 67. Symptômes de sevrage de drogue à la naissance chez les enfants adoptés 214
Figure 68. Exposition prénatale à l'alcool chez les enfants adoptés 214
Figure 69. Symptômes de sevrage à l'alcool à la naissance chez les enfants adoptés 215
Figure 70. Présence de test de sevrage d'alcool et/ou de drogue dans le dossier d'adoption 216
Figure 71. Faible poids à la naissance 216
Figure 72. Retard de croissance intra-utérin 217
Figure 73. Présence ou absence score d'APGAR dans le dossier d'adoption 218
Figure 74. Suivi de grossesse de la mère d'origine 219
Figure 75. Exposition prénatale à des drogues 221
Figure 76. Exposition prénatale à l'alcool 221
Figure 77. Symptômes de sevrage à l'alcool ou aux drogues à la naissance 222
Figure 78. Malnutrition maternelle pendant la grossesse 223

Figure 79. Retard de croissance intra-utérin 223
Figure 80. Prématurité 224
Figure 81. Faible poids à la naissance 224
Figure 82. Conjonctivite 225
Figure 83. Otite 226
Figure 84. Problème de santé dentaire 226
Figure 85. Eczéma ou dermatite 227
Figure 86. Problème de santé relié au sommeil avant 18 ans 227
Figure 87. Insomnie 228
Figure 88. Cauchemars 228
Figure 89. TDA/H 229
Figure 90. Troubles anxieux et/ou d'humeur 229
Figure 91. Exposition prénatale à des drogues 230
Figure 92. Exposition prénatale à l'alcool 231
Figure 93. Symptômes de sevrage à la naissance 231
Figure 94. Malnutrition maternelle 232
Figure 95. Retard de croissance intra-utérin 233
Figure 96. Naissance prématurée 233
Figure 97. Faible poids à la naissance 234
Figure 98. Otite 235
Figure 99. Strabisme 235
Figure 100. Dermatite ou eczéma 236
Figure 101. Problème de santé relié au sommeil 236
Figure 102. Problèmes de santé au niveau du langage et de la communication affectant le développement 237
Figure 103. Diagnostic de TDA/H 238
Figure 104. Troubles spécifiques d'apprentissage avec ou sans diagnostic 238
Figure 105. Trouble anxieux et/ou de l'humeur 239
Figure 106. Syndrome d'alcoolisation fœtale 239
Figure 107. Concept du cerf-volant 242
Figure 108. Éléments du concept de cerf-volant 242

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ADREQ(CSD)	Association démocratique des ressources à l'enfance affiliée à la Centrale des syndicats démocratiques
APGAR	Apparence, pouls, grimace, activité, respiration
APAQ	Association des parents adoptants du Québec
APPR	Agent de programmation, de planification et de recherche
BDI	banque de données informationnelles
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CÉR-JD	Comité d'éthique de la recherche – Jeunes en difficulté
CR	Centre de réadaptation
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DAA	Déclaration d'admissibilité à l'adoption
DP	Directeur provincial/Directeurs provinciaux
DPJ	Directeur/Directrice/Direction de la protection de la jeunesse
DSP	Direction des services professionnels
FABM	Famille d'accueil banque mixte
FAP	Famille d'accueil de proximité
FAR	Famille d'accueil régulière
FFARIQ	Fédération des familles d'accueil et des ressources intermédiaires du Québec
ID	Identifiant unique
LGBTQ+	Lesbienne, gai, bisexuel, trans, queer/questionnement et autre
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents

NSAP	National Survey of Adoptive Parents
NSCH	National Survey of Children's Health
OPA	Ordonnance de placement en vue de l'adoption
PIJ	Programme intégration jeunesse
PJ	Protection de la jeunesse
RF	Réunification familiale
TDA/H	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
UQO	Université du Québec en Outaouais
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

CHAPITRE 1. MISE EN CONTEXTE

1.1. L'ADOPTION LOCALE AU QUÉBEC : UN APERÇU

Dans plusieurs juridictions occidentales dont le Québec, le recours à l'adoption est considéré comme un gage de stabilité et de permanence pour les enfants en besoin de protection qui, pour diverses raisons, ne sont pas en mesure de rester ou de retourner dans leur famille d'origine (Lindner et Hanlon, 2024; Palacios et al., 2019; Selwyn et Sturgess, 2001). Au Québec, l'adoption d'un enfant domicilié sur son territoire est sous la responsabilité des Directrices et Directeurs de la protection de la jeunesse (Gouvernement du Québec, 2026a). Ces derniers produisent annuellement des bilans statistiques concernant le nombre d'enfants et de familles touchés par leurs services (voir p. ex., Directrices et directeurs de la protection de la jeunesse [DPJ]/Directrices et directeurs provinciaux [DP], 2025). Selon ces bilans, depuis 2010, un peu plus de 4 000 enfants québécois ont été adoptés, soit entre 163 et 345 par année.

Cette statistique inclut de manière indifférenciée toutes les adoptions impliquant les DPJ. Parmi celles-ci se retrouve notamment l'adoption régulière, soit celle d'un bébé dont les parents d'origine (ou seulement la mère d'origine si le père n'est pas légalement reconnu) signent un consentement général à l'adoption, habituellement dans les jours ou les semaines qui suivent la naissance de l'enfant. Cette statistique inclut également l'adoption par le biais du programme banque mixte, où un enfant pris en charge par la protection de la jeunesse et jugé à haut risque d'abandon[1] est placé dans une famille d'accueil qui souhaite l'adopter avant même qu'il ne soit admissible à l'adoption sur le plan juridique (Chateauneuf et Lessard, 2015). Finalement, les enfants adoptés par leur famille d'accueil régulière ou de proximité en raison du changement de leur projet de vie en cours de placement sont aussi inclus dans cette statistique (aussi appelée « adoption spécifique »). Ces différentes formes d'adoption comportent chacune des enjeux particuliers, qui seront présentés ci-après, dans l'état de connaissances.

À noter qu'il existe une quatrième forme d'adoption locale, soit l'adoption intrafamiliale (c'est-à-dire l'adoption par le conjoint ou la conjointe d'un des deux parents ou par un membre en ligne directe ou collatérale de la famille élargie de l'enfant). Toutefois, celle-ci est exclue des bilans statistiques des DPJ/DP, puisqu'elle se concrétise à la suite de la signature d'un consentement spécial à l'adoption et n'implique pas les DPJ. Cette forme d'adoption n'a pas été incluse dans la présente étude. De plus, afin d'alléger le texte, les expressions « adoption québécoise » ou « adoption en contexte québécois » seront utilisées ci-après pour désigner les adoptions d'enfants québécois impliquant les DPJ.

[1] Le risque d'abandon peut être élevé soit parce que les parents n'assument plus les soins, l'éducation et l'entretien de l'enfant, soit parce qu'il est jugé que les parents présentent de graves lacunes qui altèrent leur rôle parental et qu'ils ne seront jamais en mesure de les surmonter (Goubau, 1994).

1.2. POURQUOI ENTREPRENDRE UNE RECHERCHE SUR L'ADOPTION QUÉBÉCOISE?

L'adoption n'est pas une pratique uniforme; selon son contexte et son évolution à travers les époques, elle soulève divers enjeux. Sans surprise, elle fait l'objet de nombreuses recherches aux quatre coins du monde depuis plusieurs décennies (Palacios et Brodzinsky, 2010). Au Québec, des recherches ont été menées depuis les années 2000 au sein de disciplines variées (p. ex., anthropologie, droit, psychologie, travail social, sciences infirmières), tant sur l'adoption internationale (p. ex., Piché, 2012; Carré et al., 2015; Gagnon-Oosterwaal et al., 2012; Pomerleau et al., 2005) que sur l'adoption par le programme banque mixte (p. ex., Goubau et Ouellette, 2006; Ouellette et Goubau, 2009; Chateauneuf, 2015; Pagé, 2015; Pagé et al., 2019; Chateauneuf et al., 2018; 2021). Ces recherches éclairent les réalités et les pratiques en adoption au Québec. Toutefois, elles s'appuient généralement sur des échantillons restreints et non représentatifs, ce qui en limite la portée. À notre connaissance, aucune recherche n'a porté sur l'adoption régulière.

En outre, au cours des 20 dernières années, des changements politiques, législatifs ou cliniques ont influencé l'adoption québécoise. Par exemple, la *Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation* (LQ 2002, c. 6) permet aux couples de même sexe d'entreprendre des démarches pour adopter un enfant. Considérant le fait que plusieurs pays d'origine permettant l'adoption internationale refusent les couples de même sexe comme postulants à l'adoption et que le recours à une femme porteuse n'est légalement encadré au Québec que depuis 2023 (*Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et visant la protection des enfants nés à la suite d'une agression sexuelle et des personnes victimes de cette agression ainsi que les droits des mères porteuses et des enfants issus d'un projet de grossesse pour autrui*, LQ 2023, c. 13), plusieurs couples de même sexe (plus particulièrement les couples d'hommes gais) se tournent vers l'adoption québécoise pour concrétiser leur projet parental.

Certaines modifications apportées à la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ; RLRQ c. P-34.1) ces dernières années, ainsi que certains changements cliniques y étant associés, ont aussi influencé, directement ou indirectement, l'adoption québécoise. Par exemple, le projet de loi n° 125 (LQ 2006, c. 34) a introduit, en 2007, des durées maximales d'hébergement en fonction de l'âge de l'enfant, au terme desquelles un projet de vie permanent doit être établi pour l'enfant; ce projet de vie peut être l'adoption pour des enfants qui ne pourront pas retourner dans leur milieu familial d'origine. Parallèlement, la notion de projet de vie permanent s'est ancrée dans la pratique avec la publication du *Cadre de référence : un projet de vie, des* racines pour la vie de l'Association des Centres jeunesse du Québec (2009), dont une version entièrement révisée et mise à jour sera publiée en 2026. En 2017, le projet de loi n° 99 (LQ 2017, c. 18) a accordé le droit à la famille d'accueil d'être nommée partie au dossier lors des audiences au tribunal qui concernent l'enfant qui lui est confié. Enfin, la création de la *Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse* (CSDEPJ) en 2019, en réaction au décès tragique d'une fillette de 7 ans des suites de maltraitance et de négligence parentales, a donné lieu, en mai 2021, à un rapport étoffé présentant de nombreuses « recommandActions » en vue d'améliorer la protection de l'enfance au sens large au Québec. Dans ce rapport, un chapitre complet est dédié à la stabilité et à la permanence des enfants placés, dans lequel les commissaires recommandent d'écouter ce que l'enfant exprime à l'égard de

son projet de vie et d'en tenir compte dans les décisions qui sont prises, d'assurer une meilleure planification et application des projets de vie, de faciliter l'adoption et la tutelle lorsque cela est dans l'intérêt de l'enfant et de promouvoir l'engagement des familles d'accueil (CSDEPJ, 2021).

L'adoption québécoise a également été marquée, en 2018, par l'entrée en vigueur du projet de loi nº 113 (LQ 2017, c. 12). Ce dernier s'est concrétisé plus de 10 ans après les travaux menés par le *Groupe de travail sur le régime québécois de l'adoption* (2007), sous la présidence de la professeure Carmen Lavallée, ainsi qu'un avant-projet de loi et quelques projets de loi morts au feuilleton. Il a apporté d'importantes modifications au Code civil du Québec (C.c.Q.) et à la LPJ, entre autres, en vue de moderniser l'adoption et d'assouplir les règles de confidentialité relatives aux dossiers d'adoption. Ce projet de loi a introduit la reconnaissance des liens de filiation préexistants lorsqu'il est dans l'intérêt de l'enfant de maintenir une identification significative avec ses parents d'origine tout en mettant fin à leurs droits et obligations respectifs. Il reconnaît également l'adoption coutumière autochtone, ainsi que la possibilité de conclure une entente afin de faciliter la communication de renseignements concernant l'enfant ou de baliser le maintien de relations interpersonnelles entre la famille adoptive et la famille d'origine après l'adoption. Plus récemment, le projet de loi nº 2 (LQ 2022, c. 22) a introduit le droit aux origines dans la Charte des droits et libertés du Québec, en plus d'élargir les règles permettant l'accès aux origines et le maintien de relations entre la famille adoptive et la famille d'origine après l'adoption.

C'est dans ce contexte qu'en 2021, la Direction générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a choisi de financer un projet de recherche d'envergure, afin de poser un regard rétrospectif sur l'adoption québécoise, plus particulièrement sur : 1) le profil et la trajectoire des enfants adoptés, de leur famille adoptive, et dans une moindre mesure, de leurs parents d'origine; 2) les défis rencontrés par les membres de la triade adoptive tout au long du parcours préadoption et post-adoption; et 3) leurs besoins en matière d'accès aux services.

Le présent rapport de recherche fait état de la démarche qui a été réalisée et des résultats obtenus. Il présente d'abord un état des connaissances sur l'adoption en contexte de protection de l'enfance, suivi des objectifs de recherche. Ensuite, la méthodologie des différents volets de collecte de données est décrite. Les résultats sont présentés en six chapitres : 1) le portrait provincial des adoptions réalisées entre 2007 et 2022 à partir d'une extraction dans les banques de données clinico-administratives; 2) un portrait régional des adoptions réalisées dans trois régions administratives entre 2017 et 2022 à partir de l'analyse des dossiers en protection de la jeunesse et en adoption; 3) les résultats de questionnaires en ligne complétés par des parents adoptifs; 4) les résultats d'un questionnaire en ligne complété par des personnes adoptées adultes; 5) les résultats d'entrevues qualitatives individuelles réalisées auprès de parents adoptifs, de personnes adoptées et de parents d'origine; et 6) les résultats provenant de ces différentes sources de données qui concernent plus particulièrement la santé des personnes adoptées. Ensuite, un chapitre porte un regard croisé sur les résultats de la présente étude, tout en les discutant à la lumière de l'état des connaissances au Québec et ailleurs en lien avec l'adoption en contexte de protection de l'enfance. Le rapport se conclut avec des pistes de réflexion et d'action.

CHAPITRE 2. ÉTAT DES CONNAISSANCES ET OBJECTIFS

Le présent chapitre fait état des connaissances relatives à l'adoption québécoise. Il s'articule autour de trois principaux thèmes : 1) les fondements et principes de l'adoption en protection de l'enfance au Québec; 2) le profil et les caractéristiques des enfants, des parents adoptifs et des parents d'origine impliqués dans ce type d'adoption, en comparaison avec d'autres types d'adoption; et finalement, 3) les enjeux et défis reliés à la dispensation et à l'accès aux services post-adoption. Les objectifs de l'étude sont présentés en fin de chapitre.

2.1. L'ADOPTION DANS LE CADRE DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE AU QUÉBEC

Comme mentionné précédemment, au Québec, les services de protection de la jeunesse encadrent le processus d'adoption pour les enfants qui sont confiés en adoption dès leur naissance (adoption régulière) et pour les enfants placés qui sont adoptés par leurs parents d'accueil. Les données compilées dans les *Bilans des Directeurs de la protection de la jeunesse* (DPJ) fournissent le nombre d'adoptions réalisées annuellement, mais ne posent pas de distinction entre ces deux types d'adoptions. Cependant, une étude menée dans la région de Québec (Chateauneuf et al., 2020) indique qu'environ 10 % des adoptions réalisées en protection de la jeunesse entre les années 2015 et 2018 sont des adoptions régulières. Les autres sont des adoptions par des familles d'accueil, principalement dans le contexte du programme banque mixte.

2.1.1. L'ADOPTION RÉGULIÈRE ET L'ADOPTION PAR LE PROGRAMME BANQUE MIXTE

L'adoption régulière concerne les cas d'enfants dont les parents d'origine consentent à l'adoption de leur enfant, généralement à la naissance de celui-ci. Ces enfants ne sont pas placés en familles d'accueil, mais sont plutôt directement placés chez les adoptants, ayant été préalablement évalués à cette fin, à la suite du consentement général des parents d'origine. Les adoptants qui accueillent ces enfants attendent généralement beaucoup plus longtemps que ceux inscrits au programme banque mixte. Cela s'explique par le fait que depuis la fin des années 1970, de moins en moins d'enfants au Québec sont confiés en adoption dès leur naissance, et ce, en raison des nombreux changements sociaux qui ont caractérisé l'évolution de la société québécoise depuis la Révolution tranquille (p. ex., l'augmentation du recours aux moyens de contraception, l'accès à l'avortement, l'accès à l'aide sociale pour les mères célibataires, l'égalité des droits pour tous les enfants, peu importe leur statut de naissance).

De son côté, **l'adoption par le programme banque mixte** concerne des enfants pris en charge par les DPJ qui ont été retirés de leur milieu familial et dont le retour dans ce même milieu ne peut être envisagé pour diverses raisons. Le programme banque mixte a été mis sur pied en 1988 par le Centre jeunesse de Montréal et a progressivement été implanté au cours des années 1990 dans les autres régions de la province (Pagé, 2012). Ce programme cible des enfants évalués cliniquement comme présentant un haut risque d'instabilité et de discontinuité dans leur milieu familial, qui seront confiés à des familles d'accueil prêtes à s'engager de manière permanente (Chateauneuf, 2015). Ainsi, au moment d'intégrer une famille d'accueil du programme banque mixte, l'enfant n'est

pas encore admissible à l'adoption et les responsables du programme ne peuvent garantir aux parents d'accueil que l'enfant qui leur est confié sera adoptable. L'expression « banque mixte » renvoie au fait que les services de protection de la jeunesse maintiennent une « banque » de postulants à l'adoption disponibles pour accueillir un enfant devant être placé en milieu substitut. Le mot « mixte » traduit quant à lui le double rôle que ces postulants sont appelés à jouer, soit celui de parent d'accueil au début du processus et celui d'adoptant par la suite si l'enfant devient admissible à l'adoption (Noël, 2008). Si le programme banque mixte et le recours à l'adoption peuvent s'appliquer à des enfants de tous âges, ils demeurent généralement utilisés pour les très jeunes enfants, souvent âgés de moins de 2 ans au moment du placement (Hélie et al., 2025a).

2.1.2. LES ÉTAPES JURIDIQUES DE L'ADOPTION

En contexte québécois, le processus juridique de l'adoption comporte trois étapes (Roy, 2010).

- La première est le **consentement à l'adoption ou la déclaration d'admissibilité à l'adoption** dans les situations où le consentement du titulaire de l'autorité parentale n'est pas possible. Dans le cas du consentement, celui-ci est signé par les parents d'origine et ces derniers ont 30 jours pour revenir sur leur décision. En ce qui concerne la déclaration d'admissibilité à l'adoption, elle est prononcée par la Chambre de la jeunesse, Cour du Québec et les parents d'origine ont 30 jours pour la contester.
- La deuxième étape est **l'ordonnance de placement en vue d'adoption**. Cette ordonnance accorde aux parents d'accueil l'autorité parentale à l'égard de l'enfant. La famille d'accueil qui héberge l'enfant se voit alors attribuer une période de probation de 3 mois, si l'enfant vit avec elle depuis au moins 1 an, et de 6 mois, si l'enfant vit avec elle depuis moins d'un an. À la suite de cette probation, le jugement d'adoption peut être rendu.
- La troisième et dernière étape est le **jugement d'adoption**. L'adoptant doit présenter une requête en adoption à la Chambre de la jeunesse, Cour du Québec, qui est jugée en fonction du meilleur intérêt de l'enfant. Si tout est conforme, l'adoption légale est prononcée et tous les droits et responsabilités sont remis aux parents adoptifs qui deviennent les parents légaux de l'enfant. Un nouveau certificat de naissance sous les noms des nouveaux parents et de l'enfant est émis par la Direction de l'état civil. Au Québec, l'adoption est **plénière**, signifiant que les liens de filiation préexistants sont rompus et remplacés par les liens de filiation institués par l'adoption.

2.1.3. LES FONDEMENTS DU PROGRAMME BANQUE MIXTE

À plusieurs égards, le programme banque mixte qui a été développé au Québec s'apparente au modèle de planification concurrente (*concurrent planning*) ou au programme de famille d'accueil à vocation adoptive (*foster adoptive program*) implantés aux États-Unis et au Royaume-Uni (Chateauneuf et Lessard, 2015). L'approche de la planification concurrente consiste à s'orienter vers un projet d'adoption en même temps que de travailler dans le but d'une réunification avec les parents d'origine. Par conséquent, si le retour dans la famille est impossible, un projet permanent est déjà amorcé avec une autre famille (D'Andrade et al., 2006; Nadeem et al., 2023; Noël, 2008).

La stratégie d'une telle planification est donc de réduire les déplacements et les placements temporaires vécus par l'enfant (Tilbury et Osmond, 2006; Wigfall et al., 2006) en plus de permettre à celui-ci de créer le plus tôt possible au cours de sa vie une relation significative avec des adultes qui pourraient éventuellement devenir ses parents (Kelly et al., 2007). La planification concurrente propose donc de fonctionner de manière simultanée plutôt que séquentielle et de travailler un projet permanent dès le début du placement de l'enfant (Gerstenzang et Freundlich, 2005; Kelly et al., 2007; D'Andrade, 2009; Kenrick, 2009). Ainsi, le terme « planification concurrente » décrit un « programme dans lequel la réadaptation des parents biologiques et l'adoption sont travaillées simultanément, avec des ressources intensives déployées pour chaque option » [traduction libre] (Kenrick, 2009, p. 5). Cette double mission peut toutefois engendrer une certaine confusion pour le personnel intervenant à la DPJ quant aux approches à privilégier. Selon Goubau et Ouellette (2006), le transfert d'un enfant vers une famille d'accueil issue du programme banque mixte change fondamentalement l'orientation de l'intervention dans la mesure où l'on passe d'une logique de placement à une logique d'adoption. À cet effet, le souci de rapidité pour stabiliser la situation de l'enfant peut entrer en contradiction avec celui de transparence; la volonté de mener à terme le processus d'adoption ne devrait pas compromettre les chances de préserver les liens familiaux de l'enfant (Goubau et Ouellette, 2006).

La planification concurrente s'appuie également sur un constat observé dans les écrits scientifiques : plus un enfant demeure longtemps dans les services de protection de l'enfance, plus ses chances d'être adopté diminuent, et ce, même lorsque les droits parentaux ont été retirés aux parents et que l'enfant se trouve dans une situation d'abandon (Carnochan et al., 2013; Cushing et Greenblatt, 2009). Ainsi, la visée sous-jacente à un programme comme la banque mixte est d'éviter que des enfants qui n'ont plus aucun contact avec leurs parents se retrouvent en situation de placement à long terme et doivent être suivis par les services de protection de l'enfance jusqu'à leur majorité. Fondée principalement sur la théorie de l'attachement et sur le postulat que le bon développement cognitif, social et émotionnel de l'enfant dépend des liens d'attachement créés lors de l'enfance avec un parent permanent et stable, la planification concurrente favorise le placement précoce puisqu'elle considère que plus l'enfant est âgé lors de la séparation, plus il risque de présenter des difficultés à faire confiance et à s'attacher à une autre figure parentale (Kliewer-Neumann et al., 2023; Maguire et al., 2024).

2.1.4. L'ADOPTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE AU QUÉBEC ET AU CANADA

Sur le plan international, les mesures, lois et pratiques d'adoption varient considérablement d'un pays à l'autre : « une des différences majeures entre les pays et les systèmes [de protection de l'enfance] est l'utilisation qui est faite de l'adoption comme solution possible pour les enfants dont le pronostic de réunification familiale est très négatif » [traduction libre] (del Valle et Bravo, 2013, p. 255). Au Canada, les services en protection de l'enfance sont sous la juridiction des autorités provinciales et territoriales, ce qui limite l'accès à des données nationales et complique passablement la comparaison entre les provinces canadiennes. À ce jour, les études canadiennes et québécoises sur le sujet de l'adoption en contexte de protection de l'enfance sont peu

nombreuses. Ce type d'adoption est mis de l'avant dans toutes les provinces et les territoires au Canada, mais concerne généralement des enfants plus vieux et placés depuis un certain nombre d'années dans une même famille d'accueil.

Au Québec, les données sur l'adoption en protection de la jeunesse sont passablement limitées. Les bilans des DPJ/DP publiés annuellement indiquent qu'un peu moins de 20 000 enfants sont placés en milieu substitut en date du 31 mars de chaque année, et qu'environ 260 d'entre eux sont adoptés. Le nombre d'adoptions prononcées chaque année au Québec entre 2015 et 2022 a considérablement diminué : il est passé de 275, pour l'année 2014-2015, à 163 pour l'année 2021-2022. Depuis, le nombre d'adoptions est graduellement remonté, pour atteindre 250 en 2024-2025. Les études menées dans le cadre de l'évaluation de la LPJ vont sensiblement dans le même sens et indiquent, elles aussi, une diminution du recours à l'adoption entre 2007 et 2016 au profit du placement à majorité (Drapeau et al., 2015; Hélie et al., 2020). Bien que la plus récente évaluation de la LPJ montre une diminution du recours au placement à majorité, elle confirme que l'adoption au Québec concerne essentiellement les enfants de moins de 2 ans et très peu les enfants placés à un âge plus avancé (Hélie et al., 2025a). Une autre étude menée au Québec indique que les enfants placés en famille d'accueil banque mixte (FABM) et ceux placés en famille d'accueil de proximité (FAP) tendent à être placés de façon plus précoce que les enfants qui sont placés en famille d'accueil régulière (FAR). L'étude met aussi en lumière que les enfants placés en FABM sont moins susceptibles de vivre plusieurs déplacements et présenteraient une meilleure stabilité de placement (Chateauneuf et al., 2022).

2.2. LE PROFIL DES MEMBRES DE LA TRIADE ADOPTIVE

L'adoption implique une triade : l'enfant, ses parents adoptifs et ses parents d'origine. Même lorsqu'ils sont impliqués dans une même situation d'adoption, chaque membre de cette triade peut vivre des enjeux qui lui sont propres. La présente section vise donc à dresser un portrait des membres de cette triade afin de bien comprendre les réalités de chacun.

2.2.1. CARACTÉRISTIQUES ET PROFILS DES ENFANTS ADOPTÉS

Les écrits scientifiques portant sur la santé des enfants adoptés, particulièrement la santé physique, sont relativement restreints. Les études qui existent sur le sujet portent davantage sur les enfants adoptés en contexte d'adoption internationale (p. ex., Miller et al., 2016), dont des études portant sur des éléments très précis en matière de santé, comme la prévalence de l'hépatite (Corbin et al., 2018), l'anémie (Buensenso et al., 2025) ou la malnutrition (Ivey et al., 2021).

Au Québec, outre quelques études s'intéressant à la santé des enfants adoptés de l'international (Pomerleau et al., 2005; Germain et al., 2025), une seule étude documente les problèmes de santé physique et mentale d'enfants pris en charge par les DPJ et ayant fait l'objet d'une adoption ou d'une tutelle (Chateauneuf et al., 2020). À partir de l'analyse des dossiers de suivi en protection de la jeunesse, les résultats indiquent que dans 75 % des dossiers d'adoption, un ou plusieurs problèmes de santé physique ont été notés (p. ex., prématurité, problèmes respiratoires, circulatoires, oto-

rhino-laryngologiques, etc.), comparativement à 30 % dans les dossiers de tutelle. De plus, 39 % des enfants adoptés présentaient des troubles neurodéveloppementaux (p. ex., TDA/H, retard de langage, retard de développement moteur, dyslexie, dyspraxie, etc.) et 24 %, des problèmes de santé mentale (p. ex., attachement, anxiété, idéations suicidaires, crises de colère, agressivité).

Bien que le nombre d'études soit limité, certains constats essentiels concernant la santé des enfants adoptés émergent. En effet, au moment où les enfants et les adolescents entrent dans les services sociaux, ils ont déjà des besoins de santé plus importants que leurs pairs de la population générale (Bramlett et al., 2007; *Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care*, 2015). Les éléments plus spécifiques touchant leur santé sont souvent associés au contexte de vulnérabilité, comme l'exposition prénatale à l'alcool, l'absence de suivi de grossesse ou encore, à titre d'exemple, l'absence de soins de santé en contexte d'infection virale. Ainsi, ces éléments de santé physique abordés dans les études portant sur les enfants en contexte de vulnérabilité peuvent être transposés au contexte des enfants adoptés en contexte de protection de la jeunesse. À titre d'exemple, aux États-Unis, selon les données du *National Survey of Adoptive Parents*[2] (NSAP), réalisé en 2007, et du *National Survey on Children's Health* (NSCH), réalisé en 2003, 54 % des enfants adoptés en protection de l'enfance présentent des besoins particuliers en matière de soins de santé[3], contrairement à 19 % des enfants de la population générale (Malm et al., 2011).

2.2.1.1. LES CONDITIONS DE VIE PRÉNATALE

La santé physique de l'enfant est à prendre en considération dès le développement intra-utérin (Agence de la santé publique du Canada, 2023). Les conditions prénatales sont donc importantes et peuvent avoir un effet à long terme sur le développement de l'enfant (Agence de la santé publique du Canada, 2023). D'ailleurs, le fait de recevoir hâtivement et régulièrement des soins prénataux permettrait d'avoir une meilleure santé pour la mère et l'enfant à naitre (Agence de la santé publique du Canada, 2023).

Actuellement, les études démontrent que les enfants recevant les services de la protection de l'enfance sont plus à risque d'exposition à l'alcool ou à des drogues durant la grossesse (Nadeau et al., 2020; Dawe et McMahon, 2018; Grant et al., 2014). L'exposition à ces substances tératogènes peut avoir des effets sur le développement du fœtus et sur le développement de l'enfant à long

[2] Le *National Survey of Adoptive Parents* est la première et la seule grande enquête nationale américaine, réalisée en 2007-2008 auprès des familles de plus de 2 000 enfants adoptés, permettant de dresser un portrait représentatif des familles adoptives américaines, et ce, selon le type d'adoption.

[3] Les enfants ayant des besoins particuliers en matière de soins de santé sont ceux ayant des conditions médicales, comportementales ou d'autres conditions de santé chroniques (durée réelle ou attendue d'au moins 12 mois) qui ont au moins une des cinq conséquences suivantes : 1) une capacité limitée de manière permanente à effectuer des activités attendues pour leur âge; 2) un besoin permanent de médicaments sous ordonnance; 3) un besoin permanent de thérapies spécialisées; 4) un besoin croissant de services médicaux, psychologiques ou pédagogiques non-requis pour la majorité des enfants du même âge; 5) une condition comportementale, émotionnelle ou développementale permanente qui nécessite des traitements ou des thérapies (Malm et al., 2011).

terme. Elle peut affecter le développement physique (notamment le développement du cerveau, des reins et du foie), neurologique et cognitif (Nadeau et al., 2020; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2019). La consommation de tabac durant la grossesse peut causer un retard de croissance intra-utérin, un faible poids de naissance et une augmentation du risque de syndrome de mort subite du nourrisson (INSPQ, 2024).

2.2.1.2. LES CONDITIONS DE VIE EN BAS ÂGE

Les enfants adoptés en protection de l'enfance sont à risque d'exposition à des facteurs d'adversité prénatale et précoce, ainsi qu'à un manque de continuité du suivi médical, notamment en raison de la négligence des parents d'origine ou des déplacements d'un milieu d'accueil à l'autre (Jones et al., 2019). Ceci peut entraîner d'importants retards développementaux, des problèmes psychologiques et comportementaux ainsi que des difficultés sur le plan académique (Fisher, 2015; Jones et al., 2020; Vandivere et McKlindon, 2010; Zill et Bramlett, 2014). De plus, les expériences précoces de trauma relationnel induisent un stress chronique et toxique qui bouleverse le système neuroendocrinien, qui à son tour peut altérer la croissance physique, le développement du cerveau et le sommeil, entraînant un effet de cascade sur le développement cognitif, émotionnel et social (Cifre et al., 2024; Grotevant et McDermott, 2014; Jones et al., 2020; McSherry et al., 2022). D'ailleurs, Toussaint et al. (2023) rapportent que les enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance représentent une population particulièrement vulnérable à l'exposition de stress dits graves ou critiques (p. ex., négligence, maltraitance, malnutrition, etc.) dans les premières années de vie. Selon ces auteurs, ceci peut entraîner des conséquences préjudiciables sur la santé mentale et le développement en raison de l'exposition à des facteurs de risque traumatiques qui sont à l'origine des mesures de protection. Autant à court qu'à long terme, ces effets du trauma relationnel entrainent une hausse de l'occurrence de problèmes psychologiques, psychiatriques et médicaux chez ces personnes adoptées (Anthony et al., 2022; Blake et al., 2022; Murray et al., 2022).

Concernant la santé physique, celle-ci peut être affectée par les conditions de vie. Notamment, l'exposition à la négligence en bas âge, que ce soit par un manque de nourriture, de stimulation ou de soins physiques, peut entraîner des infections à répétition (Germain et al., 2025). Les effets de la négligence sur le cerveau, comme l'impact de la malnutrition, les conditions de soins ou les retards de développement qui sont associés à des conditions de vie difficiles sont documentés dans les recherches (Germain et al., 2025; Lebrault et André-Trevennec, 2015). Les enfants adoptés en contexte de protection de l'enfance sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé modérés ou sévères, ou de présenter un déficit de l'attention (avec ou sans hyperactivité) comparativement aux enfants adoptés à la naissance (Vandivere et McKlindon, 2010). Les besoins entourant la santé des enfants adoptés sont d'ailleurs considérés comme une spécialité pédiatrique par l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) depuis l'an 2000. D'ailleurs, l'AAP a soulevé que l'aspect de la vulnérabilité et des conditions de santé des enfants adoptés doit être pris en compte au moment de l'adoption et dans les années qui suivent (Germain et al., 2025; Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care, 2015).

2.2.1.3 L'ÂGE SCOLAIRE

Sur le plan émotionnel et psychosocial, les enfants adoptés en protection de l'enfance, comparés aux enfants adoptés à la naissance, tendent à obtenir de moins bons résultats sur divers indicateurs liés au bien-être (Howar et al., 2004; Vandivere et al., 2009). Selon les écrits recensés par Fisher (2015), les enfants placés ou adoptés présentent des taux élevés de troubles intériorisés (p. ex., anxiété, trouble de stress post-traumatique, dépression) et de troubles extériorisés (p. ex., TDA/H, trouble oppositionnel, trouble de la conduite). De plus, lorsque ces enfants sont placés dans leur famille adoptive à l'âge de deux ou trois ans, ils sont 3,6 fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble de l'attachement que les enfants adoptés à la naissance (Vandivere et McKlindon, 2010). Ces résultats coïncident avec une méta-analyse qui souligne que les enfants placés pour adoption après l'âge de 12 mois présentent une moins grande sécurité d'attachement que les enfants de la population générale (van den Dries et al., 2009). En cohérence avec ces résultats, une étude australienne (del Pozo de Bolger et al., 2017) recense divers enjeux de santé chez les enfants adoptés, tels que des problématiques de santé physique (p. ex., malformations physiques, syndromes génétiques, troubles de l'audition), des troubles neurodéveloppementaux (p. ex., TDA/H, trouble de langage ou d'apprentissage, trouble du spectre de l'autisme ou d'alcoolisation fœtale) et des difficultés comportementales ou émotionnelles (p. ex., trouble d'opposition ou de la conduite, stress post-traumatique).

Sur le plan scolaire, les jeunes adoptés à l'échelle nationale (États-Unis) présentent des moyennes scolaires significativement plus faibles que les jeunes non adoptés ou adoptés à l'international (Anderman et al., 2022). Cependant, l'étude ne distingue pas les adoptions privées et les adoptions issues des services en protection de l'enfance. L'étude de McCormick et Goldberg (2024) présente des résultats plus nuancés : le type d'adoption (adoption privée, adoption en PJ et adoption internationale), à lui seul, explique peu la réussite scolaire des enfants; ce sont plutôt le niveau d'engagement scolaire, la compétence sociale, et la présence de troubles d'apprentissage qui sont déterminants. Parallèlement, l'étude de Paniagua et al. (2022) sur l'ajustement scolaire des enfants adoptés (en comparaison aux enfants non adoptés) démontre comment la qualité du soutien social à l'école, particulièrement le soutien des personnes enseignantes, peut contribuer positivement à l'adaptation scolaire des adoptés ainsi qu'à leur bien-être émotionnel et psychosocial.

2.2.1.4 L'ADOLESCENCE ET LE DÉBUT DE L'ÂGE ADULTE

À l'adolescence, les personnes adoptées font souvent face à une vulnérabilité qu'il ne faut pas négliger. Il s'agit d'une période où les questionnements identitaires sont plus présents (Harf et al., 2013) et où l'absence de réponse à certains éléments de son passé a davantage d'impact (Brodzinsky, 2011). Askeland et al. (2017) ont rapporté un nombre plus élevé de consultations et d'hospitalisations en santé mentale chez les adolescents adoptés. Les diagnostics les plus rapportés étaient principalement des troubles de comportement, de l'anxiété, des troubles affectifs ainsi que des épisodes psychotiques (Askeland et al., 2017).

Les résultats d'une récente étude explorant la santé et le bien-être d'adultes, 10 à 15 ans suivant leur adoption en protection de l'enfance, indiquent que ces personnes ont globalement une bonne

ou très bonne santé physique, qu'elles présentent peu de problèmes d'abus de substances, qu'elles ont un fort sentiment d'appartenance à leur famille adoptive et qu'elles sont optimistes face à leur futur. Toutefois, elles présentent des taux plus élevés de problèmes de santé mentale que la population générale (Domanico et al., 2025).

2.2.1.5 L'IMPACT DES PARENTS ADOPTIFS SUR LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS ADOPTÉS

Malgré les diverses problématiques de santé des enfants adoptés en protection de l'enfance rapportées dans différentes études, les enquêtes comme le NSAP et le NSCH montrent qu'une majorité de parents adoptifs américains (76 à 85 % des répondants selon le cas) considèrent leur enfant comme étant en très bonne santé (Bramlett et al., 2007; Malm et al., 2011). Cet écart entre le portrait dépeint par les études et la perception des parents s'explique en partie par le fait que plusieurs de ces enfants ont des conditions (p. ex., asthme) qui peuvent être contrôlées facilement par des médicaments ou des traitements (Malm et al., 2011), mais aussi par le fait que certaines problématiques tendent à se résorber avec le temps. Les enfants adoptés sont aussi plus susceptibles que les enfants non adoptés d'avoir eu un suivi médical ou dentaire préventif dans l'année précédant l'enquête et d'avoir reçu les soins de santé physique ou mentale requis par leur condition (Bramlett et al., 2007). Ces suivis, ainsi que les meilleures conditions socioéconomiques des familles adoptives comparativement aux milieux d'origine des enfants, peuvent leur permettre de récupérer en majeure partie les difficultés ainsi que les retards observés au moment de leur arrivée dans la famille (van Ijzendoorn et Juffer, 2006).

Par ailleurs, la situation des enfants adoptés évolue avec le temps et de récentes études montrent que certaines problématiques tendent à se résorber avec le temps. La présence de relations bienveillantes et sensibles au sein de la famille et la chaleur parentale semblent favoriser le rétablissement des traumatismes psychologiques et réduire les impacts de l'adversité précoce vécus par les enfants en bas âge et adoptés via les services de protection de l'enfance (McSherry et al., 2022; Paine et al., 2021). L'étude longitudinale menée par Ruderman et al. (2025) montre également que la satisfaction des enfants et des parents à l'égard de l'adoption en contexte de protection de l'enfance repose principalement sur la proximité émotionnelle perçue et que les facteurs généralement associés aux difficultés adoptives (p. ex., risques prénataux, adversité précoce, instabilité avant l'adoption) ne sont pas significativement liés à la satisfaction à long terme. Dans une étude similaire, Wright et al. (2023) se penchent sur les profils d'adaptation psychosociale d'adultes adoptés et concluent que l'adoption n'a pas un effet uniforme sur l'ajustement psychosocial et que les processus relationnels et émotionnels sont plus déterminants que les antécédents adoptifs eux-mêmes.

2.2.2. PROFIL ET CARACTÉRISTIQUES DES ADOPTANTS

Quelques études ont permis de documenter les profils des adoptants, leurs caractéristiques sociodémographiques ainsi que les motivations qu'ils évoquent pour expliquer leur choix de recourir à l'adoption comme moyen de réaliser leur projet parental.

2.2.2.1. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET MOTIVATIONS DES ADOPTANTS

Selon les données du NSAP, sur le plan de leur situation conjugale, les parents qui adoptent en contexte de protection de l'enfance sont moins nombreux à être mariés (57 %) que les parents ayant adopté à l'international (72 %) (Ishizawa et Kubo, 2014), probablement parce qu'il s'agit d'une exigence dans plusieurs pays d'origine. Par ailleurs, les familles adoptives semblent relativement stables. En effet, selon une étude récente auprès de 190 familles adoptives, seulement 8 % des couples avaient vécu une rupture au cours des cinq premières années après l'arrivée de leur premier enfant adopté (Goldberg et Garcia, 2015). Sur le plan de l'âge, les adoptants sont généralement plus âgés que les parents qui ont leurs enfants biologiquement. Par ailleurs, les parents ayant adopté en protection de l'enfance sont légèrement plus âgés (45 ans) que les parents ayant choisi l'adoption privée (40 ans) ou l'adoption internationale (43 ans) (Ishizawa et Kubo, 2014). Enfin, les parents qui adoptent en protection de l'enfance sont plus nombreux (53 %) à avoir au moins un enfant biologique avant d'accueillir un enfant pour adoption, comparativement aux parents d'accueil ayant choisi l'adoption privée[4] (21 %) ou l'adoption internationale (26 %) (Ishizawa et Kubo, 2014).

Sur le plan des motivations, Malm et Welti (2010) ont comparé les motivations des adoptants en fonction du type d'adoption. Il en ressort que l'expérience de l'infertilité est généralement citée comme une des principales raisons pour adopter un enfant, et ce, peu importe le type d'adoption. Des motivations altruistes sont également évoquées par les parents adoptifs du NSAP, telles que le désir de procurer un milieu familial permanent pour un enfant. Par ailleurs, la principale motivation évoquée pour adopter en protection de l'enfance est le fait que ce soit moins dispendieux que l'adoption internationale ou privée (Malm et Welti, 2010). Une étude britannique s'est penchée sur l'adoption par la famille d'accueil régulière et sur les caractéristiques de ceux ayant considéré adopter un ou plusieurs des enfants qu'ils accueillent (Kirton et al., 2006). Les résultats indiquent que les parents qui accueillent des enfants de moins de cinq ans sont plus nombreux à considérer l'adoption (49 %) que ceux qui accueillent des enfants de 6 à 10 ans (30 %) ou des adolescents de 11 à 18 ans (19 %). Les parents d'accueil les plus enclins à considérer l'adoption étaient : ceux qui étaient les plus expérimentés comme famille d'accueil, ceux qui présentaient le moins de préoccupations en regard des rétributions financières et ceux qui percevaient une moins grande reconnaissance de la part des intervenants sociaux. Cependant, seulement 36 % des parents d'accueil qui ont dit considérer l'adoption l'ont réellement concrétisée.

2.2.2.2. LA TRANSITION À LA PARENTALITÉ ADOPTIVE

Les parents qui accueillent un enfant en vue de l'adopter rencontrent différents défis dans leur passage vers la parentalité adoptive. Dans le cadre d'une étude réalisée par Goldberg et al. (2014)

[4] L'adoption privée réfère à un type d'adoption courant aux États-Unis, mais absent au Québec : ce type d'adoption permet à des parents d'origine et de futurs parents adoptifs d'être mis directement en contact par le biais d'agences privées. L'adoption se fait alors de façon consensuelle, sans la supervision des services de protection de l'enfance.

auprès de couples (hétérosexuels et de même sexe) accueillant un enfant par l'entremise des services américains de protection de l'enfance en vue de l'adopter, ces derniers identifient certains stresseurs similaires à la transition à la parentalité biologique, tels qu'une diminution du temps de qualité entre les conjoints et une grande part de leur énergie centrée sur l'enfant. Il semble aussi que, comparativement à l'adoption privée, les adoptants en protection de l'enfance vivent plus souvent des attentes non comblées (Kohn-Willbridge et al., 2021; Moyer et Goldberg, 2015), possiblement parce qu'on leur propose un enfant dont les problématiques ne correspondent pas nécessairement à ce qu'ils se sentent en mesure d'assumer (Brooks et al., 2002; U.S. Department of Health and Human Services, 2013; Tremblay et Pagé, 2023).

Le vécu et l'expérience associés à la transition vers la parentalité adoptive des parents qui adoptent en contexte de protection de l'enfance varient considérablement d'un cas à l'autre (Goodwin et al., 2025). Les problèmes de comportement de l'enfant adopté (Barrett et al., 2021), les exigences liées aux besoins de l'enfant adopté et les responsabilités qui en découlent (Kohn-Willbridge et al., 2021) sont identifiés comme des éléments ayant un impact sur le stress parental et sur la qualité de la transition à la parentalité. Le niveau de stress parental des parents adoptifs serait d'ailleurs un facteur prédictif de consommation de substances chez les adolescents adoptés, c'est-à-dire qu'un niveau élevé de stress parental augmenterait les risques de problèmes de consommation chez les adolescents adoptés (Blake et al., 2021). Selon Goodwin et al. (2025), la capacité des parents adoptifs à demander de l'aide, à se montrer flexibles et à établir une communication ouverte et un engagement inconditionnel avec l'enfant est un facteur aidant. À l'inverse, certaines caractéristiques liées à l'enfant (âge lors du placement, exposition à des traumas, présence de difficultés comportementales et émotionnelles et nombre de placements vécus) et certains facteurs systémiques, tels que le manque de cohérence entre les services offerts et le soutien post-adoption insuffisant, compliquent la transition à la parentalité. Cependant, les familles adoptives, de façon générale, rapportent des niveaux élevés de soutien social de la part de leur famille et de leur entourage : le soutien social perçu était également corrélé de manière positive avec une meilleure coparentalité, et ce, peu importe la structure familiale (Sumontha et al., 2016).

Concernant plus spécifiquement les obstacles rencontrés par les personnes LGBTQ+ impliquées dans le processus pour devenir parents d'accueil ou d'adoption, l'étude de Goldberg et al. (2019) indique qu'une part importante des participants rapportent avoir vécu de la discrimination sur le plan législatif ou administratif, par exemple avec des intervenants sociaux et judiciaires qui refusent de collaborer avec eux ou de leur confier un enfant. Par ailleurs, l'étude de Farr et ses collègues (2023), qui explore le point de vue des parents biologiques quant à l'adoption de leur enfant par des personnes LGBTQ+, montre que la plupart d'entre eux étaient ouverts à faire adopter leurs enfants par des parents adoptifs de même sexe.

Globalement, les parents qui accueillent un enfant en vue d'adoption occupent une position fragile et parfois ambiguë au sein de l'espace familial et parental de l'enfant accueilli (Chateauneuf et al., 2021; D'Andrade et al., 2006; Ouellette et Goubau, 2009). Tout d'abord, ils ont à composer avec le risque que l'enfant retourne auprès de ses parents d'origine; cette incertitude est vécue difficilement par plusieurs parents d'accueil qui craignent de perdre la garde de l'enfant (Carignan,

2007; Nadeem et al., 2023; Pagé et al., 2019). Même si les parents d'accueil s'occupent quotidiennement de l'enfant depuis son tout jeune âge et ont le sentiment que celui-ci est un membre à part entière de leur famille, ils détiennent très peu de droits sur les plans légal et juridique. À ce titre, les contacts parents-enfants sont souvent vécus comme un stress par les parents d'accueil (Kenrick, 2010; Nadeem et al., 2023). Plusieurs éprouvent d'ailleurs des sentiments complexes et parfois contradictoires quant au succès et au déroulement des contacts de l'enfant avec ses parents d'origine. Ils reconnaissent les difficultés de ces derniers et font preuve d'empathie à leur égard (Kenrick, 2009; Monck et al., 2004), mais leur crainte de perdre l'enfant les amène également à les percevoir comme une menace pour leur projet familial (Goldberg et al., 2012). Certaines frustrations sont ainsi associées au fait que l'on demande à ces familles d'accueil de s'investir auprès de ces enfants, sans pour autant pouvoir leur garantir que l'adoption sera réalisée (Kelly et al., 2007; Goldberg et al., 2012; Pagé, 2012). Cette situation crée également une certaine confusion à l'égard de la place et du rôle joué par les parents d'accueil et d'origine auprès de l'enfant. En effet, on retrouve du côté des parents d'accueil une parentalité sans droits, c'est-à-dire « des parents qui assument les soins quotidiens sans avoir l'autorité parentale » et du côté des parents d'origine, une parentalité sans enfant, c'est-à-dire « des parents d'origine qui, du moins légalement, conservent des droits, mais perdent toutes les occasions d'exercer leur parentalité au quotidien » (Pagé et Poirier, 2015, p. 231).

2.2.3. PROFIL ET CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS D'ORIGINE

Le processus judiciaire et le stigma social entourant l'adoption d'un enfant pèsent lourd sur les épaules des parents d'origine (Broadhurst et Mason, 2013; March, 2019). Qu'il s'agisse d'une adoption volontaire ou dans le cadre d'une mesure de protection, les parents sont aux prises avec des émotions difficiles et une image négative d'eux-mêmes à la suite de la séparation avec leur enfant. Baden et O'Leary Wiley (2007) rapportent que la distinction entre « *relinquishing parent* » (parent consentant) et « *non-relinquishing parent* » (parent non consentant) est souvent difficile à faire. En effet, certains parents qui signeront un consentement à l'adoption se sentiront forcés de le faire par leur entourage; à l'inverse, certains parents qui n'auront pas consenti seront en accord avec la décision du tribunal (Baden et O'Leary Wiley, 2007; Lewis, 2022; Smeeton et Boxall, 2011). En ce sens, Charlton et al. (1998) rapportent que certains parents voient le consentement comme un signe de trahison pour l'enfant; le refus de consentir témoigne de leur attachement à l'enfant.

Au Québec, la plupart des adoptions gérées par les services de protection de la jeunesse se réalisent contre la volonté des parents d'origine. Ces adoptions impliquent généralement des parents qui éprouvent des difficultés personnelles et sociales importantes et qui présentent une histoire de vie marquée par des carences sur les plans économique, social et psychologique (Chateauneuf, 2015). Les récits cliniques rapportent que ces mères ont souvent connu un environnement familial négligent, instable et peu sécurisant (Marinopoulos, 2010, 2013). En plus d'un isolement social marqué au moment du retrait de l'enfant, les mères d'origine vivent souvent une précarité socioéconomique, ont des relations amoureuses instables et parfois abusives et adoptent des comportements nuisibles, tels que la consommation d'alcool ou de drogue (Noël, 2014; Cox, 2012;

Broadhurst et Mason, 2013; Poirier et al., 2018). L'étude menée par Neil et al. (2010) souligne notamment que plus de la moitié des parents dont l'enfant a été adopté à la suite de l'intervention de la protection de la jeunesse présentent une détresse psychologique dépassant le seuil clinique, et ce, dès le retrait de l'enfant du milieu familial. En plus de symptômes dépressifs et anxieux fréquemment rapportés, les mères ont divers problèmes somatiques (Novac et al., 2006; O'Leary Wiley et Baden, 2005).

Jenkins et Norman (1972, cités dans Neil et al., 2010) parlent de « *filial deprivation* » pour qualifier la tristesse, la nervosité et le sentiment de vide qui habitent les parents d'origine et le processus de deuil complexe auquel ils doivent faire face. Quelques études indiquent que plusieurs mères dont l'enfant a été adopté contre leur gré rapportent avoir été aux prises avec des sentiments d'impuissance, d'injustice, d'incompréhension, d'humiliation et même de trahison face au travail des intervenants et au processus judiciaire en contexte de protection de la jeunesse (McKegney, 2003; Neil, 2006, 2013; Novac et al., 2006; Smeeton et Boxall, 2011). Dans ses travaux de recherche, Neil (2004, 2006; Neil et al., 2010) identifie différentes réactions chez les parents d'origine. Alors qu'une proportion d'entre eux finira par accepter la décision prise par les tribunaux au sujet de l'adoption de leur enfant et évaluera qu'il s'agissait d'une bonne décision, la majorité sera résignée ou en colère. Une étude exploratoire (Poirier et al., 2018), menée auprès de 7 mères d'origine dont l'enfant a été adopté dans le cadre du programme banque mixte, a fait ressortir des profils similaires. À ce jour, les parents d'origine demeurent une population vulnérable, marginalisée et malheureusement sous-étudiée, notamment parce qu'elle est difficile à rejoindre (Freundlich, 2002; Zamostny et al., 2003).

Les contacts parents-enfants et les relations entre les familles d'accueil et d'origine s'avèrent également complexes à gérer pour les parents d'origine (Aguiniga et al., 2024). Le placement en vue d'adoption implique une période plus ou moins longue au cours de laquelle l'enfant continue de côtoyer ses parents d'origine dans le cadre de visites supervisées en milieu neutre ou encore lors de sorties ou de visites au domicile du parent (la fréquence et les modalités de contacts varient considérablement d'une situation et d'un contexte à l'autre). Dans certains cas, ces contacts durent quelques mois avant que puisse être entamé le processus d'adoption, alors que pour d'autres enfants, ils persistent pendant plusieurs années (Kenrick, 2010; McCaughren et McGregor, 2018; Monck et al., 2006; Pagé et al., 2008). Dans les mois qui suivent le placement, les parents d'origine prennent également conscience, particulièrement lors des contacts, de la difficulté à entretenir un lien significatif avec leur enfant et constatent souvent le désengagement émotif de celui-ci au profit de sa famille d'accueil (Cossar et Neil, 2010; Morgan et al., 2019). L'étude de Monck et al. (2004, 2006) montre que les parents dont l'enfant est placé dans une famille d'accueil à vocation adoptive perçoivent parfois les contacts comme « artificiels » et sont conscients que la famille d'accueil veut surtout adopter l'enfant. D'ailleurs, plusieurs parents d'origine, dont l'enfant a été placé dans le programme banque mixte en très bas âge, abandonnent progressivement les contacts et finissent par ne plus s'y présenter au bout de quelques mois (Chateauneuf, 2015). Pourtant, les mères d'origine qui entretiennent des contacts post-adoption avec leur enfant et qui ont consenti à leur

adoption rapportent une satisfaction plus élevée quant à leur décision que celles qui n'ont jamais entretenu ou qui n'entretiennent plus de contacts avec leurs enfants adoptés (Aguiniga et al., 2024).

2.3. LES ENJEUX D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ACCÈS AUX SERVICES POST-ADOPTION

Smith (2014) évalue que 10 à 15 % des adoptions en protection de l'enfance présentent des défis significatifs pour les parents adoptifs. Ces enfants présentent des défis émotionnels, comportementaux, développementaux et de santé complexes qui peuvent se manifester à divers moments, même plusieurs années après l'adoption (Jones et al., 2020; Lee et al., 2018; McConnachie et al., 2021). Dans certains cas, ces défis peuvent déstabiliser la famille et conduire à une rupture d'adoption. En ce sens, les services post-adoption jouent un rôle déterminant non seulement en regard du maintien des adoptions, mais également sur la qualité de la prise en charge des enfants et sur l'ensemble de la trajectoire des familles adoptives à plus long terme (Houston et Kramer, 2008; Merritt et Festinger, 2013; White, 2016; Zosky et al., 2005).

2.3.1. LES ENJEUX DE STABILITÉ ET DE PERMANENCE DE L'ADOPTION COMME PROJET DE VIE

L'adoption, pour les enfants suivis en protection de l'enfance, est généralement perçue par les services sociaux comme le projet de vie qui offre à l'enfant les meilleures garanties possibles de continuité et de stabilité (Lindner et Hanlon, 2024; MSSS, 2010). Dans la littérature scientifique, la stabilité et la permanence associées à l'adoption sont analysées et définies de différentes façons (Palacios et al., 2019)[5]. En effet, certaines données s'intéressent aux échecs de placement en vue d'adoption et au déplacement de l'enfant vers un autre milieu d'accueil alors que d'autres se penchent sur le retour de l'enfant dans les services une fois l'adoption prononcée.

De façon générale, les études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni ont montré que l'adoption d'un enfant par sa famille d'accueil favorise l'atteinte de la permanence et présente de très faibles taux de rupture une fois l'adoption prononcée (Rolock et White, 2016; Sattler et Font, 2021; White, 2016). Par exemple, l'étude de Wijedasa et Selwyn (2017) menée au Royaume-Uni sur une période d'un peu plus de 10 ans indique que le taux de rupture post-adoption varie entre 2,6 % et 3,2 %. Les enfants âgés de plus de quatre ans au moment du placement et ceux pour lesquels il y a eu un délai de plus d'un an entre le placement (en vue d'adoption) et le jugement d'adoption étaient les plus à risque de rupture. Dans une récente étude réalisée à partir de données américaines, Rolock et al. (2019) observent que 95 % des enfants adoptés ne reviennent pas dans les services de protection à la suite du jugement d'adoption. Ils indiquent que les principales variables associées à la

[5] Pour identifier les différents types de rupture en adoption, White (2016) en s'appuyant sur différents auteurs, propose trois termes distincts : ***disruption***, lequel désigne le replacement d'un enfant placé initialement en vue d'adoption mais pour lequel l'adoption n'avait pas été finalisée; ***dissolution***, qui réfère à la rupture d'une adoption qui avait été finalisée et prononcée légalement; ***discontinuity***, qui réfère au retour dans les services ou au replacement (permanent ou temporaire) d'enfants légalement adoptés, sans qu'il y ait pour autant une rupture du lien adoptif.

discontinuité sont : le fait d'être âgé de plus de trois ans au moment de l'adoption et le nombre de déplacements vécus avant l'adoption (chaque déplacement étant associé à une augmentation de 15 % des risques de retour dans les services). L'étude de Sattler et Font (2021) indique également que l'âge plus avancé de l'enfant ainsi que la présence de problèmes de comportement ou de santé mentale chez l'enfant sont des facteurs associés à une augmentation du risque de rupture de l'adoption. D'autres facteurs liés aux parents adoptifs augmenteraient les probabilités d'une rupture de l'adoption, notamment un problème de consommation d'alcool, l'exposition à la violence conjugale, un revenu familial moindre (Cheng et Lo, 2022), la présence de symptômes de troubles de santé mentale et un niveau élevé d'insatisfaction parentale (Lopes Almeida et al., 2021).

Les taux de rupture et de discontinuité semblent cependant un peu plus élevés lorsque l'objet d'étude est le placement en vue d'adoption (et non le jugement d'adoption). Par exemple, l'étude menée par Smith et al. (2006) en contexte américain indique que 87 % des enfants placés dans une famille d'accueil en vue d'adoption ont été, comme prévu, adoptés par cette même famille, tandis que 9 % ont été déplacés dans une autre famille d'accueil ou sont demeurés dans le même milieu d'accueil, mais celui-ci a préféré laisser tomber le projet d'adoption. Les taux de discontinuité observés seraient également plus élevés lorsque la fenêtre d'observation de l'étude s'étend sur une période plus longue. Dans leur étude, Rolock et White (2016) ont suivi 50 000 enfants dont le dossier en protection de l'enfance a été fermé à la suite d'une adoption ou d'une tutelle sur une période de 10 ans. Les résultats de l'étude indiquent que deux ans après le jugement d'adoption ou de tutelle, 2 % des enfants avaient connu de la discontinuité, c'est-à-dire qu'ils avaient été replacés dans un autre milieu d'accueil de façon temporaire ou permanente, et ce, avant l'atteinte de leur majorité. Ce même pourcentage s'élevait à 6 % dans les cinq ans suivant le jugement (d'adoption ou de tutelle) et à 11 % dans les dix années suivantes. Malgré le fait qu'elles demeurent marginales, les ruptures d'adoption sont lourdes de conséquences. Elles sont une source de déceptions et de deuils importants pour les parents adoptifs et mettent souvent en évidence un manque de soutien et de services (Lyttle et al., 2021; Parker et al., 2024).

2.3.2. LES BESOINS DES FAMILLES ADOPTIVES SUR LE PLAN DU SOUTIEN POST-ADOPTION

La majorité des écrits scientifiques concernant les besoins et l'accès aux services post-adoption porte sur les familles adoptives, donc sur l'utilisation des services par les parents adoptifs, selon leurs propres besoins et les besoins qu'ils identifient chez leur enfant.

Les familles adoptives sont hétérogènes et ne présentent pas toutes les mêmes besoins en matière de services et de soutien (Penner, 2024). Une analyse de classes latentes, effectuée par Lee et al. (2020) sur un échantillon de 1 414 familles adoptives ayant participé au *Modern Adoptive Families study*, révèle cinq profils de familles : 1) les familles à faibles besoins, 2) les familles ayant des besoins d'adaptation en lien avec l'adoption, 3) les familles ayant des besoins spécifiques à l'adoption, 4) les familles ayant besoin de soutien spécifique aux besoins particuliers de leur adolescent, et 5) les familles combinant les besoins 3 et 4. Les auteurs soulignent que près de 75 % des familles adoptives présentent des besoins importants en matière de services post-adoption,

notamment parce qu'elles sont confrontées à un cumul d'enjeux d'adaptation liés à l'adoption et aux besoins particuliers[6] des enfants, et ce, surtout lorsque ces derniers sont adoptés tardivement. Les besoins des familles adoptives peuvent également évoluer dans le temps ou encore être perçus différemment par les adoptés et les parents adoptifs (Wright et al., 2022). Selon une étude réalisée en Colombie-Britannique auprès de 43 familles adoptives, les deux principales périodes où elles indiquent avoir eu besoin de services sont peu de temps après l'adoption (45 %) et au moment de la transition à l'adolescence (38 %). Ce besoin accru au moment de la transition à l'adolescence est également noté dans d'autres études (Lajmi et al., 2025; McConnachie et al., 2021; Waid et Alewine, 2018; Wind et al., 2007). En effet, dans l'étude longitudinale de Lajmi et ses collègues (2025), le niveau de stress parental chez les mères adoptives était comparable, voire inférieur à celui des mères d'enfants non adoptés, mis à part la période de l'adolescence, pendant laquelle les mères adoptives présentaient un niveau de stress parental plus élevé que celui des autres mères.

Plusieurs études effectuées auprès de parents adoptifs au cours des vingt dernières années ont permis d'identifier leurs principaux besoins en matière de soutien post-adoption (Shetlton et Bridges, 2022). Par ailleurs, l'hétérogénéité des familles en regard de plusieurs variables (p. ex., âge de l'enfant au moment de son arrivée dans la famille; âge de l'enfant au moment de la participation au sondage; type d'adoption) fait en sorte qu'il est souvent impossible de nuancer les résultats en fonction des caractéristiques des familles. Globalement, les familles adoptives mentionnent une variété de besoins : aide matérielle ou financière (Bonin et al., 2014; Goodwin et al., 2025; McDonald et al., 2001; Reilly et Platz, 2004; Waid et Alewine, 2018), soutien par les pairs (Dhami et al., 2007; Hartinger-Saunders et al., 2015), services spécialisés en santé mentale pour l'enfant (Waid et Alewine, 2018; Wright et al., 2022), accès à des services spécialisés en adoption (Goodwin et al., 2025), soutien de la part du milieu scolaire (Best et al., 2021; Goodwin et al., 2025), accompagnement psychoéducatif (Waid et Alewine, 2018), accès à des soins pédiatriques et dentaires (McDonald et al., 2001; Reilly et Platz, 2004), services juridiques (McDonald et al., 2001), aide psychologique pour le parent (Blake et al., 2021; Goodwin et al., 2025; Waid et Alewine, 2018). Sans surprise, la seule étude répertoriée comparant les besoins des familles en fonction du type d'adoption montre que les parents qui adoptent en contexte de protection de l'enfance ont les plus grands besoins en termes de services (Merrit et al., 2013). Selon Rolock et al. (2021), la capacité des services sociaux à détecter plus précocement les familles adoptives à risque et à mettre en place des services préventifs pourrait dans certains cas prévenir la discontinuité et les ruptures post-adoption.

[6] Les enfants sont considérés à besoins particuliers lorsqu'ils sont adoptés à un âge plus avancé, qu'ils proviennent de minorités ethniques, qu'ils sont adoptés avec des membres de leur fratrie ou qu'ils présentent des difficultés affectives, comportementales, développementales ou médicales particulières (Reilly et Platz, 2004).

2.3.3. LES SERVICES POST-ADOPTION AU QUÉBEC

Au Québec, l'ordonnance de placement pour adoption met un terme à la situation de compromission de l'enfant au sens de la LPJ et entraîne la fermeture du dossier à la DPJ et l'arrêt du suivi de l'enfant par l'intervenant au dossier. Une fois le jugement d'adoption prononcé, la famille adoptive devient une famille « comme les autres », et doit passer par les mêmes voies d'accès que n'importe quelle autre famille qui souhaite avoir accès à des services de santé ou à des services sociaux.

Il est difficile de répertorier les services post-adoption offerts au Québec. Sur le plan de l'aide financière, les parents adoptifs ont accès à un maximum de 55 semaines de prestations d'adoption par le biais du Régime québécois d'assurance parentale (Gouvernement du Québec, 2026b). De plus, les CISSS et les CIUSSS offrent de l'accompagnement aux personnes adoptées de 14 ans et plus (ou de 10 à 13 ans avec le consentement de leurs parents adoptifs) pour la recherche de renseignements sur leurs origines et les retrouvailles. Cet accompagnement est également offert aux parents d'origine qui souhaitent retrouver un enfant qu'ils ont confié en adoption ou dont ils ont perdu la garde et qui a été adopté, dans la mesure où cet enfant a atteint l'âge de la majorité. Enfin, rappelons que depuis l'entrée en vigueur du projet de loi n° 113 (Ministère de la Justice du Québec, 2017), les familles adoptives peuvent conclure, avec la famille d'origine, une entente visant à faciliter l'échange de renseignements ou des relations interpersonnelles après l'adoption. Dans le cadre de cette entente, elles peuvent recourir à la DPJ pour faciliter les échanges, et ce, jusqu'à l'atteinte de l'âge de la majorité de l'adopté. De plus, les familles adoptives peuvent recourir aux services d'un médiateur familial en cas de différend ou de désaccord concernant cette entente. Autrement, il est difficile de connaître ce qui est offert aux familles en termes de services de santé et de services psychosociaux spécialisés en adoption. Le mandat d'offrir des services post-adoption appartient aux directions des programmes jeunesse des CISSS et des CIUSSS. Toutefois, ces services semblent peu ou pas développés et ne semblent pas uniformes d'une région à l'autre. Il existe des personnes professionnelles œuvrant dans les domaines de la santé, de la psychologie et du travail social qui se spécialisent dans les enjeux propres à l'adoption et qui offrent des services en privé aux personnes adoptées et aux familles adoptives, mais elles ne sont pas présentes dans toutes les régions du Québec et demeurent difficiles à trouver. Quelques organismes communautaires et milieux associatifs en adoption existent également, bien qu'ils demeurent, eux aussi, peu connus du public (L'Observateur, 2025).

2.3.4. L'UTILISATION DES SERVICES POST-ADOPTION

La recherche souligne l'importance des services post-adoption pour les familles adoptives afin d'améliorer les chances de succès de l'adoption (Barth et Miller, 2000; Brooks et al., 2002; Houston et Kramer, 2008; Howard et al., 2006). Les parents adoptifs auront recours tant à des services de soutien formels qu'à du soutien informel de leur entourage (Dhami et al., 2007; Egbert, 2015). Bien que certaines études rapportent que les services de soutien formels sont peu utilisés par les familles adoptives, la plupart des familles qui y font appel les trouvent aidants et efficaces quand elles y ont accès (Avery, 2004; Brooks et al., 2002; Dhami et al., 2007). Selon l'étude d'Egbert (2015), le niveau

de satisfaction par rapport aux services communautaires est mitigé, mais les familles qui utilisent des services du secteur privé en santé mentale sont généralement satisfaites. Le soutien par les pairs, qu'il soit formel ou informel, constitue également une forme de soutien utilisée et appréciée par les parents adoptifs (Armstrong et al., 2012; Faver et Alanis, 2012; Miller et al., 2019).

Malheureusement, de nombreux obstacles à l'utilisation de ces services peuvent être identifiés : les parents adoptifs ont peur d'être perçus comme des parents inadéquats s'ils demandent de l'aide; les parents adoptifs et les intervenants sociaux manquent de connaissances quant à la disponibilité des services spécialisés en adoption; les difficultés des familles sont sous-évaluées; la qualité et l'accessibilité des services sont très variables; le nombre de professionnels sensibilisés aux enjeux de l'adoption est insuffisant; l'offre de services de soutien ne correspond pas à la disponibilité des familles; les services sont trop coûteux; les enfants adoptés ne correspondent pas aux critères d'accès aux services (Bonin et al., 2014; Hartinger-Saunders et al., 2015; McKay et Ross, 2011; Penner, 2024; Smith, 2010, 2014; Selwyn et al., 2014).

Les familles adoptives ont aussi tendance à minimiser leurs besoins et leurs difficultés, faisant en sorte qu'elles finissent par faire appel à des services lorsqu'elles sont en période de crise, lorsque les difficultés s'accumulent jusqu'à l'atteinte d'un point de rupture ou à la suite d'un évènement stressant ou traumatique (Dhami et al., 2007; Egbert, 2015; Lushey et al., 2017; Waid et Alewine, 2018). L'étude menée par McConnachie et ses collègues (2021) montre une corrélation entre le niveau de difficultés d'adaptation des adolescents adoptés et la santé mentale des parents adoptifs, ce qui montre selon les auteurs l'influence des processus familiaux et l'importance pour les parents de pouvoir disposer de soutien et de services. Ce constat, jumelé au fait que les difficultés peuvent surgir de nombreuses années après l'adoption, pousse Lushey et al. (2017) à plaider que le soutien post-adoption devrait être offert d'emblée à toutes les familles adoptives, plutôt que d'attendre qu'elles en fassent la demande.

2.4. OBJECTIFS

Le présent projet vise à dresser un portrait exhaustif de l'adoption des enfants au Québec impliquant l'intervention des DPJ. Il comporte trois objectifs :

1) Décrire les caractéristiques des enfants ayant été adoptés par l'intermédiaire des DPJ, leurs milieux d'origine et d'adoption ainsi que leur trajectoire de services en protection de la jeunesse. Cet objectif vise d'abord à dresser un portrait quantitatif des caractéristiques des enfants adoptés et de leurs milieux d'origine et d'adoption, puis à connaître la trajectoire de ces enfants dans les services en protection de la jeunesse avant l'adoption. De plus, le profil et la trajectoire de services des jeunes ayant été adoptés et qui connaîtront une nouvelle demande de service (en vertu de la LPJ ou de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents [LSJPA]) après leur adoption seront documentés, lorsque possible.
2) Comprendre l'expérience du parcours d'adoption de personnes adoptées, de parents adoptifs et de parents d'origine en termes de défis rencontrés et de leurs besoins. Cet objectif vise à dresser un bilan des différents défis et enjeux rencontrés par les personnes

adoptées, les parents adoptifs et les parents d'origine tout au long de leur parcours d'adoption (avant, pendant et après l'adoption). Il vise également à cibler les besoins des personnes adoptées et des familles en termes d'accès aux services (pré et post-adoption) et à mieux comprendre comment évoluent les familles adoptives à leur sortie du système de la protection de la jeunesse.

3) Décrire l'état de santé global d'enfants nés et adoptés au Québec et l'utilisation des soins et services par les familles adoptives. Ce troisième objectif vise à décrire l'état de santé physique et mentale réel (c.-à-d. par un diagnostic) ou perçu (p. ex., par les parents adoptifs) de la personne adoptée. Il vise également à documenter le continuum de soins et de services liés à la santé qui s'est déployé autour de la personne adoptée et de sa famille adoptive.

CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre aux objectifs, la présente recherche comporte deux volets réalisés de manière indépendante. Diverses sources d'informations ont été mises à contribution pour répondre aux objectifs de l'étude. Les prochaines sections détaillent les différents aspects méthodologiques de ces deux volets.

3.1. VOLET 1

Le premier volet de l'étude s'est centré principalement sur la période préadoptive. Il visait à répondre à l'**objectif 1** (concernant les caractéristiques et la trajectoire des enfants dans les services de protection de la jeunesse) et, en partie, à l'**objectif 3** (concernant l'état de santé avant l'adoption). Comme l'adoption par le biais du programme banque mixte implique le chevauchement d'un suivi en protection de la jeunesse et d'un suivi en adoption (Goubau et Ouellette, 2006), le présent volet s'est appuyé sur l'analyse d'informations provenant des dossiers en protection de la jeunesse et des dossiers d'adoption (les particularités de ces deux types de dossiers sont expliquées plus loin). Un portrait provincial de tous les enfants adoptés par l'intermédiaire des DPJ entre 2007 et 2022 a été réalisé. Ces données ont été traitées de manière quantitative. De manière complémentaire, un portrait plus détaillé d'informations cliniques disponibles à partir du dépouillement des dossiers a été effectué pour un échantillon d'enfants adoptés dans trois régions du Québec entre 2017 et 2022. La plupart de ces données ont été traitées de manière quantitative, à l'exception de quelques données (p. ex., les difficultés de l'enfant telles que perçues par les parents d'accueil banque mixte) qui ont été traitées à la fois de manière quantitative et qualitative.

3.1.1. PORTRAIT PROVINCIAL DE TOUTES LES ADOPTIONS QUÉBÉCOISES ENTRE 2007 ET 2022

3.1.1.1. SOURCE D'INFORMATION

Le dossier en protection de la jeunesse est accessible en format électronique par le biais du système clientèle Projet intégration jeunesse (PIJ), un système informatisé utilisé par les services de protection de la jeunesse dans toutes les régions du Québec de manière standardisée, de sorte que les informations qui y sont consignées sont normées et validées. Le dossier en protection de la jeunesse contient toutes les informations judiciaires, cliniques et administratives en lien avec les différentes étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse pour un enfant donné, incluant, le cas échéant, la clarification du projet de vie pour adoption ainsi que les étapes judiciaires du processus d'adoption. Quotidiennement, certaines données saisies dans PIJ sont transférées de manière dénominalisée dans un entrepôt de données appelé la banque de données informationnelles (BDI), ce qui permet notamment d'étudier de manière rétrospective les trajectoires et les services rendus en protection de la jeunesse, à des fins de gestion ou de recherche.

3.1.1.2. CONSTITUTION DE LA COHORTE

La cohorte pour ce volet de l'étude est constituée de tous les enfants adoptés via les services de protection de la jeunesse entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2022 dans 16 régions administratives[7] du Québec.

La cohorte initiale a été constituée de tous les enfants ayant une demande « Adoption Québécoise » fermée pour le motif « Jugement d'adoption » dans la BDI, entre les dates mentionnées ci-haut, pour un total de 3 792 enfants. De ce nombre, 83 enfants ont été exclus de la cohorte finale pour les motifs suivants :

- Les enfants qui ont un dossier dans PIJ ont un identifiant unique (ID) qui leur est attribué selon une logique propre à chaque établissement. Lorsqu'un enfant change d'établissement pendant son parcours dans les services de protection de la jeunesse (p. ex., en raison d'un déménagement), il obtient un nouvel ID. Certains « doublons » inter-établissements ont été identifiés dans l'échantillon : ainsi, lorsque des enfants étaient de même sexe et que leur date de naissance ainsi que celles de leurs parents d'origine étaient identiques, les doublons étaient retirés (*n*=48);
- Les enfants dont la date du jugement d'adoption est égale ou supérieure à leur 18e anniversaire ont été retirés (*n*=9);
- Les enfants nés à l'étranger qui n'ont pas de demande LPJ ont été considérés comme des enfants adoptés de l'international pour lesquels le jugement d'adoption a été prononcé au Québec. Ces cas ont été retirés de la cohorte (*n*=22);
- Les enfants pour lesquels il n'y avait pas de date d'admissibilité à l'adoption (*n*=4) ont également été retirés.

La cohorte finale est donc composée de **3 709 enfants adoptés**.

3.1.1.3. DIMENSIONS MESURÉES

Plusieurs indicateurs ont été créés afin de pouvoir dresser un portrait exhaustif de la situation des enfants adoptés au Québec. La trajectoire des enfants dans les services de protection de la jeunesse a été observée à partir de leur premier contact avec la DPJ jusqu'à la date du jugement d'adoption.

À noter que, même si un enfant changeait de nom au moment de l'ordonnance de placement en vue de son adoption et qu'on lui attribuait alors un nouvel identifiant unique, il a été possible de faire le lien entre ses deux identifiants dans PIJ, c'est-à-dire entre son nom primaire et son nom d'adoption. Par conséquent, dans la mesure où un enfant adopté dans une région donnée faisait l'objet d'une

[7] À noter que la Mauricie et le Centre-du-Québec sont traités comme une seule et même région administrative puisqu'elles sont réunies au sein d'un seul établissement (CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec). De plus, le Nord-du-Québec est exclu de ce portrait provincial puisque le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) de cette région n'utilise pas le système PIJ.

nouvelle demande de services après son adoption dans cette même région (en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse [LPJ] ou de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents [LSJPA]), nous avons recueilli certaines informations concernant sa trajectoire dans les services de protection de la jeunesse après son adoption, jusqu'à la date de fin de l'observation, soit le 31 mars 2022.

Les données suivantes ont donc été recueillies dans le cadre de la présente étude :

Données sociodémographiques de l'enfant et de son milieu d'origine. Des informations concernant l'enfant ont été colligées, soit : sexe, date de naissance, origine ethnoculturelle, statut autochtone, statut d'immigration, présence des parents dans la vie de l'enfant (deux parents, mère seule, père seul, aucun). Des informations concernant les parents d'origine ont aussi été colligées, lorsque disponibles : date de naissance, date de décès (le cas échéant), âge du parent au moment de la naissance de l'enfant. Enfin, des informations concernant la fratrie d'origine ont été colligées, lorsque disponibles, afin de connaître le portrait familial au moment où l'enfant devient admissible à l'adoption : nombre de frères/sœurs/demis mineurs pris en charge, nombre de frères/sœurs/demi placés et nombre de frères/sœurs/demi adoptés. Les enfants de la cohorte qui sont membres d'une même fratrie (ou demi-fratrie) ont été clairement identifiés.

Entrée dans les services. Pour décrire l'entrée de l'enfant dans les services de protection de la jeunesse, les informations suivantes ont été colligées : nature du premier service (signalement retenu, transfert ou autre), date de début, personne signalante (si la nature du premier service est un signalement).

Motifs de compromission. Tous les motifs de compromission reliés à la dernière prise en charge à l'application des mesures (soit celle qui inclut l'admissibilité à l'adoption) ont été colligés. Afin d'assurer une certaine uniformité, les motifs de compromission sous l'ancienne LPJ (avant les modifications apportées par le projet de loi n° 125; LQ 2006, c. 34) ont été intégrés aux motifs de compromission actuels.

Mesures. Certaines mesures ordonnées par le tribunal durant la période de prise en charge ayant mené à l'admissibilité à l'adoption ont été colligées et regroupées selon leur nature : soins de santé à l'enfant (c.-à-d. suivi ou évaluation médicale, psychologique, pédopsychiatrique ou toxicologique), retrait de certains attributs parentaux, placement, confié à, maintien dans le milieu familial, confidentialité de la ressource, supervision ou interdit de contact.

Ordonnance de placement à majorité. La date de l'ordonnance de placement à majorité est colligée, le cas échéant.

Stabilité des personnes intervenantes. Pour la période de prise en charge à l'application des mesures ayant mené à l'admissibilité à l'adoption, le nombre de personnes intervenantes différentes ayant été assignées au dossier a été calculé.

Trajectoire de placement. Le nombre de milieux substituts différents, les durées cumulées en placement et le nombre de réunifications familiales ont été calculés pour la période de prise en charge ayant mené à l'ordonnance de placement pour adoption. De plus, la date de début du premier placement continu, ainsi que le type de milieu substitut au moment de l'adoption ont été colligés.

Processus judiciaire d'adoption. Les dates de l'admissibilité à l'adoption, de l'ordonnance de placement et du jugement d'adoption ont été colligées, de même que la nature de l'évènement ayant rendu l'enfant admissible à l'adoption (consentement ou déclaration judiciaire).

Trajectoire de services post-adoption. Pour les enfants qui ont fait l'objet d'une nouvelle demande de service après l'adoption dans la même région où ils ont été adoptés, les données suivantes ont été colligées : nombre de signalements retenus, date du premier signalement retenu, nombre d'évaluations fondées, nombre de prises en charge à l'application des mesures, motifs de prise en charge, trajectoire de placements, nombre et nature de services sous la LSJPA.

3.1.1.4. PROCÉDURES

Dans un souci de mutualisation des ressources humaines et afin d'éviter la sursollicitation des établissements de santé et de services sociaux pour la recherche, les données clinico-administratives requises pour la réalisation de la présente étude ont été extraites en même temps qu'un autre projet de recherche (*TRAJUD : Étude sur la trajectoire sociojudiciaire des enfants dont la situation est prise en charge sous la Loi sur la protection de la jeunesse*; Hélie et al., 2025b).

Les données clinico-administratives nécessaires pour constituer la cohorte à l'étude ont été transmises à l'équipe de recherche, à l'aide d'un script d'extraction développé par une agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Ensuite, un second script a permis d'identifier les enfants qui répondent aux critères d'inclusion et d'extraire les renseignements dénominalisés qui les concernent. La transmission des données de la part des 16 établissements vers l'APPR s'est échelonnée d'avril 2022 à novembre 2022. Chaque établissement a transmis 25 tables de données. L'APPR a fusionné ces fichiers de manière à constituer un seul fichier provincial où toute l'information concernant un même enfant est dénominalisée et regroupée sur une même ligne. Plusieurs mois de structuration et de traitement de données ont été nécessaires afin de constituer la cohorte à l'étude et les variables mesurées décrites plus haut. L'APPR a transmis le fichier final à l'équipe de recherche une fois toutes les convenances institutionnelles obtenues (voir section *3.1.4. Considérations éthiques* pour plus de détails), soit en août 2024.

3.1.2. PORTRAIT DÉTAILLÉ D'UN ÉCHANTILLON D'ENFANTS ADOPTÉS DANS TROIS RÉGIONS DU QUÉBEC ENTRE 2017 ET 2022

Afin de compléter le portrait sommaire dressé à partir des données entreposées dans la BDI, nous avons effectué une analyse plus en profondeur des dossiers d'adoption et des dossiers PIJ, pour un échantillon d'enfants adoptés entre 2017 et 2022. L'étude de ces dossiers a permis de détailler des

informations, principalement de nature clinique, qui ne sont pas entreposées dans la BDI, en plus de documenter le suivi en lien avec le projet d'adoption, qui ne se retrouve pas dans le dossier en protection de la jeunesse.

3.1.2.1. SOURCES D'INFORMATIONS

Le portrait détaillé s'appuie sur deux sources d'information, soit le dossier PIJ, expliqué précédemment, et le dossier d'adoption. Ce dernier est constitué de toutes les informations existantes et disponibles relatives au projet d'adoption, incluant notamment l'identification de l'enfant, de ses parents d'origine et de ses parents adoptifs, ainsi que tout document judiciaire, clinique ou administratif lié au projet d'adoption. Depuis 2017, des orientations nationales ont été émises afin que le contenu des dossiers d'adoption soit le même, peu importe la région du Québec. Contrairement au dossier en protection de la jeunesse, le dossier d'adoption est à conservation permanente, ce qui signifie qu'il ne peut être détruit, et ce, dans l'objectif de répondre aux demandes de recherche sur les antécédents et aux demandes de retrouvailles. C'est pourquoi, lorsque l'adoption se concrétise par le biais du programme banque mixte, tous les rapports cliniques et les ordonnances en lien avec le suivi en protection de la jeunesse sont transférés dans le dossier d'adoption. Malgré cela, nous avons consulté les deux dossiers (PIJ et adoption) dans la mesure où les dossiers PIJ sont informatisés, pour permettre une recherche d'informations plus rapide et systématique, notamment à l'aide de la navigation via les divers onglets.

Jusqu'à tout récemment, les dossiers d'adoption n'existaient qu'en format papier dans les services d'archives des établissements qui chapeautent une Direction de la protection de la jeunesse. Même si un effort de numérisation de ces dossiers a été réalisé dans toutes les régions du Québec, leur consultation en format PDF a nécessité un investissement de temps plus important. À noter que parallèlement, le MSSS a commencé à déployer une plateforme informatisée centralisée sur l'adoption, soit le Système d'information pour les adoptions québécoises et internationales (ADOQI). Ainsi, depuis novembre 2020, tous les établissements ont commencé à saisir les demandes de services liées à un projet d'adoption dans ADOQI, en vue d'éliminer ultimement les dossiers en format papier. Cela nous a permis, par conséquent, de consulter les dossiers des plus récentes adoptions via cette plateforme.

3.1.2.2. ÉCHANTILLON

L'échantillon est composé de tous les enfants adoptés entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2022 dans trois établissements, soit : le CIUSSS de la Montérégie-Est, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le choix des établissements ciblés pour la collecte de données dans les dossiers reposait sur certains critères, soit la densité de la population sur les territoires couverts, le fait que ces régions fassent partie des six régions du Québec où il y a eu le plus d'adoptions au cours des dernières années et la proximité géographique avec les membres de l'équipe de recherche.

Pour chacune des trois régions, le personnel autorisé de l'établissement a identifié la liste de tous les enfants qui ont eu un jugement d'adoption durant la période mentionnée ci-haut. Il s'agissait de :

121 enfants pour la Montérégie-Est, 103 enfants pour la Capitale-Nationale et 82 enfants pour le Saguenay-Lac-Saint-Jean, pour un total de 306 enfants. Chaque dossier a été consulté pour s'assurer que la situation de l'enfant correspondait aux critères de sélection, c'est-à-dire qu'il s'agissait soit d'une adoption régulière, d'une adoption par le programme banque mixte ou d'une adoption par la famille d'accueil régulière ou de proximité. Les dossiers qui présentaient plutôt des situations d'adoption intrafamiliale par consentement spécial, où le personnel de la DPJ a procédé à une évaluation psychosociale du ou des postulants à l'adoption, ou encore des adoptions internationales, pour lesquelles un jugement d'adoption a été prononcé au Québec, ont été exclus de la collecte de données (*n*=58). L'échantillon final est composé de **248 enfants**.

3.1.2.3. DIMENSIONS MESURÉES

L'étude des dossiers PIJ et des dossiers d'adoption s'est concentrée sur la collecte de données cliniques, c'est-à-dire sur des données qui ne sont pas entreposées dans la BDI, de manière complémentaire aux données qui ont été recueillies pour le portrait sommaire de la cohorte. Comme l'identifiant unique (ID) dans PIJ est aussi indiqué dans le dossier d'adoption, il a été possible de regrouper, pour un même enfant, les données extraites de la BDI et les informations recueillies dans les dossiers PIJ et les dossiers d'adoption.

Les données suivantes ont donc été recueillies dans le cadre de la présente étude :

Données sociodémographiques de l'enfant et de son milieu d'origine. Des informations concernant l'enfant ont été colligées, soit : date de naissance, sexe à la naissance. Des informations concernant les parents d'origine ont aussi été colligées, lorsque disponibles : date de naissance, sexe à la naissance, identité de genre, reconnaissance légale de son lien de filiation à l'enfant, date de décès (le cas échéant), statut conjugal, source de revenu. Enfin, des informations concernant la fratrie d'origine ont été colligées, lorsque disponibles, afin de connaître le portrait familial au moment où l'enfant devient admissible à l'adoption : sexe à la naissance, lien de parenté avec l'enfant, âge (majeur ou mineur), milieu de vie, nombre de frères/sœurs/demi mineurs pris en charge, nombre de frères/sœurs/demis placés et nombre de frères/sœurs/demi adoptés. Les enfants de la cohorte qui sont membres d'une même fratrie (ou demi-fratrie) ont été clairement identifiés.

Problématiques vécues par les parents d'origine. Lorsqu'elles étaient disponibles, des informations concernant les expériences de maltraitance et l'implication de la DPJ durant l'enfance ou l'adolescence, les problématiques psychosociales (p. ex., problèmes de consommation, antécédents criminels, violence conjugale) ainsi que les problématiques de santé mentale ou neurodéveloppementales vécues par les parents d'origine ont été colligées.

Données sur la santé de l'enfant. Les informations concernant la santé physique, mentale, développementale et neurodéveloppementale de l'enfant, ainsi que les informations de naissance (p. ex., petit poids, prématurité, sevrage) qui sont rapportées au dossier ont été colligées de manière qualitative, puis regroupées en catégories.

Données sur la trajectoire de placement de l'enfant. Différentes informations concernant la trajectoire de placement de l'enfant ont été colligées : la présence ou l'absence de cohabitation de l'enfant avec ses parents d'origine, le nombre de milieux substituts différents avant le jugement d'adoption; les tentatives de réunification familiale.

Contacts avec les membres de la famille d'origine. Lorsqu'elles étaient disponibles, des données quantitatives et qualitatives concernant les contacts de l'enfant avec les membres de sa famille d'origine pendant le placement ont été colligées : présence ou absence de contact, membres de la famille d'origine impliqués, fréquence ordonnée versus réelle, supervision des contacts, moment et motifs pour lesquels les contacts se sont arrêtés.

Données sociodémographiques du milieu adoptif. Des informations concernant les parents adoptifs ont été colligées : date de naissance, sexe à la naissance, identité de genre, date de décès (le cas échéant), origines ethnoculturelles, dernier niveau de scolarité, revenu familial, statut conjugal, motivations à adopter, profil d'enfant recherché. De plus, afin de dresser un portrait du milieu adoptif au moment de l'ordonnance de placement en vue d'adoption, des informations concernant la fratrie adoptive, le cas échéant, ont été colligées : nombre de frères et sœurs, sexe à la naissance, lien avec les parents (biologique, adoptif).

Difficultés rencontrées par les parents adoptifs relativement au placement. Des informations ont été recueillies dans le dossier concernant les difficultés vécues par les parents d'accueil pendant le placement ayant mené à l'adoption. Ces informations ont été traitées de manière qualitative et regroupées en catégories.

Informations sur le processus d'adoption. Différentes informations concernant le processus d'adoption ont été colligées, telles que : le type d'adoption, le type de milieu d'accueil ayant adopté l'enfant, le changement du prénom de l'enfant au moment de l'adoption (le cas échéant), l'âge de l'enfant aux différentes étapes du processus d'adoption ainsi que le délai entre ces étapes, le type d'admissibilité à l'adoption (consentement ou déclaration judiciaire), les motifs du consentement à l'adoption (le cas échéant), la reconnaissance d'un lien de filiation préexistant, les détails concernant l'entente de communication après l'adoption (le cas échéant).

3.1.2.4. PROCÉDURES

Une grille de dépouillement de dossiers, incluant chacune des dimensions mentionnées ci-haut, a été développée sur la plateforme en ligne *LimeSurvey*, afin de systématiser et d'uniformiser la collecte d'informations pour ce volet de l'étude. Il s'agit d'une plateforme en ligne sécurisée dont les données sont hébergées sur les serveurs informatiques de l'Université du Québec en Outaouais, qui est approuvée par les comités d'éthique de la recherche (CÉR-UQO et CÉR-IUJD). Les données peuvent ensuite être exportées dans un fichier SPSS, pour en faire le traitement statistique.

Les dossiers PIJ et les dossiers d'adoption de chaque enfant faisant partie de l'échantillon ont été consultés par des membres de l'équipe de recherche. Dans le cas de la collecte de données au CIUSSS de la Capitale-Nationale, qui s'est déroulée de l'été 2022 à l'été 2023, et au CIUSSS du

Saguenay-Lac-Saint-Jean, qui s'est déroulée durant l'hiver et l'été 2023, les membres de l'équipe de recherche ont consulté les dossiers à partir de postes informatiques physiques situés dans ces établissements. Pour ce qui est de la collecte de données au CIUSSS de la Montérégie-Est, qui s'est déroulée de l'automne 2024 à l'été 2025, les membres de l'équipe de recherche ont consulté les dossiers à distance, à l'aide d'un jeton informatique sécurisé, sur des postes informatiques physiques situés au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Différents onglets du dossier PIJ de l'enfant ont été consultés (p. ex., suivi d'activités, notes chronologiques, plans d'intervention) ainsi que les rapports d'évaluation, d'orientation, de révision et d'application des mesures rédigés par le personnel de la DPJ tout au long du suivi de l'enfant. Du côté des dossiers d'adoption, ce sont principalement les informations qui ne se retrouvent pas au dossier PIJ (p. ex., les informations concernant le milieu d'adoption, le dossier de naissance, les suivis en cours du processus d'adoption) qui ont été ciblées. La majorité des dossiers d'adoption étaient numérisés et ont été consultés directement à l'écran en format PDF. Certains des dossiers plus récents ont pu être consultés sur la plateforme ADOQI, en navigant à travers les différents onglets pour repérer l'information pertinente.

3.1.3. STRATÉGIE D'ANALYSE DES DONNÉES

Tant pour le portrait provincial que pour le portrait détaillé des trois régions, des analyses descriptives (fréquences, moyennes, tableaux croisés) ont été réalisées afin de dresser un portrait des enfants, de leurs milieux d'origine et d'adoption, ainsi que de leur trajectoire dans les services de protection de la jeunesse et de leur parcours d'adoption, à partir des indicateurs mesurés par l'étude.

3.1.4. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Pour l'ensemble du Volet 1, une demande de certification éthique multicentrique a été déposée sur la plateforme Nagano du Comité d'éthique de la recherche – Jeunes en difficulté (CÉR-JD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) le 31 janvier 2022. L'approbation éthique finale a été obtenue le 18 février 2022. Des demandes de reconnaissance de l'approbation éthique accordée par le CÉR-JD ont également été déposées aux CÉR de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), en raison de l'appartenance universitaire des chercheuses principales.

À la suite de l'approbation éthique finale, des demandes de convenance institutionnelle ont été acheminées aux 16 CISSS et CIUSSS afin de pouvoir procéder aux extractions de données décrites précédemment et d'obtenir les autorisations requises pour que les membres de l'équipe de recherche puissent accéder aux dossiers PIJ et d'adoption pour les trois régions du portrait détaillé. Ces demandes ont été déposées sur les plateformes Nagano pour les établissements qui utilisent cette plateforme, ou envoyées par courriel dans le cas des autres établissements. Toutes les demandes de convenance institutionnelle ont été acheminées entre les mois de mars et de juillet 2022. Quatorze des 16 établissements ont autorisé la convenance institutionnelle entre avril et août

2022. Le 22 septembre 2022, certaines dispositions de la *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels*, aussi appelée Loi 25 (LQ 2021, c. 25) sont entrées en vigueur, modifiant significativement l'accès aux renseignements personnels pour des fins de recherche. Les deux établissements qui n'avaient pas encore traité notre demande de convenance institutionnelle à cette date ont choisi d'appliquer les nouvelles dispositions législatives en vigueur. Des enjeux concernant l'interprétation et la mise en application de ces nouvelles dispositions législatives ont entraîné des délais significatifs dans le traitement de ces demandes de convenance institutionnelle. Après de multiples démarches, ces deux dernières convenances institutionnelles ont été autorisées en avril et en juillet 2024.

Concernant les données extraites des entrepôts de données clinico-administratives (BDI) pour le portrait provincial, même si ces données ne contiennent aucune donnée nominative (p. ex., nom de l'enfant ou de ses parents), les identifiants uniques (ID) et les dates de naissance complètes font partie des données extraites et sont considérés comme des données nominatives et donc potentiellement identificatoires. Comme les démarches de certification éthique ont été réalisées avant l'entrée en vigueur de la Loi 25 et comme il était impossible d'obtenir le consentement des personnes usagères pour accéder à leurs renseignements personnels dans les dossiers (puisque les données de la BDI sont dénominalisées), l'autorisation de la Direction des services professionnels (DSP) de chaque établissement participant a été obtenue pour l'extraction des données concernant les cohortes. Ces données ont été conservées sur un serveur sécurisé à l'UQO dont un accès restreint a été partagé uniquement avec les personnes de l'équipe de recherche (c.-à-d. chercheuses, coordonnatrices, analystes et auxiliaires de recherche impliquées dans la collecte et l'analyse des données du portrait provincial).

Concernant les données collectées dans les dossiers (adoption et PIJ) pour le portrait détaillé des trois régions, les membres de l'équipe de recherche qui ont été assignés à cette collecte ont eu accès à des données de services nominatives et sensibles. Par conséquent, plusieurs moyens ont été pris pour s'assurer que les renseignements obtenus demeurent strictement confidentiels. L'autorisation du DSP de chacun des trois établissements visés par cette cueillette de données a été obtenue. La grille de collecte de données ne colligeait pas de données nominatives, à l'exception du numéro d'usager et de la date de naissance de l'enfant, pour s'assurer de pouvoir jumeler les données recueillies dans l'analyse des dossiers d'adoption ou PIJ avec les données provenant de la BDI pour les mêmes dossiers. Une fois que les variables requises pour le rapport final ont été créées dans le fichier SPSS (p. ex., calculs de durées ou d'âges en fonction de dates précises), toutes les données sensibles potentiellement identificatoires ont été retirées de ces fichiers et conservées à part, dans un fichier uniquement accessible aux chercheuses.

Les fichiers SPSS finaux seront conservés pour un maximum de 7 ans après le dépôt du rapport final, afin de permettre la réalisation d'analyses de données secondaires qui feront l'objet de publications scientifiques.

Le projet a respecté toutes les règles d'éthique en usage. Tous les membres de l'équipe de recherche (c.-à-d. chercheuses, coordonnatrices et auxiliaires de recherche) ont signé un engagement à la confidentialité.

3.2. VOLET 2

Le Volet 2 de la présente recherche vise à recueillir des données auprès des membres de la triade adoptive. Un devis mixte simultané avec triangulation a été proposé pour ce volet. Ainsi, les collectes de données qualitatives et quantitatives ont été réalisées de façon indépendante et concomitante (Bourgault et al., 2010; Briand et Larivière, 2020). Au moment de l'analyse des données, les données quantitatives et qualitatives ont d'abord été interprétées de façon indépendante. Par la suite, elles ont été intégrées (triangulées) afin de mieux comprendre la réalité des membres de la triade adoptive. La triangulation des résultats, présentée dans le chapitre 10 du présent rapport, a permis d'identifier des similarités, des différences ou des complémentarités entre les données pour chaque groupe d'acteurs. Cette façon de procéder a également permis d'allier le détail et la profondeur des données qualitatives aux grandes tendances observées à l'aide des données quantitatives recueillies auprès d'un grand nombre de personnes répondantes (Creswell et Plano Clark, 2011).

Le deuxième volet de l'étude visait à répondre à l'**objectif 2** (concernant l'expérience du parcours d'adoption) et, en partie, à l'**objectif 3** (concernant l'état de santé après l'adoption). Ce volet était axé sur l'étude des points de vue et de l'expérience des personnes adoptées adultes, des parents d'origine et des parents adoptifs, et ce, tout au long de leur trajectoire d'adoption. Il visait toute adoption ayant été réalisée à partir de 1990, puisqu'à ce moment, le programme banque mixte commençait à s'implanter dans les différentes régions du Québec. Ce volet s'est appuyé sur deux stratégies méthodologiques distinctes, soit :

1) Le développement de questionnaires en ligne pour connaître le point de vue des personnes adoptées et des parents adoptifs;
2) La réalisation d'entrevues semi-dirigées sous forme de récit de vie avec des personnes adoptées, des parents adoptifs et des parents d'origine.

3.2.1. QUESTIONNAIRES EN LIGNE (DONNÉES QUANTITATIVES)

3.2.1.1. POPULATION VISÉE

Pour les questionnaires en ligne, des **personnes adoptées** ainsi que des **parents adoptifs** ont été recrutés. Étant donné les difficultés envisagées à recruter des parents d'origine (p. ex., lourde charge émotionnelle liée à cette expérience; absence de lieux communs pour faciliter le recrutement; expérience de marginalisation qui pourrait faire en sorte qu'ils soient moins enclins à avoir un accès facile à Internet), le choix a été fait de ne pas recueillir d'informations quantitatives auprès des parents d'origine.

Les critères d'inclusion pour les personnes adoptées et les parents adoptifs étaient : 1) l'âge (18 ans et plus); 2) le type d'adoption (soit une adoption régulière, par le biais du programme banque mixte ou par la famille d'accueil régulière ou de proximité) et 3) la période à laquelle l'adoption a eu lieu (à partir de 1990). Le dernier critère visait à se restreindre aux adoptions depuis la création du programme banque mixte.

3.2.1.2. DÉMARCHES DE RECRUTEMENT ET PROCÉDURE DE COLLECTE DE DONNÉES

Il existe des défis considérables pour rejoindre les personnes adoptées et leurs parents adoptifs, notamment parce que ces personnes n'ont plus de contact avec les services de protection de la jeunesse une fois que le jugement d'adoption est prononcé et que le dossier de suivi est fermé. Il faut donc procéder par d'autres moyens pour tenter de les rejoindre.

Un site Internet a été créé (https://adoptionquebecoise.ca) pour présenter toutes les informations concernant l'étude, ainsi que les hyperliens pour accéder aux questionnaires en ligne et les moyens de rejoindre l'équipe de recherche pour poser des questions ou pour signifier son intérêt à participer.

Des annonces de recrutement référant à ce site Internet, disponibles en divers formats en fonction du médium privilégié, ont été partagées à plusieurs reprises, entre avril 2024 et juin 2025, par le biais des réseaux sociaux (p.ex., Facebook, Instagram, LinkedIn) et de l'infolettre de l'équipe de recherche et de divers partenaires susceptibles d'offrir des services aux personnes adoptées et aux parents adoptifs ou de rejoindre des personnes professionnelles offrant de tels services (p.ex., le COCON adoption, l'Association des parents adoptifs du Québec [APAQ], le RAIS – Ressource adoption, L'Hybridé, la Clinique Allégria, l'Association Emmanuel, le Mouvement Retrouvailles, la Coalition des familles LGBT+, PÉTALES Québec, la Fédération des familles d'accueil et des ressources intermédiaires du Québec [FFARIQ], l'Association démocratique des ressources à l'enfance affiliée à la Centrale des syndicats démocratiques [ADREQ(CSD)]). Des annonces de recrutement ont également circulé à plusieurs reprises sur des groupes Facebook destinés à des parents d'accueil du programme banque mixte ou des membres de la triade adoptive (p. ex., *Adoption, Émotions, Retrouvailles*; *Familles de Cœur : Devenir famille d'accueil banque mixte*; *Adoption Enfant Québec*; *La banque mixte, notre réalité*).

Des centaines de cartes postales présentant l'étude et référant au site Internet mentionné ci-haut ont aussi été distribuées dans divers évènements réunissant des familles d'accueil et/ou des personnes professionnelles du domaine de l'adoption au cours de la période de recrutement.

Des démarches ont aussi été réalisées auprès de certains CISSS et CIUSSS pour recruter 1) des parents d'accueil pour qui un placement est en cours mais qui ont déjà adopté un ou plusieurs autres enfants dans le passé et 2) des parents adoptifs ou des personnes adoptées qui font une demande au service de recherche d'antécédents et de retrouvailles.

Plusieurs médias traditionnels et journalistes ont aussi été contactés par l'équipe de recherche (p. ex., Radio-Canada, La Presse, Le Devoir, Métro Média, Le Soleil, Le Nouvelliste, le Journal de

Montréal, Urbania); tous, sauf un, ont refusé de diffuser l'annonce de recrutement mais ont demandé à être recontactés au moment de la diffusion des résultats de l'étude.

Pour participer, les personnes intéressées devaient se rendre sur le site Internet de l'étude et cliquer sur le bouton correspondant à leur statut (soit personne adoptée, soit parent adoptif) pour accéder à la plateforme *LimeSurvey*. Elles étaient alors invitées à s'enregistrer afin de recevoir un courriel contenant un lien personnalisé leur permettant d'accéder au questionnaire qui les concernait. Cette stratégie permettait d'assurer un suivi personnalisé dans le cas où les personnes participantes ne complétaient pas l'entièreté du questionnaire en ligne.

3.2.1.3. ÉCHANTILLONS

Au terme de la période de recrutement, un total de 55 personnes se sont inscrites au questionnaire à compléter par les personnes adoptées. De ce nombre, 30 personnes ne répondaient pas aux critères de sélection parce qu'il s'agissait de parents adoptifs qui n'avaient pas compris que le questionnaire s'adressait aux personnes adoptées adultes, de personnes adoptées avant 1990 ou de personnes adoptées de l'international. De plus, 7 personnes n'ont jamais cliqué sur l'hyperlien envoyé par courriel afin d'accéder au questionnaire en ligne et 2 personnes n'ont répondu qu'à la première question avant de s'arrêter. Par conséquent, l'échantillon final est composé de **16 personnes adoptées adultes**.

Concernant le questionnaire pour les parents adoptifs, 230 personnes se sont inscrites afin de recevoir un hyperlien personnalisé par courriel. De ce nombre, 15 personnes ne répondaient pas aux critères de sélection parce qu'elles ont indiqué avoir adopté avant 1990, qu'elles ont préféré ne pas répondre à cette question ou qu'il s'agissait de personnes adoptées. De plus, 47 personnes n'ont jamais cliqué sur l'hyperlien envoyé par courriel leur permettant d'accéder au questionnaire en ligne et 22 personnes n'ont pas répondu à suffisamment de questions pour considérer leur participation comme valide. Par conséquent, l'échantillon final comprend **146 parents adoptifs**.

3.2.1.3. OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

Des questionnaires en ligne, disponibles en français et en anglais, ont été développés aux fins de la présente étude. Certaines questions ont été inspirées d'études déjà existantes et disponibles en français ou en anglais, notamment le *Modern Adoptive Families Study* (Brodzinsky, 2015) et le *Vermont Permanency Survey* (Quality Improvement Center for Adoption & Guardianship Support and Preservation, 2021).

Le questionnaire adressé aux personnes adoptées comporte les sections suivantes : 1) informations sociodémographiques; 2) portrait de la composition de la famille adoptive; 3) état de santé physique et mentale, durant l'enfance et l'adolescence et au moment de répondre au questionnaire; 4) consommation de substances psychoactives et comportements à risque dans l'enfance ou l'adolescence; 5) cheminement scolaire et professionnel; 6) relations avec les parents adoptifs et les pairs; 7) expérience en tant que personne adoptée; 8) curiosité par rapport aux origines et contacts avec la famille d'origine; 9) besoins, utilisation et degré de satisfaction par rapport aux

services. Le temps de passation pouvait varier de 30 à 45 minutes, selon la complexité de la situation de la personne adoptée.

Le questionnaire pour les parents adoptifs comporte les sections suivantes : 1) informations sociodémographiques; 2) informations concernant les enfants; 3) période préadoptive; 4) besoins, utilisation et degré de satisfaction par rapport aux services; 5) impacts de l'adoption sur les plans personnel et familial. À la fin du questionnaire, les parents qui avaient un ou plusieurs enfants adoptés en contexte québécois âgés de moins de 18 ans pouvaient consentir à compléter deux questionnaires supplémentaires. L'un de ces questionnaires aborde les éléments suivants : 1) portrait familial au moment de l'arrivée de l'enfant; 2) contacts avec la famille d'origine avant l'adoption; 3) ouverture communicationnelle à propos de l'adoption; 4) relation avec l'enfant adopté; 5) implication de la DPJ après l'adoption; 6) entente de communication avec la famille d'origine après l'adoption. L'autre questionnaire aborde les éléments suivants : 1) l'état de santé de l'enfant; 2) son parcours scolaire; 3) ses besoins et son utilisation des services, ainsi que le degré de satisfaction du parent à l'égard des services pour l'enfant; 4) les démarches de retrouvailles.

3.2.1.4. STRATÉGIE D'ANALYSE DES DONNÉES

Les données recueillies ont été analysées de manière descriptive (fréquences, moyennes, tableaux croisés) pour chacun des indicateurs mesurés.

3.2.2. ENTREVUES SOUS FORME DE RÉCITS DE VIE (DONNÉES QUALITATIVES)

3.2.2.1. POPULATION VISÉE

Afin d'approfondir la compréhension des expériences des membres de la triade adoptive, des **parents adoptifs**, des **personnes adoptées adultes** et des **parents d'origine** ont été recrutés. Les critères d'inclusion étaient les mêmes que pour les questionnaires en ligne (voir section 3.2.1.1).

3.2.2.2. RECRUTEMENT DES PERSONNES PARTICIPANTES

L'équipe de recherche a eu le souci de diversifier les personnes rencontrées selon les régions administratives du Québec, et ce, tout en tenant compte du nombre d'adoptions réalisées dans ces régions ainsi que de la proximité géographique avec les membres de l'équipe de recherche. Une diversification selon le type d'adoption et la structure familiale adoptive a également été visée. Comme c'est généralement le cas en recherche qualitative, la procédure d'échantillonnage a été guidée par un souci de transférabilité et non de généralisation (Lincoln et Guba, 1985).

Le recrutement pour les entrevues s'est effectué en même temps et selon les mêmes stratégies que pour les questionnaires en ligne (voir section 3.2.1.2.).

La majorité des personnes adoptées et des parents adoptifs ont été recrutés parmi les personnes répondantes aux questionnaires en ligne. En effet, les personnes intéressées à participer à une entrevue individuelle pouvaient laisser leurs coordonnées au début du questionnaire et consentir à être contactées par l'équipe de recherche. Par ailleurs, quelques personnes adoptées et parents

adoptifs ont manifesté leur intérêt à participer aux entrevues en envoyant un courriel à l'équipe de recherche.

Les parents d'origine ont été plus difficiles à recruter, tel qu'attendu, en raison de leur grande vulnérabilité et de l'absence de lieux communs où ils peuvent se regrouper. Certaines stratégies plus ciblées ont été mises en œuvre, par exemple en écrivant de manière personnalisée sur LinkedIn à des personnes professionnelles qui s'affichent publiquement comme alliées ou œuvrant dans la défense de droits de parents d'origine dont les enfants sont placés par la DPJ en vue d'une adoption. Des personnes intervenantes dans les CISSS et CIUSSS ont également été mises à contribution pour parler de la recherche à des parents d'origine qu'elles accompagnent en raison d'un suivi en protection de la jeunesse pour un ou plusieurs de leurs enfants en sachant qu'ils ont vécu l'expérience de l'adoption d'au moins un autre de leurs enfants. Ces stratégies plus ciblées ont été les plus efficaces pour le recrutement de la majeure partie de l'échantillon.

3.2.2.3. ÉCHANTILLONS

Le recrutement des parents adoptifs a connu un fort succès, ce qui a permis à l'équipe de recherche d'assurer une diversification de l'échantillon en sélectionnant des parents aux caractéristiques variées. En effet, 122 parents adoptifs ont manifesté un intérêt à participer à l'entrevue, alors que la taille d'échantillon visée était de 20 à 25 parents. Au terme du recrutement, l'échantillon final est composé de **23 parents adoptifs**, provenant de 21 familles différentes et ayant adopté 30 enfants en contexte québécois. Le Tableau 1 présente les principales caractéristiques de cet échantillon.

Tableau 1. Caractéristiques des parents adoptifs rencontrés en entrevue

Caractéristiques des parents adoptifs et des familles	*n*	%
Genre[1]		
Masculin	7	30,4
Féminin	16	69,6
Groupes d'âge lors de l'entrevue[1]		
20-29 ans	1	4,4
30-39 ans	2	8,7
40-49 ans	8	34,8
50-59 ans	7	30,4
60-79 ans	5	21,7
Type d'adoption[2]		
Adoption régulière	1	4,8
Adoption banque mixte	18	85,7
Adoption régulière et banque mixte	1	4,8
Famille d'accueil de proximité	1	4,8
Statut conjugal[2]		
Couple hétéroparental	13	61,9
Couple homoparental	5	23,8

Caractéristiques des parents adoptifs et des familles	*n*	%
Adoption soloparentale	3	14,3
Établissement où l'adoption s'est réalisée[2]		
CIUSSS Centre-sud-de-l'Ile-de-Montréal	6	28,6
CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec	4	19,1
CISSS de la Montérégie-Est	4	19,1
CIUSSS de la Capitale-Nationale	2	9,5
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	1	4,8
CISSS de l'Outaouais	1	4,8
CISSS des Laurentides	1	4,8
CISSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	4,8
Donnée manquante	1	4,8
Nombre d'enfants[2]		
1	6	28,6
2	10	47,6
3	3	14,3
4	2	9,5
Enfants biologiques[2]		
Oui	3	14,3
Non	18	85,7
Enfants adoptés à l'international[2]		
Oui	2	9,5
Non	19	90,5
Âge des enfants adoptés au Québec au moment de l'entrevue[3]		
0-5 ans	5	16,7
6-11 ans	8	26,7
12-17 ans	6	20,0
18 ans et plus	11	36,7

Note. [1]*N=23,* [2]*N=21.*[3]*N=30.*

Tel que mentionné précédemment, le recrutement des personnes adoptées adultes, que ce soit pour le questionnaire en ligne ou pour les entrevues, a été difficile. Au total, 14 personnes adoptées ont manifesté un intérêt à participer à l'entrevue. Parmi elles, 8 se sont désistées ou n'ont pas donné suite à nos relances pour fixer le moment de l'entrevue. L'échantillon final est donc composé de **6 personnes adoptées adultes**, toutes provenant de familles adoptives et d'origine différentes. Le Tableau 2 présente les principales caractéristiques de cet échantillon.

Tableau 2. Caractéristiques des personnes adoptées adultes rencontrées en entrevue

Caractéristiques des personnes adoptées adultes	*n*	%
Genre		
Masculin	4	66,7
Féminin	2	33,3
Groupes d'âge lors l'entrevue		
18-24	4	
25-30	2	66,7
Type d'adoption		33,3
Adoption régulière	-	-
Adoption banque mixte	6	100,0
Expérience de retrouvailles lors de l'entrevue		
Oui	6	100,0
Non	-	-

Note. N=6.

Enfin, concernant le recrutement des parents d'origine, 8 personnes ont manifesté un intérêt à participer à l'entrevue en communiquant avec l'équipe de recherche par courriel ou par téléphone, ou en acceptant que leurs coordonnées soient transmises à l'équipe de recherche. Une personne ne répondait pas aux critères d'inclusion parce que son enfant a été adopté dans une autre province canadienne et une autre personne s'est désistée avant la tenue de l'entrevue. L'échantillon final est composé de **6 parents d'origine**, provenant de 5 familles différentes. Deux parents, qui forment un couple, ont été rencontrés ensemble, alors que les autres entrevues ont été réalisées individuellement. Le Tableau 3 présente les principales caractéristiques de cet échantillon.

Tableau 3. Caractéristiques des parents d'origine rencontrés en entrevue

Caractéristiques des parents d'origine	*n*	%
Genre[1]		
Masculin	2	33,3
Féminin	4	66,7
Groupes d'âge[1]		
30-39	2	33,3
40-49	3	50,0
50-59	1	16,7
Type d'adoption[1]		
Adoption régulière	-	-
Adoption banque mixte	6	100,0
Consentement ou DAA[1]		
DAA	5	83,3
Consentement et DAA	1	16,7

Caractéristiques des parents d'origine	*n*	%
Nombre d'enfants adoptés[2]		
1 à 3	4	80,0
4 à 6	1	20,0

Note. [1]*N=6.* [2]*N=5.*

3.2.2.4. OUTILS DE COLLECTE

À l'exception d'une entrevue réalisée auprès d'un couple de parents d'origine et de deux entrevues réalisées auprès de couples de parents adoptifs, des entrevues semi-dirigées individuelles, sous forme de récits de vie (Bertaux, 1980; Burrick, 2010; Reimer, 2017), ont été réalisées avec les personnes participantes.

Avec l'ensemble des personnes participantes, un **génogramme** et une **ligne du temps** ont été complétés en début d'entrevue afin de situer les particularités de chaque situation. Pour le génogramme, l'enfant adopté était positionné au cœur du modèle, avec les membres de sa famille d'origine à gauche et les membres de sa famille adoptive à droite. La ligne du temps des parents adoptifs et d'origine était séparée selon les étapes de leurs trajectoires d'adoption respectives (avant, pendant et après l'adoption), tandis que la ligne du temps des personnes adoptées était séparée selon les grandes étapes de leur développement (enfance, adolescence, âge adulte).

Trois **canevas d'entrevue** distincts ont été développés aux fins de la présente étude, soit un canevas par membre de la triade adoptive. Chaque canevas a été organisé de manière chronologique en fonction des étapes prévues dans les lignes du temps. Des thématiques ont été identifiées pour chacune des étapes, dont certaines étaient spécifiques à une étape précise (p. ex., les motivations à adopter ont été abordées à l'étape préadoptive avec les parents adoptifs), alors que d'autres étaient des thématiques récurrentes qui revenaient à chacune des étapes (p. ex., les défis rencontrés, les besoins en termes de services ainsi que les services reçus). Chaque canevas d'entrevue se terminait avec une question portant sur les conseils à donner ou les recommandations à faire, selon le cas.

3.2.2.5. PROCÉDURE DE COLLECTE DE DONNÉES

Les personnes souhaitant participer à la recherche ont contacté l'équipe par téléphone ou courriel, à l'exception de celles recrutées par l'entremise du questionnaire en ligne qui avaient déjà donné leur consentement à être contactées directement par l'équipe de recherche. Ce premier contact téléphonique ou courriel a permis de vérifier que les personnes intéressées respectaient les critères d'inclusion établis pour l'étude et de leur expliquer plus en détail la nature de leur participation.

Par la suite, un moment de rencontre a été fixé avec elles pour réaliser l'entrevue. Les personnes participantes pouvaient choisir de faire l'entrevue en personne, lorsqu'une personne membre de l'équipe de recherche était en mesure de se déplacer, ou à distance. Toutes les entrevues avec les

parents d'origine se sont déroulées en personne, alors que les entrevues avec les parents adoptifs et les personnes adoptées adultes ont toutes eu lieu à distance, via Teams ou Zoom.

3.2.2.6. STRATÉGIE D'ANALYSE DES DONNÉES

Les entrevues réalisées en personne ont été enregistrées sur support audio numérique puis retranscrites intégralement pour faciliter l'analyse. Les entrevues réalisées à distance ont été enregistrées (audio et vidéo) et retranscrites à partir de la plateforme utilisée pendant l'entrevue. Des membres de l'équipe de recherche ont vérifié et corrigé toutes les transcriptions avant le début de l'analyse.

Pour chaque groupe de membres de la triade adoptive, les transcriptions ont été versées dans des fichiers séparés sur le logiciel NVivo puis soumises à une analyse de contenu thématique. Ce type d'analyse a été utilisé en tant que mode de réduction du matériel recueilli lors des entrevues. Il s'agit d'une procédure qui consiste à repérer, dans les propos des personnes répondantes, des thèmes généraux qui apparaissent sous divers contenus plus concrets (Braun et Clarke, 2021). Ces thèmes ont ensuite été organisés en catégories d'analyse. L'ensemble de ce contenu a été analysé verticalement, c'est-à-dire entrevue par entrevue, et de manière transversale, d'abord au sein de chaque groupe de membres de la triade adoptive, puis entre ces groupes, afin de pouvoir repérer les thèmes récurrents, mais aussi les tendances ou les singularités dans le discours de chacun des groupes (Paillé et Mucchielli, 2003). Ces analyses ont permis de mettre en lumière le discours des membres de la triade adoptive, en plus de comparer les similitudes et les différences vécues dans leur parcours.

3.2.3. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Pour le Volet 2, une demande de certification éthique a été déposée au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais le 1er septembre 2022. L'approbation éthique a été obtenue le 10 novembre 2022. Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, où est affiliée une des chercheuses principales, a également reconnu l'approbation éthique du CÉR-UQO. Des demandes de modifications ont été soumises et approuvées afin d'apporter certains ajustements aux questionnaires en ligne à la suite des prétests.

En cours de recrutement, une demande de modification éthique a été déposée au CÉR-JD du CCSMTL le 15 janvier 2024, afin d'élargir le recrutement par l'intermédiaire des CISSS et CIUSSS. Une fois la modification approuvée, des demandes de convenance institutionnelle ont été transmises dans les 16 établissements, dont 7 n'ont jamais donné suite pour effectuer le recrutement. Pour les 9 autres, certains ont demandé qu'on leur transmette les informations et les documents de recrutement par courriel, alors que d'autres ont accepté qu'une personne de l'équipe de recherche rencontre les gestionnaires et/ou les personnes intervenantes des services concernés pour leur expliquer le projet de recherche et nos besoins.

Considérant la nature sensible de certains thèmes abordés au cours des entrevues, des précautions particulières ont été prises avec toutes les personnes participantes pour s'assurer de leur bien-être

psychologique tout au long de leur participation à l'étude. Si une personne participante manifestait un inconfort ou des difficultés émotives ou psychologiques, il lui était offert de prendre une pause ou de mettre un terme à l'entrevue. Une liste de ressources disponibles dans chaque région administrative du Québec a systématiquement été transmise à chaque personne en fin d'entrevue.

Afin de préserver la confidentialité des personnes participantes, les données nominatives ont été consignées dans un canal privé Teams, sur un serveur sécurisé de l'UQO, auquel seulement les membres de l'équipe de recherche ayant directement travaillé lors de la collecte de données du Volet 2 avaient accès. Un code alphanumérique a été assigné à chaque personne répondante et c'est ce dernier qui a été utilisé pour l'analyse des données. Les données nominatives et les enregistrements audio et vidéo seront détruits 7 ans après le dépôt du rapport final.

Pour compenser les inconvénients liés au temps de passation des questionnaires en ligne, 5 tirages de cartes-cadeaux virtuelles, d'une valeur de 50 $ chacune, ont été effectués, soit 4 tirages parmi les parents adoptifs et 1 tirage parmi les personnes adoptées. En ce qui concerne les entrevues, chaque personne participante a reçu un montant de 40 $ par virement Interac afin de pallier les inconvénients liés à sa participation (p. ex., le temps de l'entretien, le déplacement s'il y a lieu).

CHAPITRE 4. PORTRAIT PROVINCIAL DES ADOPTIONS QUÉBÉCOISES ENTRE 2007 ET 2022

Doris CHATEAUNEUF
Geneviève PAGÉ
Nadine SIROIS
Marie-Noële ROYER

Le présent chapitre fait état des résultats issus de l'extraction de données provenant de la BDI. Pour rappel, la cohorte finale est composée de **3 709 enfants adoptés**. Cependant, les échantillons varient selon les variables analysées car certaines données ont pu s'avérer manquantes.

Les résultats du présent chapitre sont organisés en 4 parties distinctes : une première qui concerne les données sociodémographiques relatives à l'enfant et son milieu familial d'origine, une seconde qui porte sur la trajectoire d'adoption, une troisième sur la trajectoire dans les services PJ et une quatrième section qui aborde la trajectoire post-adoption (services LPJ et LSJPA).

4.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CONCERNANT L'ENFANT ET SON MILIEU FAMILIAL D'ORIGINE

4.1.1. INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES RELATIVES À L'ENFANT ADOPTÉ

Les résultats concernant le nombre d'enfants adoptés par établissement indiquent un total de 3 709 enfants adoptés au Québec entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2022 dans 16 régions administratives (Tableau 4). L'analyse par région montre que les enfants ont été principalement adoptés par l'entremise du CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal (CCSMTL) (19,1 %), du CISSS de la Montérégie-Est (16,3 %) ainsi que du CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec (11,9 %).

Tableau 4. Nombre d'enfants adoptés par établissement

Nom d'établissement[1]	*n*	%
CIUSSS Centre-sud-de-l'Ile-de-Montréal	707	19,1
CISSS de la Montérégie-Est	603	16,3
CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec	442	11,9
CIUSSS de la Capitale-Nationale	320	8,6
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	272	7,3
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal (Batshaw)	221	6,0
CISSS des Laurentides	205	5,5
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	183	4,9
CISSS de l'Outaouais	172	4,6
CISSS de Lanaudière	124	3,3
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	101	2,7
CISSS du Bas-Saint-Laurent	99	2,7

Nom d'établissement[1]	*n*	%
CISSS de Chaudière-Appalaches	96	2,6
CISSS de la Côte-Nord	65	1,8
CISSS de Laval	65	1,8
CISSS de la Gaspésie/Les Îles	34	0,9

Note. N=3 709. [1]Le nom des établissements a changé à travers les époques en fonction des différentes réformes de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. Par souci de cohérence, les noms actuels des établissements ont été utilisés dans ce tableau.

Concernant le sexe à la naissance des enfants adoptés, les résultats indiquent que 48,0 % des enfants adoptés sont de sexe féminin (*n*=1781) et 52,0 %, de sexe masculin (*n*=1927). Un seul dossier ne rapportait pas le sexe de l'enfant. En ce qui concerne l'âge des enfants adoptés en date du 31 mars 2022, c'est-à-dire l'âge des enfants à la date de la fin de la période d'observation (Tableau 5), les enfants avaient en moyenne 12,5 ans. Ils étaient pour la plupart âgés entre 12 et 17 ans (41,1 %) ou entre 6 et 11 ans (32,3 %), et plus marginalement entre 0 et 5 ans (10,6 %). Au 31 mars 2022, 16,0 % des enfants adoptés étaient majeurs, c'est-à-dire qu'ils étaient âgés de plus de 18 ans.

Tableau 5. Âge de l'enfant au 31 mars 2022 (fin de l'observation)

Âge de l'enfant	*n*	%
Entre 0 et 5 ans	392	10,6
Entre 6 et 11 ans	1 199	32,3
Entre 12 et 17 ans	1 525	41,2
18 ans et plus	593	16,0

Note. N=3 709.

En ce qui a trait à l'origine ethnoculturelle des enfants adoptés, 85,1 % d'entre eux sont d'origine québécoise ou canadienne alors que 14,9 % sont issus de la diversité (Tableau 6). Parmi tous les enfants, 7,1 % sont d'origine autochtone, 3,4 % sont originaires des Caraïbes, 1,7 % ont des origines africaines et 1,0 % sont identifiés comme ayant des origines européennes. D'autres origines sont également présentes, mais dans une moindre mesure (Asie de l'Est ou du Sud-Est, 0,5 %; latinos, 0,4 %; Asie du Sud ou Occidental, 0,3 %; arabes, 0,2 %). Finalement, 0,3 % des enfants adoptés ont une origine ethnoculturelle inconnue mais sont tout de même issus de l'immigration. De plus, parmi l'ensemble des enfants de l'échantillon, 0,6 % sont des immigrants de 1re génération et 4,4 %, des immigrants de 2e génération.

Tableau 6. Origines ethnoculturelles des enfants adoptés

Origines ethnoculturelles	*n*	%
Québécois – Canadien	3 155	85,1
Autochtone	265	7,1

Origines ethnoculturelles	*n*	%
Des Caraïbes	125	3,4
Africains	63	1,7
Européen	36	1,0
Asie de l'Est ou du Sud-Est	18	0,5
Latinos	15	0,4
Asie du Sud ou Occidental	12	0,3
Issus de l'immigration – origine inconnue	12	0,3
Arabes	8	0,2

Note. N=3 709.

4.1.2. INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES RELATIVES AUX PARENTS D'ORIGINE

Différentes données sociodémographiques relatives aux parents d'origine ont pu être recensées à partir des dossiers PIJ des enfants. En ce qui concerne la présence déclarée des parents dans la vie de l'enfant, les résultats recueillis dans le système PIJ indiquent que pour la majorité des enfants, la mère d'origine et le père d'origine étaient identifiés et présents dans la vie de l'enfant (60,7 %) (Tableau 7). Il est à noter qu'un parent est présent dans le système PIJ s'il est identifié comme une personne liée à l'enfant et qu'il est connu des services PJ. L'absence d'un parent dans PIJ signifie l'absence du parent dans la vie de l'enfant. Cependant, sa présence ne signifie pas que ce parent est nécessairement impliqué dans la vie de l'enfant. Par exemple, le père d'origine peut avoir été identifié et apparaître comme « présent » dans le dossier, mais demeurer absent de la vie de l'enfant ou très peu impliqué. Pour 36,4 % des enfants, seulement la mère d'origine était présente au dossier. Pour 2,3 % des enfants, aucun parent d'origine n'était présent (ni mère d'origine, ni père d'origine), et pour 0,5 % des enfants, seulement le père d'origine était présent. Pour tous les autres enfants (60,7 %), les deux parents d'origine étaient identifiés au dossier.

Tableau 7. Identification des parents d'origine dans le système PIJ

Types de parents	*n*	%
Mère et père	2 251	60,7
Mère seulement	1 351	36,4
Aucun parent	87	2,3
Père seulement	20	0,5

Note. N=3 709.

L'âge des parents d'origine lors de la naissance de leur enfant a été comptabilisé (Tableau 8). Les données ont été collectées pour toutes les mères et tous les pères identifiés dans le dossier de l'enfant. L'échantillon compte 3 503 mères et 2 111 pères. Les résultats indiquent que :

- Les mères d'origine étaient principalement âgées entre 20 et 24 ans (31,1 %) et entre 25 et 29 ans (24,0 %) au moment de la naissance de l'enfant. En moyenne, les mères étaient âgées

de 25,9 ans; la mère d'origine la plus jeune était âgée de 13 ans lors de la naissance de son enfant, tandis que la mère la plus âgée avait 52 ans.

- Pour ce qui est des pères d'origine, ces derniers étaient principalement âgés entre 25 et 29 ans (23,4 %), et entre 20 et 24 ans (20,7 %). Les pères âgés de 40 ans et plus représentent 17,3 % de l'échantillon. En moyenne, les pères d'origine avaient 30,8 ans lors de la naissance de l'enfant, le plus jeune étant âgé de 14 ans, tandis que le plus âgé avait 68 ans.

Tableau 8. Âge des parents d'origine au moment de la naissance de l'enfant

Âge des parents d'origine	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
19 ans et moins	607	17,3	167	7,9
20-24 ans	1 088	31,1	436	20,7
25-29 ans	839	24,0	494	23,4
30-34 ans	557	15,9	355	16,8
35-39 ans	312	8,9	293	13,9
40 ans et plus	100	2,9	366	17,3

Note. [1]*N=3 503.* [2]*N=2 111.*

Les données recueillies sur les parents d'origine ont aussi permis de constater que certaines mères et certains pères d'origine sont décédés entre le moment de la naissance de l'enfant et la date de fin d'observation (31 mars 2022)[8] (Tableau 9). Parmi les parents d'origine des enfants de la cohorte, 1,7 % des mères d'origine et 1,6 % des pères d'origine sont décédés.

L'âge des enfants lors du décès de leurs parents est variable : lors du décès de la mère d'origine, 47,6 % des enfants étaient âgés entre 0 et 5 ans, 39,7 % avaient entre 6 et 11 ans et 12,7 % d'entre eux étaient âgés de 12 à 17 ans. Plus précisément, les enfants avaient en moyenne 6,4 ans lors du décès de leur mère d'origine, le plus jeune étant âgé de 43 jours de vie, alors que le plus âgé atteignait presque la majorité (17,8 ans). En ce qui concerne l'âge de l'enfant lors du décès du père d'origine, la moitié d'entre eux (50,0 %) avaient entre 0 et 5 ans, 41,7 % avaient entre 6 et 11 ans et 8,3 % étaient âgés de 12 à 17 ans. En moyenne, les enfants étaient âgés de 5,9 ans. Le plus jeune d'entre eux avait 19 jours de vie, alors que le plus vieux d'entre eux avait 17,5 ans.

Tableau 9. Informations concernant le décès des parents d'origine

Décès des parents d'origine	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Décès				
Oui	63	1,7	36	1,6
Âge des enfants lors du décès				
0-5 ans	30	47,6	18	50,0

[8] Si le décès du parent est survenu au moment où l'enfant adopté était majeur ou au moment où le dossier PJ était fermé, celui-ci n'a pas été comptabilisé.

Décès des parents d'origine	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
6-11 ans	25	39,7	15	41,7
12-17 ans	8	12,7	3	8,3

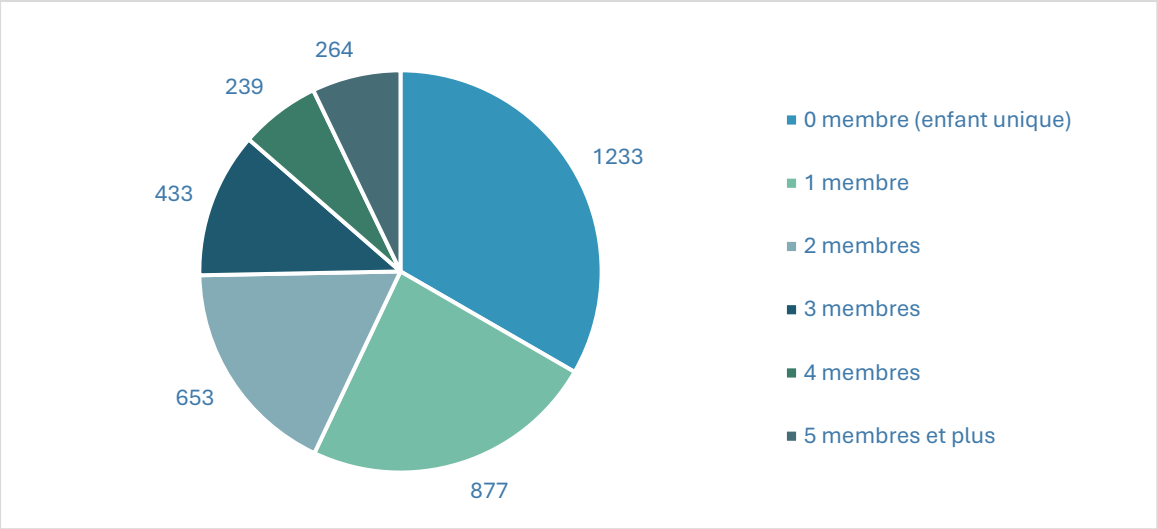
Note. [1]*N=63.* [2]*N=36.*

4.1.3. INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES RELATIVES À LA FRATRIE D'ORIGINE

En ce qui a trait à la fratrie biologique des enfants de la cohorte, le nombre d'enfants issus de la fratrie ou de la demi-fratrie de l'enfant adopté a été répertorié (Tableau 10). Pour être considérés comme membres de la fratrie biologique, les enfants devaient avoir au moins un parent en commun. De plus, pour être comptabilisé, il fallait que le membre de la fratrie en question soit identifié dans le dossier PIJ de l'enfant adopté dans l'onglet « lien personne ». Il est donc possible que certains membres de la fratrie plus vieux ou complètement absents de la vie de l'enfant n'aient pas été répertoriés.

Les résultats indiquent qu'environ le tiers des enfants (33,3 %) étaient des enfants uniques et n'avaient aucun frère, sœur, demi-frère ou demi-sœur d'âge mineur au moment de l'admissibilité à l'adoption. Les autres enfants (66,8 %) avaient à leur dossier des frères, sœurs, demi-frères ou demi-sœurs dont le nombre variait entre 1 et 10. Les données recensées indiquent que 23,6 % des enfants de l'échantillon avaient un membre de fratrie alors que 17,6 % en avaient deux, et 11,9 % en avaient trois (Figure 1).

Figure 1. Nombre de membres de la fratrie d'origine au moment de l'admissibilité à l'adoption



Note. N=3 709.

Le nombre total de frères, sœurs, demi-frères et demi-sœurs d'âge mineur recensés dans les dossiers au moment de l'admissibilité à l'adoption s'élevait à 5 975 enfants. Certaines caractéristiques relatives aux membres de la fratrie d'origine des enfants de la cohorte au moment de la date d'admissibilité à l'adoption ont aussi été analysées, notamment le nombre d'enfants

membres de la fratrie d'origine recevant un service actif à l'application des mesures, le nombre d'enfants en situation de placement ou en processus d'adoption (en cours ou complété) (Tableau 10). Au moment de l'admissibilité à l'adoption de l'enfant concerné par la présente étude, les données indiquent que :

- 35,7 % des membres de la fratrie d'origine recevaient des services en protection de la jeunesse au secteur de l'application des mesures ;
- 42,1 % des membres de la fratrie d'origine étaient en situation de placement[9];
- 18,9 % des membres de la fratrie d'origine étaient en processus d'adoption;
- 9,0 % des membres de la fratrie d'origine étaient eux aussi adoptés.

Tableau 10. Caractéristiques des membres de la fratrie d'origine

Caractéristiques des membres de la fratrie d'origine	*n*	%
Service actif à l'application des mesures		
Non	3 839	64,3
Oui	2 136	35,7
Situation de placement		
Non	3 461	57,9
Oui	2 514	42,1
En processus d'adoption		
Non	4 847	81,1
Oui	1 128	18,9
Adoptés		
Non	5 438	91,0
Oui	537	9,0

Note. N=5 975.

4.2. LA TRAJECTOIRE D'ADOPTION

4.2.1. TYPE D'ADMISSIBILITÉ À L'ADOPTION

L'admissibilité à l'adoption (DAA) des enfants adoptés a été obtenue par déclaration judiciaire (jugement) dans 80,3 % des cas et par consentement du parent dans 19,0 % des cas. Dans quelques situations (0,7 % des cas), la DAA a été obtenue par consentement et par déclaration judiciaire (lorsqu'un des deux parents consent et l'autre non) (Tableau 11). L'information sur le type de DAA était accessible dans 2 766 dossiers, mais demeurait absente dans 943 dossiers.

[9] À noter que cette variable inclut des placements qui se déroulent à n'importe quelle étape de l'intervention en protection de la jeunesse (c'est-à-dire : réception et traitement des signalements; évaluation/orientation; application des mesures).

Tableau 11. Moyens d'obtention de l'admissibilité à l'adoption

Moyen	*n*	%
Déclaration judiciaire	2 220	80,3
Consentement	526	19,0
Déclaration judiciaire et consentement	20	0,7

Note. N=2 766.

4.2.2. DONNÉES RELATIVES AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES LIÉES AU PROCESSUS D'ADOPTION

L'âge des enfants adoptés à chacune des étapes du processus d'adoption, soit au moment de l'admissibilité à l'adoption, au moment de l'ordonnance de placement en vue d'adoption (OPA) et au jugement d'adoption, a été comptabilisé (Tableau 12)[10].

- Lors de la date d'admissibilité à l'adoption, 35,7 % des enfants de l'échantillon étaient âgés de moins de deux ans, alors qu'une portion équivalente, soit 30,0 %, étaient âgés de plus de 2 ans, mais de moins de 4 ans. En moyenne, les enfants étaient âgés de 3,7 ans, le plus jeune étant à son premier jour de vie, alors que le plus âgé approchait la majorité (17,6 ans).
- Lors de l'ordonnance de placement en vue d'adoption, les enfants étaient pour la plupart âgés de plus d'un an mais de moins de 4 ans : ces trois catégories (1 an, 2 ans et 3 ans) regroupent 48,2 % des cas. En moyenne, l'âge est de 4,3 ans, le plus jeune étant âgé de 66 jours de vie alors que le plus vieux avait 17,7 ans.
- Lors du jugement d'adoption, l'âge des enfants est relativement variable : 18,7 % avaient entre 2 et 3 ans, et 16,8 % avaient entre 3 et 4 ans. Cependant, on observe une portion somme toute importante d'enfants âgés de 7 ans et plus au moment du jugement d'adoption, soit 17,7 %. Finalement, la moyenne d'âge lors du jugement d'adoption est de 4,6 ans, l'enfant le plus jeune ayant 176 jours de vie, tandis que le plus vieux approchait ses 18 ans, soit 17,99 ans.

[10] Il est à noter que pour ces variables, certains enfants ont été exclus de l'analyse (DAA, *n*=329; OPA, *n*=349; JA, *n*=20) puisque les dates ne concordaient pas avec la séquence des étapes établies (p. ex., DAA après OPA).

Tableau 12. Âge des enfants au moment des différentes étapes liées au processus d'adoption

Âges des enfants	Admissibilité à l'adoption[1]		OPA[2]		Jugement d'adoption[3]	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Moins d'un an	514	15,2	336	10,0	192	5,2
1 an	692	20,5	479	14,3	479	13,0
2 ans	566	16,7	640	19,0	690	18,7
3 ans	450	13,3	499	14,9	618	16,8
4 ans	327	9,7	391	11,6	471	12,8
5 ans	246	7,3	295	8,8	341	9,2
6 ans	183	5,4	192	5,7	246	6,7
7 ans et plus	402	11,9	528	15,7	652	17,7

Note. [1]*N=3 380.* [2]*N=3 360.*[3]*N=3 689.*

Les délais entre les étapes du processus d'adoption ont également été répertoriés (Tableau 13) :

- Le délai entre la date d'admissibilité à l'adoption (DAA) et l'ordonnance de placement en vue d'adoption (OPA) se situe, pour la plupart des enfants, entre 4 et 6 mois (38,6 %) et il est de moins de 3 mois pour 27,5 % des enfants. Le délai moyen entre ces deux étapes est de 0,6 an.
- En ce qui concerne le délai entre l'ordonnance de placement en vue d'adoption et le jugement d'adoption, 46,9 % des dossiers présentaient un délai de moins de 3 mois et un délai de 4 à 6 mois pour 39,9 % des enfants. Le délai moyen entre ces deux étapes se situe à 0,4 an.
- Pour ce qui est du délai entre l'admissibilité à l'adoption et le jugement d'adoption, le délai variait principalement entre 7 et 9 mois (33,5 %), 10 et 12 mois (26,0 %) ou entre 13 et 24 mois (23,6 %). En moyenne, le délai observé était d'un an (12 mois).

Tableau 13. Délais entre les étapes du processus d'adoption

Nombre de mois écoulés	Entre la DAA et l'OPA[1]		Entre l'OPA et la jugement d'adoption[2]		Entre la DAA et le jugement d'adoption[3]	
	n	%	*n*	%	*n*	%
0-3 mois	931	27,5	1 731	46,9	4	0,1
4-6 mois	1 305	38,6	1 472	39,9	421	12,5
7-9 mois	652	19,3	296	8,0	1 126	33,5
10-12 mois	231	6,8	95	2,6	872	26,0
13-24 mois	191	5,7	80	2,2	792	23,6
Plus de 24 mois	70	2,1	14	0,4	145	4,3

Note. [1]*N=3 380.* [2]*N=3 688.*[3]*N=3 360.*

4.3 LA TRAJECTOIRE DES ENFANTS DANS LES SERVICES LPJ

4.3.1. LES INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE PAR LES SERVICES DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Parmi les 3 709 dossiers étudiés, 2 878 présentent une « demande LPJ associée au processus d'adoption ». Cette demande signifie la présence dans le dossier d'un statut de compromission du développement et de la sécurité de l'enfant à l'étape de l'évaluation. Les données sur le type de signalant étaient présentes dans 2 827 dossiers (98,2 %). Elles indiquent que la personne ayant signalé la situation liée à la prise en charge de l'enfant serait un professionnel de la santé et des services sociaux dans plus des trois quarts des cas, soit dans 75,7 % des dossiers. Pour 8,6 % des dossiers, la famille ou l'entourage serait responsable du signalement, alors que dans 7,2 % des cas, c'est le milieu policier qui est identifié comme le signalant (Tableau 14).

Tableau 14. Type de signalant

Personne ou milieu signalant	*n*	%
Professionnel de la santé et des services sociaux	2 141	75,7
Famille/entourage	243	8,6
Milieu policier	204	7,2
RTT[1] ou RS[2]	149	5,3
Autre	54	1,9
Milieu scolaire et de garde	36	1,3

Note. N = 2 827. [1]Réception traitement transfert : dossiers qui arrivent d'un autre établissement plus tard dans le processus PJ, donc signalant inconnu. [2]Révision spéciale : enfants placés sous LSSSS depuis un an pour lesquels le DPJ doit obligatoirement faire une évaluation – donc pas de signalant.

Les demandes LPJ sont liées à divers motifs de compromission; ces motifs indiquent les raisons pour lesquelles la sécurité ou le développement de l'enfant est jugé compromis par les services de protection de la jeunesse. Il faut noter que certains enfants ont à leur dossier un seul motif de compromission alors que d'autres en ont plusieurs. Tous les motifs présents dans le dossier de l'enfant durant la prise en charge ayant mené à l'adoption ont été recensés (Tableau 15). Ainsi, dans les 2 878 dossiers qui contiennent un suivi LPJ, ce sont 91,6 % des enfants qui présentent un risque sérieux de négligence. De plus, 41,2 % enfants présentent un motif de négligence. Un motif d'abandon est quant à lui rapporté dans 30,3 % des dossiers. Les mauvais traitements psychologiques, de leur côté, sont observés dans 29,8 % des cas. Les autres motifs (abus physiques, risque d'abus physiques, abus sexuels, risque d'abus sexuels et trouble de comportement) sont présents dans une mesure beaucoup moins importante.

Tableau 15. Motifs de compromission durant la prise en charge

Motif de compromission	*n*	%
Risque sérieux de négligence	2 637	91,6

Motif de compromission	*n*	%
Négligence	1 187	41,2
Abandon	873	30,3
Mauvais traitements psychologiques	858	29,8
Risque sérieux d'abus physiques	310	10,8
Abus physiques	205	7,1
Risque sérieux d'abus sexuels	114	4,0
Abus sexuels	28	1,0
Troubles de comportement	8	0,3

Note. N=2 878.

Tel que mentionné plus haut, les motifs de compromission présents au dossier peuvent être uniques ou multiples. Les analyses menées montrent que 29,0 % des enfants ont un seul motif de compromission à leur dossier durant la prise en charge ayant mené à l'adoption, alors que 71,0 % des enfants présentent deux motifs ou plus (Tableau 16). En ce qui concerne le nombre plus précis de motifs de compromission, 37,1 % des dossiers présentaient deux motifs, alors que 24,1 % en présentaient trois. Quatre motifs de compromission étaient présents dans 8,3 % des dossiers et cinq motifs dans 1,4 % des dossiers.

Tableau 16. Nombre de motifs de compromission durant la prise en charge

Nombre de motifs	*n*	%
1 motif	836	29,0
2 motifs	1 068	37,1
3 motifs	693	24,1
4 motifs	239	8,3
5 motifs	39	1,4
6 motifs	3	0,1

Note. N=2 878.

4.3.2. L'ORDONNANCE DE PLACEMENT À MAJORITÉ

Le placement à majorité, soit la mesure 91j de la LPJ, a été ordonné pendant la demande LPJ liée au processus judiciaire d'adoption dans 43,7 % des dossiers. Cette donnée indique que dans un peu moins de la moitié des dossiers étudiés, les procédures d'adoption ont été précédées d'une ordonnance de placement à majorité. Les pratiques à cet effet semblent varier d'un contexte et d'une région à l'autre : si, dans certains cas, les services PJ tendent à demander une ordonnance de placement à majorité avant d'entamer le processus d'adoption, d'autres font plutôt le choix d'attendre la possibilité de passer directement à l'admissibilité à l'adoption.

Parmi les dossiers où il y a eu une ordonnance de placement à majorité, le milieu de placement lors de l'ordonnance de placement à majorité est une famille d'accueil régulière ou banque mixte pour 91,4 % des enfants, alors que la famille d'accueil de proximité concerne 8,6 % de ces cas. Dans

75,0 % des dossiers dans lesquels il y a eu une ordonnance de placement à majorité (N=657), le milieu d'accueil visé par l'ordonnance est aussi celui qui a adopté l'enfant. En ce qui concerne l'âge de l'enfant lors de l'ordonnance de placement à majorité, les enfants étaient principalement âgés d'un an (35,9 %) ou de deux ans (20,9 %). En moyenne, les enfants étaient âgés de 2,7 ans.

4.3.3. LES MESURES ORDONNÉES PAR LE TRIBUNAL

Concernant plus spécifiquement les mesures ordonnées par le tribunal avant l'admissibilité à l'adoption, trois types de mesures ont été observés, soit les mesures relatives à l'enfant, celles relatives aux modalités de contacts entre les parents d'origine et l'enfant et celles en lien avec les attributs de l'autorité parentale (Tableau 17).

En lien avec les mesures relatives à l'enfant, les mesures ordonnées concernent l'accès aux soins et aux services de santé, le maintien de l'enfant dans le milieu familial ou le placement de l'enfant :

- L'accès aux soins et aux services de santé concerne les soins requis pour l'enfant. Ces soins peuvent être liés à un suivi ou à une évaluation médicale, psychologique, psychiatrique ou toxicologique. Il s'agit de la mesure la plus souvent ordonnée, identifiée dans 57,1 % des dossiers (avant la date d'admissibilité à l'adoption);
- La mesure « maintien dans le milieu familial ou confier l'enfant à un parent » est une mesure présente dans 28,0 % des dossiers;
- L'enfant a été confié à d'autres personnes de son entourage ou à une famille d'accueil de proximité au moins une fois au courant de sa prise en charge dans 24,5 % des cas;
- La dernière mesure de cette catégorie regroupe les situations où l'enfant a dû être placé dans un établissement de soins ou d'aide (centre hospitalier, CLSC, autre organisme). Cette mesure est identifiée dans 6,3 % des dossiers avant la DAA.

En ce qui concerne les mesures associées aux modalités de contacts entre les parents d'origine et l'enfant, celles-ci incluent la confidentialité de la ressource, la supervision de contacts ainsi que l'interdiction de contacts :

- La mesure relative à la confidentialité de la ressource a été observée dans 25,5 % des dossiers (avant la date d'admissibilité à l'adoption);
- La supervision des contacts est la mesure la plus fréquemment observée et elle est présente dans 52,3 % des dossiers pour la période précédant la date d'admissibilité à l'adoption;
- L'interdiction des contacts, quant à elle, est présente dans 39,2 % des dossiers.

En ce qui a trait aux mesures relatives au retrait de certains attributs de l'autorité parentale, ces dernières incluent l'autorisation de signature du DPJ et certaines composantes des attributs de l'autorité parentale :

- L'autorisation de signature du DPJ regroupe les autorisations de signature liées à la santé, aux voyages, au milieu scolaire et les autorisations de signature complètes. Cette mesure est présente dans 34,6 % des dossiers (avant la date d'admissibilité à l'adoption);

- Certains attributs de l'autorité parentale ont été confiés à quelqu'un d'autre que le parent d'origine dans 25,9 % des dossiers;
- Certains attributs de l'autorité parentale ont aussi été confiés au DPJ. Cette mesure est présente dans 3,0 % des dossiers.

Tableau 17. Mesures ordonnées par le tribunal avant l'admissibilité à l'adoption

Types de mesures	*n*	%
Mesures relatives à l'enfant		
Accès aux soins et aux services de santé	1 626	57,1
Maintien dans le milieu familial/confié à un parent	798	28,0
Confié à d'autres personnes/famille d'accueil de proximité	699	24,5
Confié à un CH/CLSC/Organisme	180	6,3
Modalités de contacts entre les parents d'origine et l'enfant		
Confidentialité de la ressource pour les parents d'origine	726	25,5
Supervision de contacts	1 489	52,3
Interdiction de contacts	1 117	39,2
Retrait de certains attributs de l'autorité parentale		
Autorisation de signature du DPJ	985	34,6
Confiés à quelqu'un d'autre	737	25,9
Confiés au DPJ	654	23,0

Note. N=2 849.

4.3.4. LA STABILITÉ DES PERSONNES INTERVENANTES À L'APPLICATION DES MESURES

Dans les dossiers où il y a eu un suivi LPJ (demande LPJ liée au processus judiciaire d'adoption), le nombre de personnes intervenantes durant la période de suivi à l'application des mesures varie de 1 à 18, avec une moyenne de 3,0 personnes intervenantes (Tableau 18). Au total, plus de la moitié des enfants n'ont eu qu'une seule personne intervenante (24,7 %) ou deux (27,2 %) au cours de leur suivi à l'application des mesures. Cependant, près de 30 % des enfants (29,5 %) ont connu 4 personnes intervenantes ou plus au cours de leur trajectoire à l'application des mesures.

Tableau 18. Nombre de personnes intervenantes à l'application des mesures

Nombre de personnes intervenantes	*n*	%
1 personne intervenante	635	24,7
2 personnes intervenantes	701	27,2
3 personnes intervenantes	476	18,6
4 personnes intervenantes	288	11,2
5 personnes intervenantes	189	7,3
6 personnes intervenantes	110	4,3

Nombre de personnes intervenantes	*n*	%
7 personnes intervenantes	70	2,7
8 personnes intervenantes et plus	103	4,0

Note. N=2 575.

L'utilisation de l'indice de Blais et al. (2006), afin de déterminer la stabilité des personnes intervenantes, montre un portrait quelque peu différent. Cet indice, calculé sur la durée totale de l'application des mesures de la demande LPJ liée au processus judiciaire d'adoption, identifie trois degrés de stabilité :

- En « continuité » lorsqu'une seule personne intervenante était attitrée à l'enfant sur une période de deux ans. Les enfants ayant eu une période d'application des mesures de moins d'un an et n'ayant eu qu'une seule personne intervenante ont également été considérés comme étant en « continuité »;
- En « discontinuité notable » lorsqu'une personne intervenante était attitrée à l'enfant par année d'application des mesures;
- Et en « discontinuité majeure » lorsque plus d'une assignation était présente par année.

Parmi l'ensemble des dossiers (N=2 575), 29,1 % des enfants sont considérés en « continuité » et n'ont connu qu'une seule personne intervenante sur une période de deux ans ou moins. Par ailleurs, 26,1 % des dossiers peuvent être classés comme étant en « discontinuité notable »; ces dossiers réfèrent aux situations où l'enfant changeait de personne intervenante en moyenne à chaque année. Finalement, 44,9 % des enfants étaient considérés en « discontinuité majeure »; les dossiers de ces enfants présentaient en moyenne plus d'une assignation par année (Tableau 19).

Tableau 19. Indice de discontinuité relationnelle à l'application des mesures

Motif	*n*	%
Discontinuité majeure	1155	44,9
Continuité	749	29,1
Discontinuité notable	671	26,1

Note. N=2 575.

4.3.5. LA TRAJECTOIRE DE PLACEMENT

Pour mieux comprendre la trajectoire de l'enfant et son évolution dans les services PJ avant l'adoption, différentes informations relatives aux déplacements, aux milieux de vie et à l'âge de l'enfant ont été collectées[11].

[11] Les informations sur les placements concernent seulement les placements continus (et excluent les placements d'urgence ou les placement intermittents). Ces placements incluent les périodes pendant

L'âge de l'enfant au début du premier placement continu varie entre 0 (soit le jour de la naissance de l'enfant) et 12,6 ans, avec une moyenne de 0,8 an. Les résultats indiquent que les enfants étaient principalement âgés de moins d'un mois (42,3 %), ou avaient entre 1 et 6 mois (23,2 %) lors de leur premier placement continu (Tableau 20). Ainsi, selon ces données, ce sont 65,5 % des enfants adoptés qui avaient moins de 6 mois au moment de leur premier placement continu.

Tableau 20. Âge de l'enfant en mois au début du premier placement

Âge de l'enfant	*n*	%
Moins d'un mois	1 366	42,3
1-6 mois	748	23,2
7-12 ans	325	10,1
13-24 mois	373	11,5
25 mois et plus	419	13,0

Note. N=3 231.

Le nombre de milieux substituts différents dans lesquels a séjourné l'enfant avant l'ordonnance de placement en vue d'adoption (OPA) a été comptabilisé. Le nombre de milieux substituts différents varie entre 1 et 9, avec une moyenne de 2,1 milieux. Au total, ce sont 30,1 % des enfants qui n'ont connu qu'un seul milieu substitut avant l'OPA (il s'agit du milieu d'accueil ayant adopté l'enfant) et 44,8 % des enfants qui ont connu deux milieux substituts différents (Tableau 21). Ainsi 74,9 % des enfants, soit tout près des trois quarts des enfants, ont connu seulement un ou deux milieux de placement au cours de leur trajectoire en PJ.

Tableau 21. Nombre de milieux substituts différents

Nombre de milieux	*n*	%
1 milieu	973	30,1
2 milieux	1 449	44,8
3 milieux	545	16,9
4 milieux	184	5,7
5 milieux	49	1,5
6 milieux et plus	31	1,0

Note. N=3 231.

En ce qui concerne le nombre de réunifications familiales avant l'OPA, la grande majorité des enfants de l'échantillon (86,4 %) n'ont connu aucune réunification familiale. Ce sont donc 13,6 % des enfants qui ont connu au moins une réunification familiale, la plupart d'entre eux (11,8 %) n'en ayant connu qu'une seule (Tableau 22).

---

lesquelles l'enfant est confié à une personne significative avant qu'elle ne soit reconnue comme famille d'accueil, les placements qui ont eu lieu avant la demande LPJ Index et les placements sous LSSSS.

Tableau 22. Nombre de réunifications familiales avant l'OPA

Nombre de réunifications familiales	*n*	%
Aucune réunification familiale	2 790	86,4
1 réunification familiale	382	11,8
2 réunifications familiales	50	1,5
3 réunifications familiales	2	0,1
4 réunifications familiales	6	0,2
5 réunifications familiales	-	-
6 réunifications familiales	1	0,0

Note. N=3 231.

Tel qu'attendu, la famille d'accueil correspond au principal milieu de placement des enfants lors du jugement d'adoption (94,7 % des enfants). Cependant, les données prélevées dans les dossiers des enfants ne permettent pas de déterminer s'il s'agit d'une famille d'accueil régulière ou d'une famille d'accueil de type banque mixte. La famille d'accueil de proximité est le milieu de placement pour 5,1 % des enfants. Par ailleurs, une faible proportion d'enfants (0,2 %) étaient placés en Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) au moment de leur adoption (Tableau 23).

Tableau 23. Milieu de placement au moment de l'adoption

Milieu de placement	*n*	%
Famille d'accueil (régulière ou banque mixte)	2 932	94,7
Famille d'accueil de proximité	157	5,1
Placé en CRDITED	6	0,2

Note. N=3 095.

4.4. LA TRAJECTOIRE POST-ADOPTION (SERVICES LPJ ET LSJPA)

La section qui suit se penche sur les enfants de la cohorte qui, à la suite du jugement d'adoption, sont revenus dans les services de protection de la jeunesse, soit via la LPJ (Loi sur la protection de la jeunesse) ou via la LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents).

4.4.1. SERVICES LPJ POST-ADOPTION

Plusieurs données relatives aux services LPJ post-adoption ont été analysées, notamment le nombre de signalements retenus, le nombre d'évaluations (pour lesquels la sécurité ou le développement de l'enfant a été jugé compromis) ainsi que le nombre de prises en charge. Il est à noter que ces données sont sans doute sous-estimées, puisqu'il a été impossible de retracer le retour dans les services des enfants pour lesquels l'adoption a été prononcée alors qu'ils étaient suivis par les services PJ d'une autre région. Globalement, les résultats du Tableau 24 indiquent que :

- Parmi l'ensemble des dossiers étudiés, 13,1 % comportaient au moins un signalement retenu (post-adoption). Le nombre de signalements retenus variait entre 1 et 8, avec une moyenne de 1,7 signalement;
- Parmi les enfants ayant au moins un signalement retenu (post-adoption), l'évaluation du DPJ a révélé que les faits étaient fondés (sécurité ou développement compromis) pour 83,2 % d'entre eux;
- À la suite de l'évaluation statuant que la situation de l'enfant était compromise, 59,0 % de ces enfants ont été pris en charge par le DPJ.

Tableau 24. Caractéristiques associées aux services LPJ après le jugement d'adoption

Caractéristiques	*n*	%
Présence d'au moins un signalement retenu		
Oui	487	13,1
Nombre de signalements retenus[1]		
1 signalement	291	59,8
2 signalements	106	21,8
3 signalements	55	11,3
4 signalements et plus	35	7,2
Présence d'au moins une évaluation faits fondés SDC[1]		
Oui	405	83,2
Nombre d'évaluations faits fondés SDC[2]		
1 évaluation	302	74,6
2 évaluations	67	16,5
3 évaluations	25	6,2
4 évaluations et plus	11	2,7
Présence d'au moins une prise en charge[2]		
Oui	239	59,0
Nombre de prises en charge[3]		
1 prise en charge	211	88,3
2 prises en charge	26	10,9
3 prises en charge	2	0,8

Note. N=3 709. [1]N=487. [2]N = 405. [3]N = 239.

L'âge des enfants lors du premier signalement retenu après le jugement d'adoption varie entre 1 et 17 ans, avec une moyenne de 10,7 ans. Au total, 10,1 % des enfants sont âgés entre 1 et 5 ans, 42,5 % sont âgés entre 6 et 11 ans et 47,4 % ont entre 12 et 17 ans (Tableau 25).

Tableau 25. Âge de l'enfant au premier signalement retenu après le jugement d'adoption

Âge de l'enfant	*n*	%
Entre 1 an et 5 ans	49	10,1
Entre 6 ans et 11 ans	207	42,5

Âge de l'enfant	*n*	%
Entre 12 ans et 17 ans	231	47,4

Note. N=487.

Le principal motif de compromission du premier signalement retenu après le jugement d'adoption varie selon le dossier, mais de façon générale, les données indiquent que :

- Parmi les 485 dossiers concernés, le motif principal le plus commun est la présence de troubles de comportement, présent dans 28,7 % des dossiers;
- Les abus physiques sont le deuxième motif le plus fréquent, avec une mention dans 24,7 % des dossiers;
- Le troisième motif le plus fréquent est la négligence dans 13,6 % des dossiers.

Tableau 26. Motif principal de compromission du premier signalement retenu après le jugement d'adoption

Motif de compromission	*n*	%
Troubles de comportement	139	28,7
Abus physiques	120	24,7
Négligence	66	13,6
Mauvais traitements psychologiques	56	11,5
Risque sérieux d'abus sexuels	37	7,6
Abus sexuels	34	7,0
Risque sérieux d'abus physiques	25	5,2
Risque sérieux de négligence	6	1,2
Abandon	2	0,4

Note. N=485.

En ce qui concerne les motifs principaux de compromission du premier signalement retenu post-adoption, les analyses menées ont permis de vérifier lesquels étaient associés à trois groupes d'âge, soit de 1 à 5 ans, de 6 à 11 ans et de 12 à 17 ans :

- Parmi le groupe d'enfants adoptés **âgés entre 1 et 5 ans** au moment du premier signalement retenu après l'adoption, le motif principal de compromission le plus fréquent est l'abus physique (30,6 %), suivi du risque sérieux d'abus physique (20,4 %) et de mauvais traitements psychologiques (16,3 %);
- Pour le groupe d'enfants adoptés **âgés entre 6 et 11 ans,** les motifs principaux de compromission les plus fréquents sont respectivement l'abus physique (34,3 %), la négligence (17,4 %), les mauvais traitements psychologiques (11,1 %), le risque sérieux d'abus sexuels (10,6 %) ainsi que les troubles de comportement (10,1 %);
- Parmi le groupe d'enfants adoptés **âgés entre 12 et 17 ans,** les motifs de compromission les plus fréquents sont les troubles de comportement (51,1 %), l'abus physique (14,7 %), et, au

troisième rang la négligence et les mauvais traitements psychologiques (10,8 % dans les deux cas).

Le délai entre le jugement d'adoption et le premier signalement retenu post-adoption se situe entre 13 jours et 14,7 ans, avec une moyenne de 5,9 ans. Les résultats indiquent que le délai le plus fréquent entre le jugement d'adoption et le premier signalement retenu post-adoption était entre 4 et 5 ans pour 20,3 % des enfants de la cohorte, suivi d'un délai de 2 à 3 ans pour 18,1 % d'entre eux, et d'un délai de 6 à 7 ans pour 16,2 % des enfants (Tableau 27). Cependant, les délais entre le jugement d'adoption et le premier signalement retenu sont assez variables et les résultats demeurent relativement bien répartis dans les différentes catégories.

Tableau 27. Délai en années entre le jugement d'adoption et le premier signalement retenu post-adoption

Nombre d'années écoulées	*n*	%
Moins de 2 ans	74	15,2
Entre 2 et 3 ans	88	18,1
Entre 4 et 5 ans	99	20,3
Entre 6 et 7 ans	79	16,2
Entre 8 et 9 ans	74	15,2
Entre 10 et 11 ans	50	10,3
12 ans et plus	23	4,7

Note. N=487.

Certaines données portant sur les caractéristiques associées au placement post-adoption ont été analysées pour les enfants de la cohorte (Tableau 28). Parmi les 3 709 dossiers, 245 dossiers (6,6 % des enfants) indiquent la présence d'un placement continu après l'adoption :

- L'âge de l'enfant au début du premier placement continu se situe entre 4 et 17 ans, avec une moyenne de 12,9 ans. La majorité des enfants qui ont connu un placement post-adoption (75,1 %) étaient âgés entre 12 et 17 ans lors du début du premier placement continu;
- La durée cumulée de ces placements est en moyenne de 1,7 an, mais varie de 2 jours à 10,7 ans, selon la situation de l'enfant. Plus spécifiquement, près de la moitié de ces enfants (49,0 %) ont connu un placement de moins d'un an, 18,4 % ont été placés pendant une période de 1 à 2 ans (soit entre 12 et 24 mois) et 13,9 % présentent un placement d'une durée qui varie entre 2 et 3 ans (24 mois à 36 mois).

Tableau 28. Caractéristiques associées au placement après le jugement d'adoption

Caractéristiques	*n*	%
Présence d'au moins un placement continu		
Oui	245	6,6

Caractéristiques	*n*	%
Âge au début du premier placement continu[1]		
5 ans et moins	3	1,2
6-11 ans	58	23,7
12-17 ans	184	75,1
Durée cumulée du placement[1]		
Moins d'un an	120	49,0
1 an	45	18,4
2 ans	34	13,9
3 ans	19	7,8
4 ans	15	6,1
5 ans et plus	12	4,9

Note. N=3 709. [1]N=245.

En ce qui concerne le nombre de milieux substituts différents après le jugement d'adoption, les valeurs varient entre 1 et 11, avec une moyenne de 2,7 milieux substituts différents recensés au dossier. Les résultats indiquent qu'un peu plus du tiers des enfants (33,5 %) n'ont connu qu'un seul milieu, alors qu'un peu plus de 20 % des enfants ont connu deux milieux (20,8 %) ou trois milieux de placement (20,4 %) (Tableau 29).

Tableau 29. Nombre de milieux substituts différents après le jugement d'adoption

Nombre de milieux	*n*	%
1 milieu	82	33,5
2 milieux	51	20,8
3 milieux	50	20,4
4 milieux	27	11,0
5 milieux et plus	35	14,3

Note. N=245.

Quant au nombre de réunifications familiales vécues à la suite du jugement d'adoption, la majorité des enfants de la cohorte (44,9 %) ont vécu une seule réunification familiale, tandis que 27,3 % d'entre eux n'en ont vécu aucune (Tableau 30). Les valeurs varient entre 0 et 8 réunifications familiales, avec une moyenne de 1,2 réunification. Contrairement aux réunifications familiales recensées dans la trajectoire de placement antérieure au jugement d'adoption (lesquelles concernaient un retour chez les parents d'origine), les réunifications familiales dans la trajectoire post-adoption concernent les parents adoptifs.

Tableau 30. Nombre de réunifications familiales après le jugement

Nombre de réunifications familiales	*n*	%
Aucune réunification familiale	67	27,3

Nombre de réunifications familiales	*n*	%
1 réunification familiale	110	44,9
2 réunifications familiales	42	17,1
3 réunifications familiales	10	4,1
4 réunifications familiales	7	2,9
5 réunifications familiales et plus	9	3,7

Note. N=245.

L'analyse du motif associé à la fin du placement permet de jeter un éclairage sur l'issue du placement. Dans 28,6 % des dossiers, le placement était toujours actif lors de la fin de la période d'observation; il était donc impossible d'identifier l'issue du placement. Pour les dossiers dans lesquels le placement n'était plus actif à la fin de la période d'observation, la réunification familiale était le motif de fin de placement le plus fréquent, et touchait un peu plus de la moitié des dossiers, soit 51,0 %. L'atteinte de la majorité ou de l'autonomie de l'enfant, quant à elle, touchait 13,1 % des dossiers (Tableau 31).

Tableau 31. Motif de fin du dernier placement post-adoption

Motif	*n*	%
Réunification familiale	125	51,0
Placement actif	70	28,6
Majorité/Autonomie	32	13,1
Autre	9	3,7
Transfert	4	1,6
Fugue	2	0,8
Désintoxication/Hospitalisation	2	0,8
Tutelle	1	0,4

Note. N=245.

4.4.2. SERVICES LSJPA POST-ADOPTION

La deuxième partie des résultats de la trajectoire post-adoption des enfants adoptés concerne un retour dans les services en vertu de la LSJPA. Parmi les 3 709 dossiers, seuls 2 118 concernent des enfants ayant atteint l'âge de 12 ans lors de la date de fin d'observation. Parmi ceux-ci, 6,5 % (*n*=137) ont bénéficié de services LSJPA après l'adoption. Il est à noter que cette variable est elle aussi sous-estimée, puisque seules les données concernant les jeunes ayant reçu des services LSJPA dans le même établissement que celui où ils ont été adoptés sont comptabilisées. Pour les jeunes ayant reçu des services LSJPA post-adoption, l'âge à la commission du premier délit varie entre 12 et 17 ans, avec une moyenne de 14,3 ans.

Le premier délit commis concerne l'une des catégories suivantes : infraction contre la personne, infraction contre la propriété, infraction relative aux drogues et autre infraction (Tableau 32) :

- L'infraction contre la personne est le type de premier délit le plus commun, et il concerne 52,6 % des dossiers (soit 72/137);
- 28,5 % des dossiers rapportent une infraction contre la propriété comme premier délit commis (soit 29/137);
- Les infractions relatives aux drogues ainsi que les autres infractions sont quant à elles observées dans 9,5 % des dossiers (soit 13/137 dans les deux cas).

Tableau 32. Caractéristiques associées aux services LSJPA après le jugement d'adoption

Caractéristiques	*n*	%
Présence de services LSJPA		
Oui	137	6,5
Âge à la commission du premier délit[1]		
12 ans	16	11,7
13 ans	31	22,6
14 ans	31	22,6
15 ans	27	19,7
16 ans	21	15,3
17 ans	11	8,0
Premier délit commis[1]		
Infraction contre la personne	72	52,6
Infraction contre la propriété	39	28,5
Infraction relative aux drogues	13	9,5
Autre	13	9,5

Note. N=2 118. [1]N=137.

Les mesures plus spécifiques relatives aux services LSJPA post-adoption ont aussi été comptabilisées : elles concernent le nombre de peines LSJPA, le nombre de sanctions extrajudiciaires ainsi que le nombre de détentions autorisées avant comparution (Tableau 33) :

- Au total, ce sont 35,7 % de tous les jeunes ayant bénéficié d'un suivi en vertu de la LSJPA qui ont reçu au moins une peine LSJPA (49/137). Le nombre de peines varie entre 0 et 4 selon le dossier;
- La majorité des jeunes (92/137) qui ont reçu des services LSJPA, soit 67,2 %, ont reçu au moins une sanction extrajudiciaire. Le nombre de sanctions pouvait atteindre six dans certains dossiers;
- Le nombre de détentions avant comparution ayant été autorisées touche 13,1 % des enfants (18/137) ayant reçu des services LSJPA (entre 0 et 5 selon le dossier).

Tableau 33. Nombre d'enfants de la cohorte ayant reçu des mesures relatives aux services LSJPA

Mesures relatives aux services LSJPA	*n*	%
Présence d'au moins une peine LSJPA	49	35,7

Mesures relatives aux services LSJPA	*n*	%
Présence d'au moins une sanction extrajudiciaire	92	67,2
Présence d'au moins une détention avant la comparution autorisée	18	13,1

Note. N=137.

QUE DOIT-ON RETENIR DU PORTRAIT PROVINCIAL DES ENFANTS ADOPTÉS AU QUÉBEC ENTRE 2007 ET 2022?

Données sociodémographiques sur l'enfant et son milieu familial d'origine :

- Les enfants adoptés sont majoritairement (85 %) **d'origine québécoise ou canadienne**;
- Lors de la naissance de l'enfant adopté, les mères d'origine sont pour la plupart âgées entre 20 et 29 ans (55 %) et les pères d'origine entre 25 et 29 ans (23 %). Cependant un nombre relativement important de pères (17 %) avaient plus de 40 ans au moment de la naissance de l'enfant;
- 67 % des enfants adoptés ont au moins **un membre de fratrie ou demi-fratrie d'origine**. Un peu plus du tiers de ces enfants (36 %) avaient un suivi dans les services PJ.

Trajectoire d'adoption :

- L'admissibilité à l'adoption a été obtenue par **déclaration judiciaire** dans la majorité des cas (80 %);
- **Lors de l'admissibilité à l'adoption**, 36 % des enfants étaient âgés de moins de deux ans, alors qu'une portion quasi équivalente (30 %) étaient âgée de plus de deux ans (mais de moins de quatre ans). Le quart des enfants (25 %) était âgé de 5 ans ou plus;
- **Lors du jugement d'adoption**, les enfants étaient principalement âgés entre 2 et 4 ans (36 %); la moyenne d'âge lors du jugement d'adoption est de 4,6 ans;
- **Le délai observé entre l'admissibilité à l'adoption et le jugement d'adoption** variait entre 7 et 9 mois (33,5 %), 10 et 12 mois (26,0 %) ou entre 13 et 24 mois (23,6 %). En moyenne, le délai observé était d'un an (12 mois).

Trajectoire des enfants dans les services PJ :

- Les **motifs de compromission** les plus fréquents sont le risque sérieux de négligence (présent dans 92 % des dossiers), la négligence (41 %), l'abandon (30 %) et les mauvais traitements psychologiques (30 %) ;
- Lors du **premier placement continu** les enfants étaient pour la plupart (66 %) âgés de moins de six mois ;
- Concernant la **trajectoire de placement,** 75 % des enfants n'ont connu qu'un ou deux milieux de placement au cours de leur trajectoire. De plus, la majorité des enfants de l'échantillon (86 %) n'ont connu aucune réunification familiale.

- Concernant les **mesures ordonnées relatives aux contacts parents-enfant,** 52 % des dossiers présentent une mesure de supervision des contacts et 39 % une mesure d'interdiction de contact.

Trajectoire post-adoption :

- 13 % des enfants adoptés ont fait l'objet d'au moins **un signalement retenu après le jugement d'adoption.** Ce signalement est survenu alors que l'enfant était âgé entre 6 et 11 ans pour 43 % de cas et entre 12 et 17 ans pour 47 % d'entre eux;
- Les **motifs de compromission** les plus fréquents du premier signalement retenu post-adoption sont les troubles de comportement (29 %), l'abus physique (25 %) et la négligence (14 %);
- Le **délai observé entre le jugement d'adoption et le signalement** retenu post-adoption est très variable, ce qui laisse croire que le retour dans les services PJ pour ces enfants concerne tout autant des adoptions récentes que d'autres datant de plusieurs années;
- Pour 7 % des enfants adoptés, il y a eu **présence d'un placement continu** à la suite du signalement retenu; ces enfants étaient pour la plupart (75 %) âgés entre 12 et 17 ans au début du placement;
- 6,5 % des enfants adoptés âgés de 12 ans et plus ont reçu des services LSJPA post-adoption. Le délit de ces jeunes était majoritairement l'infraction contre la personne (53 %).

CHAPITRE 5. PORTRAIT DÉTAILLÉ DES ADOPTIONS DANS TROIS RÉGIONS DU QUÉBEC (2017-2022)

Doris CHATEAUNEUF
Geneviève PAGÉ
Amilie PARADIS
Florence ROY
Nadine SIROIS
Audrey GAUTHIER-LÉGARÉ

La présente section du rapport fait état des résultats issus de l'analyse combinée des dossiers de protection de la jeunesse et des dossiers d'adoption de 248 enfants adoptés entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2022 dans trois régions du Québec (Montérégie, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Capitale-Nationale). Les résultats en regard de l'étude de ces dossiers sont divisés en quatre sections distinctes :

- La première partie aborde les **informations relatives à l'enfant**, incluant les principales caractéristiques sociodémographiques, la trajectoire de services et de placement et les contacts parents-enfants pendant le placement (pré-adoption);
- La deuxième partie couvre les **informations relatives à la famille d'origine**, incluant les caractéristiques des parents, des familles et de la fratrie d'origine;
- La troisième partie se concentre sur les **informations liées à la famille adoptive**, incluant des détails sur le profil des parents adoptifs, sur la fratrie adoptive, et sur les démarches ayant conduit à l'adoption;
- La quatrième partie présente les **informations concernant le processus d'adoption et les ententes de communication post-adoption**, c'est-à-dire les détails entourant le type d'adoption, les différentes étapes du processus juridique ainsi que les ententes de communication post-adoption.

La collecte de données pour cette partie de l'étude a été réalisée dans trois régions différentes de la province, soit le CISSS de la Montérégie-Est, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Au total, 43,6 % des dossiers étudiés proviennent du CISSS de la Montérégie-Est (*n*=108), 37,9 % des dossiers étudiés proviennent du CIUSSS de la Capitale-Nationale (*n*=94) et 18,5 % du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (*n*=46).

Tableau 34. Lieux des différentes collectes de données

Lieu de la collecte	*n*	%
CISSS de la Montérégie-Est	108	43,6
CIUSSS de la Capitale-Nationale	94	37,9
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	46	18,5

Note. N=248.

5.1. PROFIL DES ENFANTS ADOPTÉS

5.1.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les enfants adoptés de sexe masculin sont un peu plus nombreux (52,4 %) que ceux de sexe féminin (47,6 %). En ce qui concerne les parents d'origine, 98,8 % des mères d'origine et 100,0 % des pères reconnus au dossier sont cisgenres. Le nombre moins élevé de pères s'explique par le fait que 107 d'entre eux ne sont pas reconnus. Par ailleurs, 8,1 % des enfants (ainsi que 5,6 % des mères d'origine et 5,7 % des pères d'origine) ont été identifiés comme étant d'origine autochtone.

Tableau 35. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Caractéristiques	Enfant[1]		Mère d'origine[1]		Père d'origine[2]	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Sexe à la naissance						
Féminin	118	47,6	248	100,0	-	-
Masculin	130	52,4	-	-	141	100,0
Identité de genre						
Féminin	-	-	245	98,8	-	-
Masculin	-	-	3	1,2	141	100,0

Note. [1]*N=248.* [2]*N=141.*

5.1.2. PRISE EN CHARGE PAR LES SERVICES EN PROTECTION DE LA JEUNESSE (PJ)

Pour les enfants ayant reçu des services PJ et pour lesquels les données étaient disponibles (*n*=208), l'analyse des motifs de compromission recensés au dossier indique que la presque totalité d'entre eux (94,7 %) avaient « risque sérieux de négligence » à leur dossier. Également, près de la moitié des cas (40,9 %) indiquaient une situation de négligence et le quart des enfants vivaient des situations de mauvais traitements psychologiques (25,5 %). Les motifs de compromission les moins fréquents correspondaient au risque sérieux d'abus physiques (13,5 %), ainsi qu'à une situation d'abandon (12,5 %), d'abus physiques (4,8 %) et de risque sérieux d'abus sexuels (4,8 %).

Tableau 36. Nombre de motifs de compromission liés à la période de prise en charge du DPJ ayant mené à l'adoption

Motifs de compromission	*n*	%
Risque sérieux de négligence	197	94,7
Négligence	85	40,9
Mauvais traitements psychologiques	53	25,5
Risque sérieux d'abus physiques	28	13,5
Abandon	26	12,5
Abus physiques	10	4,8
Risque sérieux d'abus sexuels	10	4,8

Note. N=208.

Il est également pertinent de mentionner que dans la majorité des dossiers (64,9 %), il y avait présence de cooccurrence des motifs de compromission. En effet, le nombre de motifs de compromission variait entre un et cinq par dossier, avec une moyenne de deux motifs par dossier (Tableau 37). Un peu plus du tiers des dossiers (35,1 %) contenaient seulement un motif de compromission, alors que 39,9 % des dossiers comptaient deux motifs de compromission. Finalement, 19,7 % des dossiers comportaient trois motifs de compromission, 3,8 % en comptaient quatre et 1,4 % en comptaient cinq.

Tableau 37. Nombre de motifs de compromission

Nombre de motifs de compromission au dossier	*n*	%
1 motif	73	35,1
2 motifs	83	39,9
3 motifs	41	19,7
4 motifs	8	3,8
5 motifs	3	1,4

Note. N=208.

5.1.3. TRAJECTOIRES DE PLACEMENT

Concernant le tout premier milieu de vie des enfants (Tableau 38), c'est-à-dire le milieu de vie dans lequel l'enfant a séjourné dans les jours suivant sa naissance (au moins 7 jours), les données indiquent une répartition similaire entre le milieu d'origine de l'enfant (39,1 %) et le milieu d'accueil (33,5 %). Dans les deux groupes (milieu d'origine et milieu d'accueil), plusieurs variantes possibles ont été répertoriées (voir les sous-catégories dans le Tableau 38). Par ailleurs, plus d'un quart des enfants ont le milieu hospitalier comme premier milieu de vie (26,2 %), ce qui signifie que ces enfants ont passé plus de 7 jours à l'hôpital à la suite de leur naissance, généralement en raison de troubles de santé.

Tableau 38. Caractéristiques du premier milieu de vie de l'enfant

Type de milieu de vie de l'enfant	*n*	%
Milieu d'origine		
Parents d'origine ensemble	54	21,8
Mère d'origine seule	36	14,5
Mère d'origine et conjoint·e	4	1,6
Garde partagée entre les parents d'origine	2	0,8
Père d'origine seul	1	0,4
Milieu d'accueil		
En famille d'accueil régulière (FAR)	37	14,9
En famille d'accueil banque mixte (FABM)	19	7,7
Parents adoptif (adoption régulière)	16	6,5
Foyer parent-enfant	6	2,4

Type de milieu de vie de l'enfant	*n*	%
En famille d'accueil de proximité (FAP)[1]	5	2,0
Hospitalisation	65	26,2
Autre	3	1,2

Note. N=248. [1]Inclut également les postulants FAP.

Concernant le nombre de milieux substituts différents visités par l'enfant (incluant le milieu dans lequel il sera adopté), les données recueillies indiquent que dans un peu moins de la moitié des dossiers étudiés (41,1 %), le nombre de milieux substituts différents est de deux, suivi d'un seul milieu substitut dans un peu moins du tiers des cas analysés (32,3 %) (Tableau 39). Les enfants ayant vécu dans trois milieux substituts différents représentent un peu moins de 10 % (9,7 %), et ceux dans quatre milieux substituts différents correspondent à 3,2 % des dossiers.

Tableau 39. Nombre de milieux substituts différents avant le jugement d'adoption

Nombre de milieux substituts différents	*n*	%
1 milieu	80	32,3
2 milieux	102	41,1
3 milieux	24	9,7
4 milieux	8	3,2
5 milieux et plus	3	1,2
Données manquantes	31	12,5

Note. N=248.

Finalement, l'analyse de la trajectoire de placement de l'enfant incluait la recension du nombre de réunifications familiales présentes au dossier, c'est-à-dire le nombre de fois où les services de protection ont tenté de retourner l'enfant dans son milieu familial d'origine (voir tableau 40). Les résultats indiquent que seulement 20 enfants (9,3 %) ont connu dans leur trajectoire de placement une tentative de réunification familiale. Parmi ceux-ci, 16 enfants ont connu une seule tentative, deux enfants ont connu deux tentatives, un enfant a connu trois tentatives et un autre six tentatives.

À partir des différentes données recueillies, il a été possible de classer les cas d'adoption étudiés en types de trajectoires de placement. Ces profils ont été établis à partir de trois variables : 1) présence ou non de cohabitation avec les parents d'origine en début de vie; 2) nombre de milieux d'accueil (pour qu'un milieu d'accueil soit pris en compte, l'enfant devait y avoir séjourné au moins dix jours); 3) présence ou non de réunification familiale au dossier.

En tenant compte de ces différentes variables, 6 profils de trajectoires de placement ont été établis (Tableau 40) :

- Le *Profil 1* (*n*=64) regroupe les dossiers d'enfants n'ayant jamais résidé auprès de leurs parents d'origine et ayant vécu dans un seul milieu d'accueil (ce profil concerne 26,7 % des enfants);

- Le *Profil 2* (*n*=58) concerne les enfants qui n'ont jamais vécu avec leurs parents d'origine et qui ont séjourné dans deux à trois milieux d'accueil (ce profil concerne 24,2 % des enfants);
- Le *Profil 3* (*n*=32) inclut les enfants ayant initialement résidé avec leurs parents d'origine avant de vivre dans un seul milieu d'accueil (ce profil concerne 13,3 % des enfants);
- Le *Profil 4* (*n*=65) comprend les enfants ayant habité avec leurs parents d'origine avant de séjourner dans deux milieux d'accueil (ce profil concerne 27,1 % des enfants);
- Le *Profil 5* (*n*=12) regroupe les enfants ayant vécu avec leurs parents d'origine au début de leur vie, puis ayant résidé dans trois à quatre milieux d'accueil (ce profil concerne 5,0 % des enfants);
- Enfin, le *Profil 6* (*n*=9) englobe les enfants ayant d'abord résidé avec leurs parents d'origine, puis ayant vécu dans deux à six familles d'accueil, tout en ayant connu une ou deux tentatives de réunification familiale au cours de leur trajectoire de placement (ce profil concerne 3,8 % des enfants);

Tableau 40. Profils de trajectoires de placement des enfants adoptés

Profil 1	**Profil 2**	**Profil 3**	**Profil 4**	**Profil 5**	**Profil 6**
(*n*=64)	(*n*=58)	(*n*=32)	(*n*=65)	(*n*=12)	(*n*=9)
26,7 %	24,2 %	13,4 %	27,1 %	5,0 %	3,8 %
N'a jamais résidé auprès de ses parents biologiques.	N'a jamais résidé auprès de ses parents biologiques.	Début de vie auprès des parents biologiques.	Début de vie auprès des parents biologiques.	Début de vie auprès des parents biologiques.	Début de vie auprès des parents biologiques.
A vécu dans 1 seule famille d'accueil.	A vécu dans 2 ou 3 familles d'accueil.	A vécu dans 1 seule famille d'accueil.	A vécu dans 2 familles d'accueil.	A vécu dans 3 ou 4 familles d'accueil.	A vécu dans 2 à 6 familles d'accueil.
Absence de réunification familiale	Absence de réunification familiale	Absence de réunification familiale	Absence de réunification familiale	Absence de réunification familiale	A vécu entre 1 et 2 tentatives de RF

Note. N=240. Les 8 cas manquants réfèrent à des situations pour lesquelles les données accessibles étaient insuffisantes pour être en mesure de procéder à la classification (n=3) et à des trajectoires atypiques qui ne correspondaient à aucun des profils définis (n=5).

5.1.4. CONTACTS PARENTS-ENFANTS PENDANT LE PLACEMENT

5.1.4.1. CONTACTS ORDONNÉES OU PRÉVUS ENTRE L'ENFANT ET SES PARENTS D'ORIGINE

Les résultats suivants réfèrent aux contacts ordonnés ou prévus avec les parents d'origine au début du placement dans la famille adoptive, c'est-à-dire dans les six premiers mois suivant le placement

(voir Tableau 41). La majorité des mères (n=190/214) et des pères (n=115/131) ont des contacts ordonnés avec leur enfant au cours des six premiers mois suivant le placement de celui-ci dans sa famille adoptive. Ces contacts sont ordonnés à une fréquence d'une fois par semaine pour plus d'un tiers des mères (39,5 %) et des pères (34,8 %). De plus, la presque totalité des contacts, tant pour les mères (97,9 %) que pour les pères (99,1 %), étaient accompagnés d'une ordonnance de supervision. Celle-ci était généralement assumée par un intervenant de la protection de la jeunesse, mais aussi parfois par un membre de la famille élargie (p. ex., grand-parent) ou par un organisme autre (p. ex. Maison de la famille).

Tableau 41. Contacts ordonnés ou prévus entre l'enfant et ses parents d'origine

Contacts ordonnées	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Présence de contacts ordonnés				
Oui	190	88,8	115	87,8
Non	22	10,3	13	9,9
Données manquantes	2	0,9	3	2,3
Fréquences des contacts ordonnés				
Une fois par semaine	75	39,5	40	34,8
Une fois aux deux semaines	14	7,4	14	12,2
Une fois par mois	10	5,3	13	11,3
Autres fréquences ordonnées	86	45,3	45	39,1
Données manquantes	5	2,6	3	2,6
Contacts supervisés				
Oui	186	97,9	114	99,1
Non	3	1,6	1	0,9
Données manquantes	1	0,5	-	-

Note. [1]*N=214.* [2]*N=131.*

5.1.4.2. CONTACTS RÉELS ENTRE L'ENFANT ET SA FAMILLE D'ORIGINE

Considérant que les contacts ordonnés ne correspondent pas toujours aux contacts réels, les contacts actualisés ont également été recensés (voir Tableau 42). Les résultats suivants réfèrent donc aux contacts réels qui ont eu lieu entre l'enfant et sa famille dans les six premiers mois du placement dans la famille adoptive. Concernant les parents d'origine, la plupart des mères (n=169/214) et des pères (n=94/131) maintiennent des contacts avec leur enfant, tandis que pour 78 mères et 45 pères, les contacts sont absents. Parmi les raisons expliquant l'absence de contacts, plus de la moitié des mères (56,4 %) et près de la moitié des pères (42,2 %) n'ont jamais eu de contacts, tandis que dans 20,5 % des cas pour les mères et dans près d'un tiers des cas pour les pères (31,1 %), les contacts ont été interdits par le tribunal. Au regard de la forme que prennent ces contacts, les visites supervisées en milieu neutre prévalent, représentant respectivement 91,7 % des contacts avec la mère et 93,6 % des contacts avec le père.

Tableau 42. Contacts réels entre l'enfant et ses parents d'origine

Contacts réels	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Présence de contacts ordonnés				
Oui	169	68,1	94	66,7
Non	78	31,5	45	31,9
Données manquantes	1	0,4	2	1,4
Raisons de l'absence de contacts				
N'a jamais eu de contacts	44	56,4	19	42,2
Contacts interdits (*par le Tribunal*)	16	20,5	14	31,1
Parent qui ne se présente plus aux contacts	14	17,9	18	40,0
Enfant qui ne souhaite plus de contacts	1	1,3	1	2,2
Autre	8	10,3	2	4,4
Formes des contacts	155	91,7	88	93,6
Visites supervisées en milieu neutre[5]	20	11,8	9	9,6
Visites ou sorties avec les parents (avec supervision)	7	4,1	1	1,1
Visites ou sorties avec les parents (sans supervisions)	10	5,9	4	4,3
Visites dans le milieu d'accueil	14	8,3	5	5,3
Contacts indirects[6]	4	2,4	2	2,1
Autres formes de contacts	4	2,4	1	1,1
Données manquantes				

Note. [1]N=248. [2]N=141. [3]Les raisons de l'absence de contacts ne sont pas mutuellement exclusives, dans quelques cas, plus d'une raison pouvaient expliquer l'absence de contacts. [4]La forme des contacts n'est pas mutuellement exclusive puisque dans quelques cas, les contacts étaient de différentes formes. [5]Les visites supervisées en milieu neutre peuvent avoir lieu dans les locaux du CIUSSS, à la Maison de la famille ou avec le programme « Tic Tac ». [6]Les contacts indirects s'établissent par téléphone ou par courriel.

Les données sur l'assiduité et la fréquence réelle des contacts avec les parents d'origine au cours des six premiers mois du placement de l'enfant présentent une variabilité importante, allant de la présence à la majorité des contacts jusqu'à la présence à un seul contact. Certains contacts sont fréquents, par exemple, deux fois par semaine de façon régulière, tandis que d'autres sont rares, par exemple dans certains cas, les contacts se sont actualisés à seulement deux reprises durant les six premiers mois du placement de l'enfant dans la famille adoptive. Pour 101 mères (59,8 %) et pour 63 pères (67,0 %), les contacts sont irréguliers, ce qui signifie que leur fréquence n'est pas constante au fil du temps. Dans certains cas, les parents ont manqué des contacts, parfois en grand nombre, par rapport à ce qui avait été initialement ordonné par le tribunal. Malgré la variabilité, 43 mères (25,4 %) et 21 pères (22,3 %) se présentaient presque systématiquement à tous les contacts.

Concernant les contacts entre l'enfant et les autres membres de sa famille d'origine au cours des six premiers mois du placement, 83 enfants (33,5 %) ont maintenu des liens avec un ou plusieurs membres de leur famille d'origine. Cependant, dans 64 dossiers (25,8 %), les données relatives aux contacts avec d'autres membres de la famille élargie ou la fratrie sont manquantes. Parmi les 83 enfants ayant maintenu des contacts, 44 d'entre eux (17,7 %) ont maintenu des liens avec leur fratrie, 47 enfants (19,0 %) ont entretenu des contacts avec leurs grands-parents, huit enfants (3,2 %) avec leurs tantes et/ou oncles, et cinq enfants (2,0 %) avec une autre personne significative au sein de leur famille d'origine.

5.1.4.3. DERNIER CONTACT AVEC LES PARENTS D'ORIGINE AVANT L'ADOPTION

À partir des données recensées dans les dossiers d'adoption, il a été possible d'identifier pour un certain nombre d'enfants leur âge au moment de leur dernier contact avec leurs parents d'origine. Il faut noter que dans un nombre important de cas (près de 40 % des dossiers pour les mères et 67 % pour les pères), l'information demeurait manquante. Sinon, une majorité d'enfants (*n*=51) étaient âgés de moins d'un an au moment de leur dernier contact avec leur mère (20,6 %). Par ailleurs, 16,1 % des enfants avaient entre 1 an et 2 ans (*n*=40) alors que 6,4 % étaient âgés de 5 ans et plus (*n*=16) lors de ce dernier contact. Concernant le dernier contact avec le père d'origine, la majorité des enfants (*n*=30) étaient âgés entre 1 et 2 ans lorsqu'ils ont vu leur père pour la dernière fois (soit 12,1 %) et plusieurs (*n*=24) avaient moins d'un an (9,7 %).

Tableau 43. Âge de l'enfant au moment du dernier contact avec ses parents d'origine

Contacts ordonnées	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Moins d'un an	51	20,6	24	9,7
1 an	40	16,1	30	12,1
2 ans	15	6,0	10	4,0
3 ans	18	7,3	11	4,4
4 ans	8	3,2	4	1,6
5 ans et plus	16	6,4	4	1,6
Données manquantes	100	39,9	165	66,5

Note. [1]*N=248.* [2]*N=248.*

5.1.5. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES PARENTS ADOPTIFS RELATIVEMENT AU PLACEMENT

La présente section se penche sur les difficultés rencontrées par les parents adoptifs dans le cadre du processus d'adoption et plus spécifiquement en lien avec le placement de l'enfant (Tableau 44). Les difficultés vécues peuvent avoir été rapportées par les parents adoptifs et/ou par les intervenants. Au total, 155 familles adoptives (sur 248) ont rapporté des difficultés en regard du placement de l'enfant. Concernant les 93 autres familles, il est possible que ces familles n'aient rencontré aucune difficulté avec l'enfant ou encore que ces informations soient demeurées inaccessibles ou n'aient pas été rapportées dans les dossiers.

Les problématiques identifiées concernent principalement le déroulement des contacts et les comportements de l'enfant. Quelques familles rapportent également des difficultés en regard des relations avec les parents d'origine, de leur propre contexte familial ou encore avec les acteurs des services de la protection de la jeunesse.

Tableau 44. Difficultés rencontrées par les parents adoptifs relativement au placement

Difficultés rencontrées	Nombre de dossiers[1]	
	n	%
Difficultés relatives aux contacts	115	74,2
Effet des contacts sur l'enfant	92	59,4
Déroulement des contacts	49	31,6
Irrégularité des contacts	20	12,9
Sécurité et bien-être de l'enfant	16	10,3
Comportement de l'enfant	57	36,8
Relations entre les deux familles	24	15,5
Contexte familial du milieu d'accueil	26	16,8
Avec les acteurs en protection de la jeunesse	19	12,3

Note. [1]N=155. Un enfant pouvait présenter plusieurs difficultés simultanément.

Les difficultés relatives aux contacts

Dans 115 dossiers (soit 74,2 % de tous les dossiers où des difficultés ont été rapportées), les difficultés rencontrées étaient en lien avec les contacts parents-enfant. Les problématiques relatives au déroulement des contacts ont été regroupées en quatre thèmes.

- Le premier thème concerne l'effet des contacts sur l'enfant. Cette difficulté est relevée dans 92 dossiers (59,4 %). Les parents adoptifs ou les intervenants rapportent que certains enfants manifestent de l'anxiété avant et après les contacts, font des crises, souffrent de troubles du sommeil tels que des cauchemars, présentent des comportements de régression (par exemple au niveau de la propreté), éprouvent une instabilité émotionnelle, ont besoin de réconfort, s'opposent aux règles ou adoptent des comportements agressifs.
- Le deuxième type de difficultés mentionné concerne le déroulement des contacts (49 dossiers concernés, soit 31,6 %). Par exemple, durant les contacts, l'enfant peut avoir de la difficulté à se séparer des parents d'accueil et avoir des réactions liées à la présence des parents d'origine (pleurs, refus, détresse). Dans un dossier, on mentionne par exemple que les contacts sont difficiles, que l'enfant pleure en présence de sa mère d'origine et qu'il a été nécessaire que la mère adoptive reste sur place tout au long du contact. Dans un autre dossier, il est indiqué que « *durant le dernier contact, l'enfant reste accrochée à l'adoptante ou aux intervenantes et doit être continuellement sécurisée afin de poursuivre le contact* ».
- Le troisième thème aborde l'irrégularité des contacts (20 dossiers en faisaient mention, soit 12,9 %). Ces difficultés concernent par exemple l'absence ou le retard des parents d'origine aux contacts ou le déplacement inutile de l'enfant en raison de l'absence des parents. À titre d'exemple, il est mentionné dans un dossier que « *l'enfant est déplacé inutilement puisque*

la mère ne se présente pas aux contacts. » Dans un autre dossier, il est mentionné que l'irrégularité des contacts a posé problème et exigé la modification du calendrier de contacts.

- Le quatrième thème concerne la difficulté de certains parents d'origine à assurer la sécurité et le bien-être de l'enfant (16 dossiers concernés, 10,3 %). L'enfant peut, par exemple, être exposé à des comportements inappropriés ou violents de la part des parents biologiques, à une négligence de ses besoins de base, ou encore à des situations où les parents sont intoxiqués ou en état d'ébriété. Par exemple, dans un dossier, il est précisé que « *la mère se présente aux contacts intoxiquée par l'alcool, qu'elle est désorganisée [sic] pendant certains contacts et qu'une intervention policière a même été nécessaire lors d'un contact* ».

Les comportements de l'enfant

Dans 57 dossiers (soit 36,8 % de tous les dossiers où des difficultés sont rapportées), les difficultés rencontrées étaient en lien avec les comportements de l'enfant. Diverses difficultés comportementales ont été répertoriées et un même enfant pouvait cumuler plusieurs types de comportements problématiques. Dans 29 dossiers, ces difficultés concernaient des comportements d'agressivité de l'enfant envers lui-même ou envers autrui. Par exemple, un rapport mentionne que « *[l'enfant] adopte des comportements très violents envers lui-même et envers les autres. Il peut se cogner la tête contre sa chaise, tirer des objets, renverser la table*. » Dans un autre cas, il est noté que : « *[l'enfant] a des réactions violentes lorsqu'il est contrarié : il brise des objets et peut aussi faire mal aux animaux*. » Dans 17 dossiers, des comportements d'opposition et de non-respect des règles ont été observés. En ce qui concerne la sphère émotionnelle, 16 dossiers font état de difficultés d'autorégulation émotionnelle. À titre d'exemple, il est mentionné que « *les parents d'accueil semblent démunis, voire exaspérés, dans l'incompréhension, devant les réactions d'ordre émotives des enfants* ». Également, des comportements d'insécurité et/ou d'anxiété ont été rapportés dans 11 dossiers. Par exemple, l'un des dossiers mentionne que l'enfant manifeste des « *comportements d'hypervigilance et d'insécurité, [...] ne cherche pas à explorer son environnement et réclame la présence de l'adulte constamment* ». Dix enfants rencontraient des difficultés de sommeil, entre autres par des difficultés d'endormissement, des réveils fréquents ou des cauchemars pendant la nuit. *Par exemple, un rapport mentionne que « le sommeil est difficile pour l'enfant, il se réveille plusieurs fois par nuit en criant et cherchant du réconfort*. » Dans 4 dossiers, une problématique d'impulsivité est signalée. L'irritabilité est aussi rapportée dans quatre autres dossiers. Les autres troubles de comportements répertoriés, mais présents dans une moindre mesure sont : des comportements sexualisés inappropriés, des comportements obsessionnels, des difficultés attentionnelles et d'agitation, des comportements de rigidité et de recherche de contrôle, des comportements de repli de soi, des comportements intrusifs envers autrui ou de rejet envers autrui.

Les relations entre les deux familles

Dans 24 dossiers, soit 15,5 % des dossiers dans lesquels des difficultés sont rapportées, les difficultés rencontrées étaient en lien avec la qualité des relations entre les familles d'accueil et

d'origine. Les tensions, conflits et difficultés relationnelles qui peuvent survenir entre les familles prennent différentes formes. Les exemples rapportés dans les dossiers sont nombreux. Il peut s'agir d'un parent d'origine qui se montre dénigrant ou méprisant envers la famille d'accueil lors des contacts. Certains parents d'origine adoptent des propos dégradants envers la famille adoptive et entretiennent des discours négatifs à leur égard, par exemple en critiquant leurs habiletés parentales ou en remettant en question leur légitimité. Les tensions peuvent aussi être reliées au partage de l'autorité parentale : par exemple, un parent d'origine qui refuse de signer les autorisations nécessaires pour que l'enfant puisse voyager, ce qui crée des tensions avec les parents d'accueil. Sans que cela se traduise systématiquement en conflit, les parents d'accueil sont parfois mal à l'aise devant certains comportements ou attitudes des parents d'origine, par exemple face à des demandes trop insistantes ou encore devant une « *attitude réfractaire du père envers la famille d'accueil lors des contacts parents-enfant qui a pour effet de créer des réticences* » du côté des parents d'accueil. Certaines familles d'accueil vivent un malaise en lien avec le fait que le parent d'origine s'appuie sur eux et les utilise comme confidents : par exemple, « *lors des appels hebdomadaires, les parents d'origine vont parler davantage de leurs problèmes personnels et prendre peu de nouvelles de leur fille*. » Évidemment, les informations relatives à la présence de tensions entre les deux familles proviennent des dossiers, donc essentiellement des informations partagées par les familles d'accueil ou des observations des intervenants. Le point de vue des parents d'origine sur cet aspect n'a pas été documenté.

Le contexte familial du milieu d'accueil

Dans 26 dossiers (16,8 % des dossiers), les difficultés identifiées concernaient le contexte familial de la famille d'accueil devenue famille adoptive. Les enjeux mentionnés touchent la situation conjugale des adoptants; les conflits conjugaux, les ruptures et les séparations sont identifiés comme des difficultés relatives à la sphère familiale qui affectent l'accueil de l'enfant. Ensuite, les troubles de santé rencontrés par les parents d'accueil constituent dans certains cas un défi important dans la prise en charge des enfants; dans cinq dossiers, les familles adoptives ont vécu des problèmes de santé importants (par exemple un cancer, une dissection de l'aorte, etc.) qui ont limité leur capacité au quotidien à s'occuper de l'enfant accueilli. Finalement, les déménagements ainsi que les difficultés rencontrées en lien avec les autres enfants de la famille sont aussi mentionnés comme des obstacles qui complexifient l'accueil de l'enfant pris en charge.

Les difficultés avec les acteurs en protection de la jeunesse

Dans 19 dossiers (12,3 %), les difficultés observées sont en lien avec les différents acteurs du système de protection de la jeunesse. Dans certains cas, les tensions ou les difficultés rencontrées sont directement liées aux relations avec les intervenants. Par exemple, une mère d'accueil a trouvé difficile que l'intervenante remette en question ses méthodes éducatives auprès de l'enfant, une autre a vécu de la frustration quant à la façon dont l'intervenante organisait les contacts entre le parent d'origine et l'enfant. On observe aussi des tensions en lien avec certaines critiques que peuvent formuler les intervenants aux parents d'accueil : par exemple, une intervenante était d'avis que la famille adoptive n'était pas suffisamment proactive face aux importants retards de

développement que l'enfant présentait. Par ailleurs, les frustrations vécues par les parents d'accueil peuvent aussi être liées au fonctionnement de la protection de la jeunesse : par exemple, certains parents ont exprimé leur frustration quant à la durée du processus judiciaire et des délais rencontrés avant d'atteindre l'étape de l'adoption. Le manque de soutien et d'accompagnement des parents d'accueil est aussi soulevé comme enjeu. Finalement, certains parents d'accueil disent vivre beaucoup d'inquiétude, voire de l'anxiété face à l'incertitude et au possible retour de l'enfant avec ses parents d'origine.

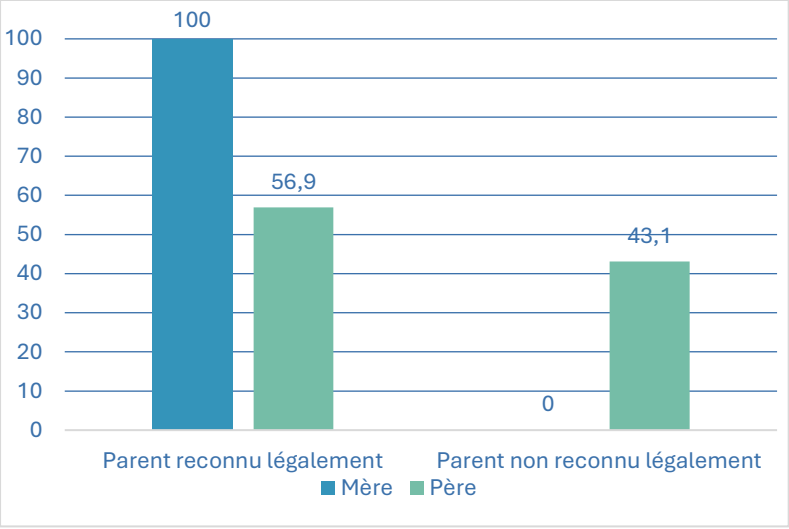
5.2. INFORMATIONS RELATIVES AUX FAMILLES D'ORIGINE

5.2.1. PROFIL ET CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARENTS D'ORIGINE

En ce qui concerne la situation et le statut légal des parents d'origine, l'examen des dossiers révèle que la totalité des mères est reconnue légalement, figurant ainsi sur l'acte de naissance de l'enfant (voir Figure 2). En revanche, seuls 141 pères (56,9 %) bénéficient d'une reconnaissance légale. Parallèlement, 107 pères (43,1 %) ne sont pas reconnus légalement, la plupart étant absents de la vie de l'enfant[12].

Par ailleurs, 10 mères et 2 pères sont décédés. Parmi les 10 mères d'origine décédées, l'âge moyen des enfants au moment du décès était de 3 ans, avec un âge minimal correspondant à la naissance et un âge maximal de 8 ans. Quant au moment du décès des 2 pères d'origine, les enfants avaient entre 12 mois et 16 mois, pour un âge moyen d'un an.

Figure 2. Reconnaissance de parents (en %)



Note. N=248.

[12] Plusieurs données sur les pères d'origine sont manquantes ou partielles, considérant le nombre important d'entre eux qui sont inconnus ou absents de la vie de l'enfant.

L'âge des parents d'origine au moment de la naissance de l'enfant (Tableau 45) est variable et les différents groupes d'âge en regard de cette donnée sont relativement bien représentés. Ainsi, concernant l'âge de la mère d'origine à la naissance de l'enfant, les données indiquent qu'une majorité de celles-ci, soit 29,8 %, étaient âgées entre 20 et 24 ans (*n*=74) au moment de la naissance de l'enfant, alors que 26,6 % d'entre elles se trouvaient dans la tranche d'âge de 25 à 29 ans (*n*=66). Une portion semblable de mères (19,8 %) étaient âgées entre 30 et 34 ans (*n*=49), 14,1 %, avaient moins de 19 ans (*n*=35) et 2,4 % (*n*=6) étaient âgées de 40 ans et plus. Par ailleurs, les données indiquent que la mère d'origine la plus jeune était âgée de 14 ans au moment de la naissance de l'enfant et la plus âgée avait 45 ans. La moyenne d'âge des mères pour cette variable est de 26 ans.

En ce qui concerne les pères d'origine, les résultats indiquent que la tranche d'âge la plus fréquente lors de la naissance de l'enfant était de 40 ans et plus avec 25,3 % (*n*=37), suivie de 21,2 % des pères âgés entre 30 et 34 ans (*n*=31). Les données montrent également que 20,5 % des pères d'origine se situaient dans la tranche d'âge de 25 à 29 ans (*n*=30) alors que 19,2 % d'entre eux avaient entre 20 et 24 ans (*n*=28). De plus, 7,5 % de ces derniers étaient âgés de moins de 19 ans (*n*=11) et 6,2 % d'entre eux avaient entre 35 et 39 ans (n=9) au moment de la naissance de l'enfant. Par ailleurs, le père d'origine le plus jeune avait 16 ans et le plus âgé 55 ans et la moyenne d'âge des pères à la naissance de l'enfant était de 32 ans.

Tableau 45. Âge des parents d'origine à la naissance de l'enfant

Âge des parents d'origine	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
19 ans et moins	35	14,1	11	7,5
Entre 20 et 24 ans	74	28,8	28	19,2
Entre 25 et 29 ans	66	26,6	30	20,5
Entre 30 et 34 ans	49	19,8	31	21,2
Entre 35 et 39 ans	17	6,9	9	6,2
40 ans et plus	6	2,4	37	25,3
Données manquantes	1	0,4	-	-

Note. [1]N=248. [2]N=146. Certains pères non reconnus légalement et étant les pères biologiques de l'enfant ont été pris en compte dans le calcul des données.

5.2.2. STRUCTURE DE LA FAMILLE D'ORIGINE

En regard du statut conjugal des parents d'origine au moment de l'arrivée de l'enfant dans la famille adoptive[13], les résultats indiquent cinq situations conjugales distinctes (voir Tableau 46). Pour les mères d'origine, 38,7 % sont conjointes de fait ou mariées au père biologique, 35,9 % sont célibataires, 9,3 % sont conjointes de fait ou mariées avec un autre conjoint que le père d'origine et

[13] Pour établir une mesure comparative commune, il a été convenu de cibler un moment précis pour observer le statut conjugal des parents, soit celui correspondant à l'arrivée de l'enfant dans sa famille adoptante.

7,3 % sont séparées ou divorcées du père d'origine[14]. De plus, une mère d'origine est veuve (0,4 %) et deux sont décédées (0,8 %). Concernant les pères d'origine, 59,9 % sont conjoints de fait ou mariés à la mère d'origine, 15,6 % sont séparés ou divorcés de la mère d'origine (voir note de bas de page 13), 15 % sont célibataires et 2,7 % sont conjoints de fait ou mariés avec une autre conjointe que la mère d'origine. De même, un père d'origine est veuf (0,7 %).

Tableau 46. Statut conjugal du parent d'origine

Statut conjugal	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Conjoint·e de fait/marié·e à l'autre parent biologique	96	38,7	88	59,9
Célibataire	89	35,9	22	15,0
Conjoint·e de fait/marié·e avec autre conjoint·e	23	9,3	4	2,7
Séparé·e/divorcé·e du parent biologique	18	7,3	23	15,6
Veuf·ve	1	0,4	1	0,7
Ne s'applique pas – décédé·e	2	0,8	-	-
Données manquantes	19	7,7	9	6,1

Note. [1]*N=248.* [2]*N=147.*

Concernant la principale source de revenus des parents d'origine au moment de l'arrivée de l'enfant dans la famille adoptive (Tableau 47), la sécurité du revenu se révèle être la principale source financière des parents (respectivement 52,4 % pour les mères et 38,6 % pour les pères d'origine). En revanche, 17,3 % des mères d'origine et 37,9 % des pères d'origine sont sur le marché du travail et ont un statut de salarié.

Tableau 47. Sources de revenus du parent d'origine

Sources de revenus	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Sécurité du revenu	130	52,4	56	38,6
En emploi	43	17,3	55	37,9
Aucune source de revenu	19	7,7	5	3,4
Assurance-emploi	1	0,4	1	0,7
Sources de revenus inconnus	1	0,4		-
Prêts et bourses	1	0,4	-	-
Autres sources de revenus	14	5,6	9	6,2
Données manquantes	39	15,7	19	13,1

Note. [1]*N=248.* [2]*N=145.*

[14] Ce qui signifie que ce parent a déjà formé un couple avec l'autre parent biologique, mais qu'ils ne sont plus ensemble, et que le parent n'est pas en couple actuellement avec quelqu'un d'autre.

5.2.3. PROBLÉMATIQUES VÉCUES PAR LES PARENTS D'ORIGINE

L'analyse des problématiques des parents d'origine prenait également en compte les expériences de maltraitance vécues durant l'enfance ainsi que les problématiques et difficultés auxquelles les parents ont été confrontés depuis la naissance de l'enfant. En plus des 141 pères d'origine, 15 hommes, bien qu'ils ne soient pas des pères d'origine reconnus légalement, ont joué un rôle significatif en tant que figures paternelles. Parmi ceux-ci, on compte huit pères d'origine qui ne sont pas légalement reconnus (3,2 %) ainsi que sept figures paternelles significatives pour l'enfant n'étant pas les pères d'origine (2,8 %) mais qui ont été présents dans la vie de l'enfant. Ainsi les problématiques des parents d'origine ont été recensées pour les 248 mères et les 156 pères. De plus, ces problématiques ont été considérées dès qu'elles étaient mentionnées dans les dossiers, peu importe le moment de la trajectoire de l'enfant.

Concernant les expériences de maltraitance vécues par les figures parentales pendant l'enfance (Tableau 48), un peu moins de la moitié des principales figures maternelles (ci-après appelées « mères ») ont un passé de maltraitance impliquant les services de la protection de la jeunesse (PJ) (43,5 %). Parmi ces mères, l'intervention de la PJ a conduit au placement de 98 d'entre elles, tandis que 23 ont un passé de maltraitance sans suivi en PJ. De plus, l'analyse des données disponibles dans les dossiers révèle que 17,3 % des mères ont été victimes d'abus physiques durant leur enfance, tandis que 23,8 % ont subi des abus sexuels.

Tableau 48. Problématiques à l'enfant du parent d'origine

Problématiques	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Passé de suivi en PJ	-	-	-	-
Suivi avec placement	98	39,5	33	21,2
Suivi sans placement	10	4,0	7	4,5
Abus sexuel durant l'enfance	59	23,8	9	5,8
Abus physique durant l'enfance	43	17,3	13	8,3
Passé de maltraitance sans suivi en PJ	23	9,3	17	10,9
Aucune problématique identifiée au dossier	15	6,1	77	49,4

Note. [1]*N=248.* [2]*N=156.*

L'analyse des dossiers et des rapports a également permis de savoir que les principales figures paternelles (ci-après appelées « pères ») ont également été confrontées à des expériences de maltraitance nécessitant un suivi en PJ dans une proportion de 25,7 %, et que dans la majorité de ces cas, le père a connu un placement durant son enfance (21,2 %). Par ailleurs, 10,9 % des pères ont vécu de la maltraitance sans suivi en PJ, 8,3 % ont été victimes d'abus physiques durant l'enfance, et 5,8 % d'entre eux ont subi des abus sexuels durant cette période de leur vie. Cependant, les données relatives aux problématiques durant l'enfance des pères demeurent manquantes pour un nombre important d'entre eux (77 sur 156), soit 49 % de l'ensemble des pères.

Dans un deuxième temps, les différentes difficultés rencontrées par les parents sur le plan psychosocial ont également été recensées à partir de l'analyse des différents rapports cliniques déposés dans le dossier de suivi en protection de la jeunesse de l'enfant (Tableau 49). Pour les mères, les difficultés les plus fréquemment rapportées incluent des problèmes financiers (69,0 %), une consommation excessive de drogue (59,7 %), une situation d'itinérance et des difficultés liées au logement (54,4 %) et des problèmes de violence conjugale (femmes victimes; 52,0 %). Du côté des pères, les problématiques les plus couramment observées comprennent des difficultés financières (66,0 %), une consommation excessive de drogue (60,9 %), la présence de comportements agressifs (59,0 %), des activités criminelles et des périodes d'incarcération (57,7 %), des problèmes de violence conjugale (hommes agresseurs; 62,8 %) et des situations d'itinérance et des problèmes liés au logement (43,6 %). Dans l'ensemble, les données indiquent que les difficultés les plus fréquentes rencontrées par les parents sont liées aux finances, à la dépendance aux drogues, à la violence conjugale et à l'agressivité, au logement ainsi qu'aux activités criminelles.

Tableau 49. Problématiques psychosociales du parent d'origine notées au dossier

Problématiques	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Problèmes financiers	171	69,0	103	66,0
Consommation excessive de drogue	148	59,7	95	60,9
Itinérance/problème de logement	135	54,4	68	43,6
Violence conjugale (victime)	129	52,0	33	21,2
Consommation excessive d'alcool	80	32,3	65	41,7
Activité criminelles/incarcération	76	30,6	90	57,7
Comportements agressifs	73	29,4	92	59,0
Instabilité relationnelle	70	28,2	12	7,7
Problème de violence conjugale	45	18,1	98	62,8
(agresseur)	39	15,7	36	23,1
Conflit de séparation	6	2,4	6	3,8
Analphabétisme	5	2,0	3	1,9
Problème de jeu pathologique				

Note. [1]N=248. [2]N=156. Un parent peut présenter plusieurs problématiques simultanément.

Les problématiques de santé mentale ou neurodéveloppementales des parents d'origine constituent un facteur qui peut fragiliser la capacité de ces parents à s'occuper de leur enfant. Certaines de ces problématiques sont diagnostiquées alors que d'autres, sans être systématiquement associées à un diagnostic, sont tout de même documentées dans les dossiers. Chez les mères (*n*=248), les problématiques les plus rapportées sont les traits ou troubles de la personnalité (*n*=102), les problèmes d'impulsivité (*n*=96) et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (*n*=72). Les résultats indiquent également la présence des problématiques suivantes : idéations suicidaires ou tentatives de suicide (*n*=65), traits ou troubles

anxieux (anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif et/ou trouble de panique) (*n*=62) et troubles de l'humeur (dépression, bipolarité et/ou le trouble cyclothymique) (*n*=61).

Chez les pères (*n*=156), les problématiques de santé mentale et neurodéveloppementales les plus fréquentes sont les problèmes d'impulsivités (*n*=79), le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (*n*=32), les traits ou les troubles de personnalité (personnalité limite, narcissique, dépendante, évitante, antisociale et/ou paranoïde) (*n*=27) et les traits ou les troubles anxieux (anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif et/ou trouble de panique) (*n*=20).

Tableau 50. Problématiques de santé mentale ou neurodéveloppementales documentées des mères et pères

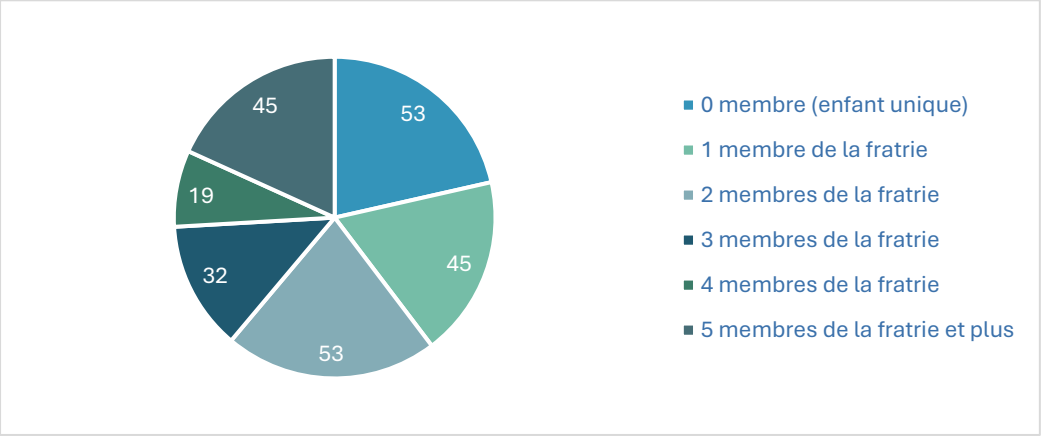
Problématiques	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Traits ou trouble de la personnalité	102	41,1	27	17,3
Problèmes d'impulsivité	96	38,7	79	50,6
Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	72	29,0	32	20,5
Idéations suicidaires / tentatives de suicide	65	26,2	16	10,3
Traits ou troubles anxieux	62	25,0	20	12,8
Traits ou troubles de l'humeur	61	24,6	12	7,7
Déficience intellectuelle	42	16,9	18	11,5
Traits ou trouble psychotique	20	8,1	14	9,0
Automutilation	19	7,7	3	1,9
Trouble de l'attachement	17	6,9	1	0,6
Phobies (phobie sociale, claustrophobie, agoraphobie)	11	4,4	2	1,3
Traits ou trouble de l'opposition avec ou sans provocation	9	3,6	4	2,6
Trouble d'adaptation	6	2,4	5	3,2
Trouble de conduites alimentaires (anorexie, boulimie)	6	2,4	-	-
Psychoses récidivantes ou toxiques	6	2,4	-	-
Trouble du comportement	5	2,0	2	1,3
Trouble lié à l'usage de substance	4	1,6	3	1,9
Trouble de stress post-traumatique	4	1,6	1	0,6
Syndrome de Münchhausen	3	1,2	-	-
Trouble du langage et dysphasie	2	0,8	1	0,6
Syndrome Gilles de la Tourette	1	0,4	3	1,9

Note. [1]N=248. [2]N=156. Un parent peut présenter plusieurs problématiques

5.2.4. CARACTÉRISTIQUES DE LA FRATRIE D'ORIGINE

La recension de la fratrie dans les dossiers permet d'établir le nombre de frères, sœurs, demi-frères et demi-sœurs de chacun des cas d'enfant ayant fait l'objet de l'étude (Figure 3). Le nombre de frères et sœurs (incluant les demi-frères et les demi-sœurs) pour chacun des enfants varie en fonction des cas étudiés. Sur la totalité des dossiers étudiés (*n*=247)[15], 21,5 % concernait des enfants uniques. Ensuite, les résultats montrent que la fratrie d'origine des enfants se compose de seulement un frère, sœur, demi-frère ou demi-sœur dans 18,2 % des dossiers, de 2 membres de fratrie dans 21,5 % des dossiers et de 3 membres dans 13,0 % des dossiers. L'enfant cible avait 4 frères, sœurs, demi-frère ou demi-sœur dans 7,7 % des dossiers étudiés et 5 et plus dans 18,2 % des dossiers[16].

Figure 3. Le nombre de frères et sœurs (incluant les demi-frères et les demi-sœurs)



Note. N=247.

Selon les dossiers étudiés, 46,7 % des membres de la fratrie d'origine des enfants sont de sexe féminin et 50 %, sont de sexe masculin. Dans 3,3 % des cas, la donnée était manquante. De plus, les résultats indiquent que dans 28,6 % des cas, le lien concernant la fratrie d'origine est un lien frère ou sœur et qu'il s'agit d'enfants nés des deux mêmes parents. Dans 48,7 %, le lien identifié est un lien de demi-frère ou de demi-sœur du côté maternel, et dans 20,4 %, il s'agit également d'un lien de demi-frère ou demi-sœur, mais du côté paternel. Concernant le statut et l'âge des membres de la fratrie, les données indiquent qu'au moment de la collecte des données 79,1 % des membres de la fratrie sont mineurs et 17,9 %, sont majeurs.

[15] Dans un des dossiers, l'information est manquante.

[16] Comme l'étude procédait par cas (un cas = un enfant adopté) et que l'échantillon comprenait des fratries, ceux-ci ont tous été comptabilisés. Donc dans certains cas, le dossier étudié est aussi comptabilisé comme membre de la fratrie (si un autre membre de la fratrie a lui aussi été adopté).

Tableau 51. Caractéristiques des membres de la fratrie d'origine

Caractéristiques du membre de la fratrie	*n*	%
Nature du lien		
Demi-frère ou demi-sœur du côté maternel	308	48,7
Frère ou sœur	181	28,6
Demi-frère ou demi-sœur du côté paternel	129	20,4
Données manquantes	15	2,4
Statut		
Mineur	501	79,1
Majeur	113	17,9
Données manquantes	19	3,0

Note. N=633.

Concernant le milieu de vie des membres de la fratrie d'origine, les résultats montrent que ces derniers évoluent dans différents types de milieu de vie. Dans 28,1 % des cas (*n*=178), les membres de la fratrie demeurent dans un milieu lié à leur famille d'origine. En effet, 4,7 % des enfants de la fratrie d'origine vivent avec les deux parents d'origine, 13,4 % avec leur mère d'origine et 10,0 % avec leur père d'origine. Cependant, la majorité des membres de la fratrie, soit 54,2 %, vivaient en milieu substitut. De plus, 7,1 % d'entre eux vivent en famille d'accueil de proximité, 13,1 % sont en famille d'accueil régulière, 2,8 % habitent dans la même famille d'accueil banque mixte que l'enfant du dossier étudié et 5,2 % sont dans une autre famille d'accueil banque mixte que l'enfant du dossier étudié. On observe également qu'un nombre assez important d'enfants de la fratrie a été adopté (*n*=134; soit 21,2 %) : 3,3 % d'entre eux ont été adoptés par la même famille adoptive que l'enfant cible alors que 17,9 % ont été adoptés dans une autre famille adoptive que l'enfant cible. Finalement, un certain nombre de frères et sœurs se retrouvent sous tutelle (2,8 %) ou placés dans un milieu institutionnel, tels qu'en centre de réadaptation ou en foyer de groupe (1,9 %).

Tableau 52. Caractéristiques du milieu de vie de la fratrie d'origine

Type de milieu de vie de la fratrie d'origine	*n*	%
Dans le milieu d'origine		
Avec les deux parents d'origine	30	4,7
Avec la mère d'origine	85	13,4
Avec le père d'origine	63	10,0
Dans un milieu substitut		
En famille d'accueil de proximité (FAP)	45	7,1
En famille d'accueil régulière (FAR)	83	13,1
Dans la même famille d'accueil banque mixte que l'enfant	18	2,8
Dans une autre famille d'accueil banque mixte que l'enfant	33	5,2

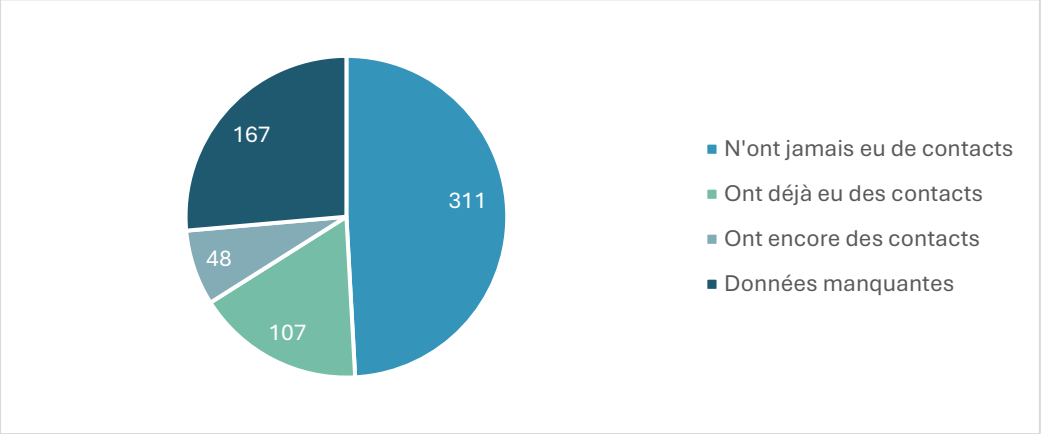
Type de milieu de vie de la fratrie d'origine	*n*	%
Adopté·e dans la même famille adoptive que l'enfant	21	3,3
Adopté·e dans une autre famille adoptive que l'enfant	113	17,9
Sous tutelle	18	2,8
Placé en centre de réadaptation ou en foyer de groupe	12	1,9
Autre milieu de vie	29	5,2
Ne s'applique pas – décédé·e	4	0,6
Données manquantes	79	12,5

Note. N=633.

La présence de contacts entre l'enfant cible et les membres de sa fratrie d'origine a aussi été recensés (la situation relative à ces contacts a été observée en date de la collecte de données). Il a été possible de déterminer la situation des contacts pour 466 enfants membres de la fratrie, donc pour 73,6 % de l'ensemble des membres de la fratrie recensés (Tableau 52).

- Les résultats indiquent que pour 49,1 % des membres identifiés, il n'y a jamais eu de contacts entre l'enfant et le membre de sa fratrie. Cette absence de contact concernait principalement des situations où l'enfant avait été adopté avant la naissance du membre de la fratrie d'origine ou encore des situations où le membre de la fratrie d'origine avait été placé dans une autre famille avant même la naissance de l'enfant concerné.
- Dans 26,5 % des cas, l'enfant a déjà eu des contacts avec le membre de la fratrie en question, mais n'en avait plus au moment de l'analyse du dossier. Ces ruptures de contacts survenaient généralement lorsque les visites avec les parents biologiques prenaient fin, ce qui avait pour effet de mettre aussi un terme aux contacts entre les membres de la fratrie.
- Dans seulement 7,6 % des cas, l'enfant entretenait toujours des contacts avec le membre de la fratrie concerné au moment de la collecte des données. Parmi les fratries d'origine ayant maintenu des contacts, une partie de ces enfants vivaient sous le même toit, donc dans le même milieu d'accueil ou d'adoption, tandis que d'autres enfants continuaient à entretenir des liens avec leur fratrie d'origine grâce à l'initiative des familles adoptives ou d'accueil respectives.

Figure 4. Présence de contacts avec la fratrie d'origine



Note. N=633.

5.3. PROFIL ET CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS ADOPTIFS

La prochaine section aborde les caractéristiques individuelles et familiales des parents d'accueil devenus parents adoptifs. Une part importante de ces informations provient des rapports psychosociaux. Le rapport psychosocial découle de l'évaluation qui est réalisée auprès des postulants à l'adoption dans les premières étapes du processus d'adoption. L'analyse de ce rapport permet de recenser plusieurs caractéristiques associées à la famille adoptive et au profil des parents adoptifs. Dans la présente étude, 84,7 % des dossiers analysés contenaient le rapport psychosocial des adoptants. Cependant, dans 15,3 % des dossiers étudiés, le rapport de l'évaluation psychosociale n'était pas présent dans le dossier, ce qui fait que certaines données demeurent manquantes pour quelques parents adoptifs.

5.3.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARENTS ADOPTIFS

En ce qui concerne le genre des parents adoptifs, 46,6 % des adoptants s'identifient au genre féminin et 53,4 % d'entre eux se déclarent de genre masculin. De plus, 100,0 % des parents adoptifs sont cisgenres, c'est-à-dire qu'ils s'identifient au sexe assigné à la naissance. Par ailleurs, les adoptants des dossiers étudiés sont de différentes origines ethniques, mais principalement d'origine nord-américaine (87,4 %). Outre l'origine nord-américaine, on retrouve quelques adoptants d'origine européenne (4,6 %), de l'Amérique latine, centrale et du sud (4,0 %), d'origine autochtone nord-américaine (1,3 %), d'origine africaine (1,3 %), des Caraïbes (1,1 %), d'origine asiatique (0,4 %) ainsi que de l'Océanie (0,2 %).

Sur le plan de la scolarité, différents niveaux académiques ont été observés chez les adoptants. En effet, 1,5 % des parents adoptifs n'ont aucun diplôme; 8,8 % ont un diplôme d'études secondaires, 15,5 % possèdent un diplôme d'études professionnelles et 25,0 % ont obtenu un diplôme d'études collégiales ou une attestation d'études collégiales. Concernant ceux qui ont une scolarité universitaire (36,8 %); 28,6 % des adoptants ont un diplôme universitaire de premier cycle (certificat, BAC); 6,3 % un diplôme universitaire de deuxième cycle (maîtrise, DESS) et 1,9 % possèdent un diplôme universitaire de troisième cycle (doctorat, diplôme en médecine).

Tableau 53. Caractéristiques sociodémographiques des parents adoptifs

Caractéristiques des parents adoptifs	*n*	%
Genre		
Masculin	254	53,4
Féminin	222	46,6
Origines ethnoculturelles		
Nord-Américaine	416	87,4
Européenne	22	4,6
Amérique latine, centrale et du Sud	19	4,0
Autochtone Nord-Américaine	6	1,3
Africaine	6	1,3
Des Caraïbes	5	1,1
Asiatique	2	0,4
De l'Océanie	1	0,2
Données manquantes	7	1,5
Plus haut niveau de scolarité		
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	7	1,5
Diplôme d'études secondaires (DES)	42	8,8
Diplôme d'études professionnelles (DEP)	74	15,5
Diplôme d'études collégiales (DEC)	119	25,0
Diplôme d'études universitaire de 1er cycle (certificat, BAC)	136	28,6
Diplôme d'études universitaire de 2e cycle (maîtrise, DESS)	30	6,3
Diplôme d'études universitaire de 3e cycle (doctorat)	9	1,9
Diplôme non reconnu au Québec ou autre diplôme	2	0,4
Données manquantes	57	12,0

Note. N=476.

Une des variables observées est l'âge des parents adoptifs au moment de l'adoption de l'enfant (voir Tableau 54)[17]. Les parents adoptifs ont été classés en deux groupes (Parent adoptif 1 et Parent adoptif 2) pour refléter les deux individus impliqués dans le processus d'adoption. L'âge des parents adoptifs au moment de l'adoption varie entre 22 ans et 70 ans. La tranche d'âge la plus représentée parmi les parents adoptifs se situe entre 36 et 40 ans. Les autres tranches d'âge les plus représentées sont celles de 41 à 45 ans et de 31 à 35 ans. Les tranches d'âge de 25 ans et moins et de 51 ans et plus représentent une proportion beaucoup plus faible des adoptants.

[17] La date repère pour effectuer le calcul est celle du jugement d'adoption; cependant, dans la plupart des cas l'enfant est déjà présent au sein de la famille depuis plusieurs mois, voire quelques années dans certains cas, sans statut d'adopté.

Tableau 54. Âge des parents adoptifs au moment de l'adoption

Âge	Parent adoptif 1[1]		Parent adoptif 2[2]	
	n	%	*n*	%
25 ans et moins	3	1,2	1	0,4
26 à 30 ans	20	8,1	17	7,5
31 à 35 ans	39	15,7	34	14,9
36 à 40 ans	63	25,4	59	25,9
41 à 45 ans	55	22,2	40	17,5
46 à 50 ans	17	6,9	21	9,2
51 à 55 ans	8	3,2	11	4,8
56 à 60 ans	-	-	2	0,9
61 ans et plus	1	0,4	2	0,9
Données manquantes	42	16,9	41	18,0

Note.[1]*N=248.* [2]*N=228.*

Concernant le revenu familial des familles adoptives, cette donnée a été comptabilisée dans leur rapport d'évaluation psychosociale comme postulants à l'adoption (voir Tableau 55). À noter que plusieurs familles n'avaient pas cette information au dossier, limitant donc cette donnée à 159 dossiers sur 248. De plus, les informations sur le revenu familial datent dans certains cas de plusieurs années, notamment dans les cas d'adoption de 2017-2018, dans lesquels les informations issues de l'évaluation psychosociale peuvent avoir été collectées en 2015 ou 2016, voire avant. Le revenu familial constitue le revenu annuel des deux parents adoptifs, lorsqu'en couple. Le revenu familial le plus fréquent est entre 100 000 $ et 124 000 $, pour 14,9 % des familles adoptives (*n*=37). Puis, 12,5 % des ménages gagnent un salaire annuel de 50 000 $ à 74 999 $ (*n*=31) et 12,5 % des familles adoptives reçoivent un revenu annuel de 75 000 $ à 99 999 $ (*n*=31). Presque le dixième des parents adoptifs (9,3 %) gagnent entre 125 000 $ et 149 999 $ (*n*=23), suivi de 4,4 % des parents qui reçoivent entre 150 000 $ et 174 999 $ et entre 175 000 $ et 199 999 $ (*n*=11).

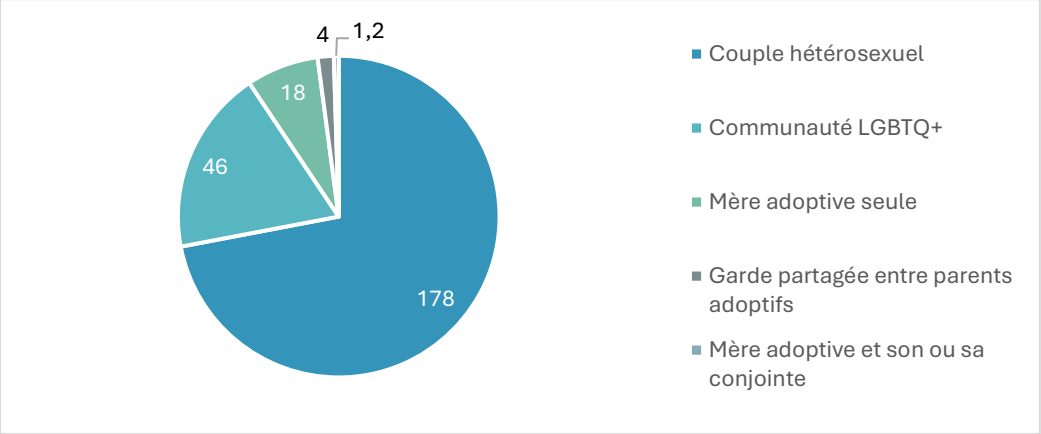
Tableau 55. Revenu annuel familial des familles adoptives

Revenu familial	*n*	%
Moins de 25 000 $	2	0,8
25 000 – 49 999 $	9	3,6
50 000 – 74 999 $	31	12,5
75 000 – 99 999 $	31	12,5
100 000 – 124 999 $	37	14,9
125 000 – 149 999 $	23	9,3
150 000 – 174 999 $	11	4,4
175 000– 199 999 $	11	4,4
200 000 $ et plus	4	1,6
Données manquantes	89	35,9

Note. N=248.

Au regard de la structure familiale au sein de laquelle vivent les adoptants, cinq différents types de structure familiale ont été identifiés (Figure 5). Une proportion de 71,8 % des parents adoptifs sont en couple hétérosexuel (*n*=178), alors que 18,5 % sont en couple dans lequel au moins un des deux parents est issu de la communauté LGBTQ+ (*n*=46). Les résultats indiquent également que 7,3 % sont des mères adoptives seules (*n*=18), 1,6 % sont des parents adoptifs qui se partagent la garde de leur enfant (*n*=4) et 0,8 % sont des mères adoptives avec un conjoint ou une conjointe (*n*=2).

Figure 5. Structure de la famille adoptive au moment de l'ordonnance de placement en vue d'adoption



Note. N=248.

Les résultats montrent que dans la plupart des cas (75,4 %), les adoptants ne connaissent pas l'enfant qu'ils vont éventuellement adopter. Cependant, dans 20,6 % des cas (*n*=51), possiblement des situations de placement en FAP ou de placement en FA régulière qui se transforme en placement en vue d'adoption, les adoptants désirent adopter un enfant en particulier, donc un enfant déjà connu des parents adoptifs au moment de l'évaluation psychosociale.

Dans les dossiers étudiés, quelques adoptants ont mentionné ne pas être à l'aise avec certaines problématiques ou antécédents possibles chez l'enfant. Ils ont exprimé leur inconfort face aux problématiques suivantes : une déficience intellectuelle sévère (46,2 %), une déficience physique sévère (43,3 %), une déficience intellectuelle légère (38,6 %), le VIH (36,2 %), toute forme d'hépatite (33,8 %), un syndrome de l'alcoolisation fœtale (24,8 %), une déficience physique légère (23,8 %), une trisomie (16,2 %) ainsi qu'un problème de santé permanent (13,3 %). Plus marginalement, certains adoptants ont aussi mentionné ne pas être à l'aise avec un trouble du spectre de l'autisme (5,7 %), un trouble de comportement (3,3 %), un trouble de l'hyperactivité (2,9 %), des séquelles de maltraitance (2,4 %), un problème de santé temporaire (1,4 %) ou encore un trouble affectif (1,0 %). Il est à noter que plusieurs problématiques peuvent avoir été mentionnées pour un même dossier.

Tableau 56. Problématiques ou antécédents de l'enfant pour lesquels les parents adoptifs ont mentionné ne pas être à l'aise

Problématiques ou antécédents de l'enfant	*n*[1]	%
Déficience intellectuelle sévère	97	46,2
Déficience physique sévère	91	43,3
Déficience intellectuelle légère	81	38,6
VIH	76	36,2
Forme hépatite	71	33,8
Syndrome d'alcoolisation fœtale	52	24,8
Déficience physique légère	50	23,8
Trisomie	34	16,2
Problème de santé permanent	28	13,3
Trouble du spectre de l'autisme	12	5,7
Trouble de comportement	7	3,3
Trouble de l'hyperactivité	6	2,9
Séquelles de maltraitance	5	2,4
Problème de santé temporaire	3	1,4
Troubles affectifs	2	1,0
Données manquantes[2]	48	22,9

Note. N=248. [1]Plusieurs problématiques peuvent être mentionnées dans un même dossier. [2]Les données manquantes réfèrent au nombre de dossiers (48 sur les 248 dossiers étudiés) dans lesquels l'information n'est pas disponible, incluant les cas où l'évaluation psychosociale n'était pas présente au dossier.

5.3.2. MOTIVATIONS À L'ORIGINE DU PROJET D'ADOPTION

Dans la plupart des dossiers étudiés (*n*=240), il a été possible d'identifier les motivations des adoptants à l'origine du projet d'adoption. L'analyse de ce contenu a permis d'identifier 6 grands types de motivations des parents adoptifs face au projet d'adoption. Il est à noter que les adoptants peuvent avoir mentionné plus d'une motivation à l'origine du projet.

Tableau 57. Motivations des adoptants à l'origine du projet d'adoption

Type de motivation	*n*	%
Désir de fonder une famille ou de l'élargir	183	76,3
Incapacité à avoir un enfant biologique	120	50,0
Aider un enfant	56	23,3
Projet de longue date	28	11,7
Désir d'adopter l'enfant hébergé au domicile	24	10,0
Le ou les adoptants connaissent l'enfant	14	5,8

Note. N=240. Le ou les adoptants peuvent avoir mentionné plus d'un type de motivation à l'origine du projet d'adoption.

Le désir de fonder une famille ou de l'élargir

La motivation à l'origine du projet d'adoption la plus souvent mentionnée par les postulants est leur désir de vivre la parentalité, de fonder une famille ou de l'élargir (*n*=183). Plusieurs d'entre eux mentionnent l'importance à leurs yeux de partager un amour inconditionnel et de transmettre des apprentissages et des valeurs familiales à un enfant. Des parents adoptifs nomment également leur besoin en tant que couple de fonder une famille ou de l'élargir à cette étape de leur vie. Certains rapportent également avoir eu une expérience positive lors de leur premier projet d'adoption et souhaiter la renouveler.

L'incapacité d'avoir un enfant biologique

L'incapacité d'avoir un enfant biologique est une source de motivation soulevée par plusieurs parents adoptifs dans les dossiers analysés (*n*=120). Ces adoptants expliquent avoir rencontré des difficultés à concevoir un enfant ou avoir vécu plusieurs fausses couches en raison de leur âge, d'un problème de santé ou d'un problème de fertilité. Certains mentionnent également avoir voulu adopter parce qu'ils n'étaient pas en mesure de concevoir naturellement un enfant en raison de leur orientation sexuelle ou en raison de leur état matrimonial (célibat).

Le désir d'aider un enfant

L'analyse des motivations indique également qu'un certain nombre de parents adoptifs étaient animés par le désir d'apporter leur aide à un enfant (*n*=56). Ces adoptants avaient à cœur d'aider un enfant dans le besoin ou ayant une condition particulière en lui offrant une famille, de l'amour, un environnement stimulant et de la stabilité.

Un projet de longue date

Pour certains adoptants, le projet d'adoption est présent et envisagé depuis longtemps (n=28). Ces parents évoquent leur expérience de famille d'accueil durant l'enfance et expliquent que celle-ci a contribué à développer leur désir d'adopter une fois arrivés à l'âge adulte. Pour d'autres adoptants, le projet d'adoption a été réfléchi durant la période de l'adolescence ou leur jeune âge adulte en raison de leurs différentes expériences de vie et de leurs valeurs. D'autres ont également nommé ne pas désirer concevoir ou porter un enfant naturellement malgré leur capacité à le faire, préférant offrir une famille à un enfant dans le besoin.

Le désir d'adopter l'enfant déjà hébergé au domicile

Dans quelques cas, les parents adoptifs ont eu le désir d'adopter l'enfant qu'ils accueillaient déjà à leur domicile (*n*=24). Ces adoptants ont expliqué que l'adoption n'était pas le projet initial, mais que leur désir d'adoption s'est consolidé à la suite de l'enracinement de l'enfant dans leur famille et à leur attachement envers celui-ci. Certains adoptants ont également mentionné que le désengagement des parents d'origine de la vie de l'enfant ainsi que le changement de projet de vie engendré par cet abandon progressif ont contribué à leur réflexion et à leur désir de finalement s'engager dans un projet d'adoption.

Les adoptants connaissent personnellement l'enfant ou sa famille

Dans quelques dossiers, la motivation des adoptants à l'origine du projet d'adoption réside dans le lien que ces derniers entretenaient déjà avec l'enfant (*n*=14). En effet, ces parents adoptifs mentionnent que l'enfant est issu de leur propre famille et qu'ils refusaient qu'il soit hébergé et pris en charge par une autre famille d'accueil. Finalement, quelques parents ont nommé connaître les parents d'origine et avoir souhaité devenir les adoptants de l'enfant en raison du lien déjà établi avec ces derniers.

Observations générales relatives aux motivations des adoptants

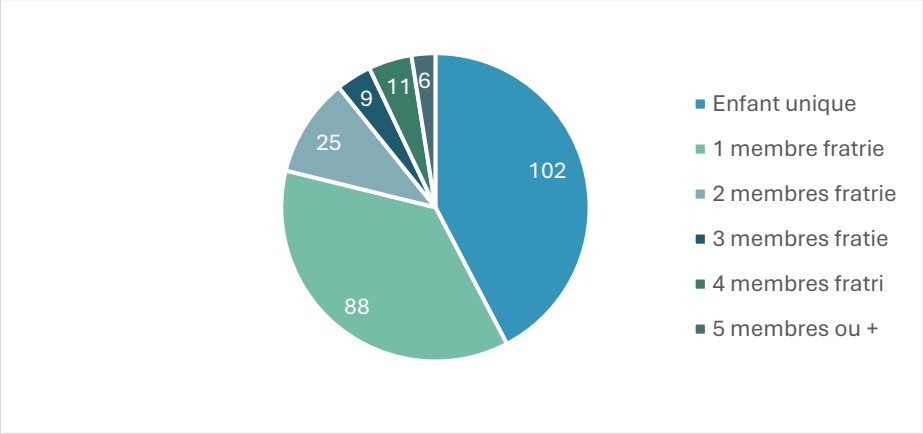
Pour bon nombre d'adoptants, le chemin de l'adoption est marqué par le deuil de leur capacité à concevoir un enfant de façon biologique. Pour ces parents, il s'agit d'un processus émotionnellement éprouvant dans lequel l'espoir et la déception se mêlent au désir de devenir parents par un autre moyen. De nombreux adoptants ont d'abord envisagé adopter à l'international, mais se sont finalement tournés vers l'adoption au Québec en raison de la complexité des démarches, des longs délais d'attente associés à ce processus, ou encore des critères trop restrictifs (certains pays ne permettent pas l'adoption aux familles homosexuelles ou monoparentales). Cette décision a souvent été motivée par le désir de fonder une famille plus rapidement.

5.3.3. FRATRIE ADOPTIVE

Concernant les membres de la fratrie adoptive, dans les 241 dossiers où l'information était accessible, on note, au moment de l'ordonnance de placement en vue d'adoption, la présence d'autres enfants au domicile familial de la famille adoptive dans 57,7 % des dossiers (*n*=139). Au total, on dénombre 246 frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs au sein de la fratrie adoptive.

Dans 42,3 % des dossiers étudiés (*n*=102), l'enfant cible est le seul enfant vivant avec les parents adoptifs au domicile familial (enfant unique). Concernant les autres enfants vivant au domicile de la famille adoptive, le nombre varie entre 0 et 9 enfants. Les résultats montrent que la fratrie adoptive des enfants dont le dossier a été étudié se compose de 1 autre enfant dans 88 dossiers (36,5 %), de 2 autres enfants dans 25 dossiers (10,4 %) et de 3 ou 4 autres enfants dans 20 dossiers (8,3 %).

Figure 6. Nombre d'enfants présents au domicile de la famille adoptive



Note. N=241.

Concernant l'ensemble des membres de la fratrie adoptive des enfants (*n*=246), les résultats montrent que 51,6 % des membres de la fratrie sont de sexe féminin et 47,2 % d'entre eux sont de sexe masculin. De plus, différents types de lien entre les membres de la fratrie et les parents adoptifs ont été observés (Tableau 58). En effet, 32,9 % des enfants de la fratrie adoptive sont les enfants biologiques des deux parents adoptifs, 10,6 % sont des enfants biologiques de la mère adoptive strictement et 2,0 % sont des enfants biologiques du père adoptif strictement. Concernant les membres de la fratrie adoptive qui ont été adoptés (26,4 %) : 24,8 % ont été adoptés par les deux parents adoptifs, 1,2 % ont été adoptés par la mère seulement et 0,4 % par le père seulement. Par ailleurs, 28,0 % des membres de la fratrie d'adoption sont des enfants placés en famille d'accueil (régulière, banque mixte ou de proximité) qui vivent au même domicile familial que l'enfant cible mais qui n'ont pas de statut d'adopté.

Tableau 58. Type de lien entre le membre de la fratrie et les parents adoptifs

Lien avec les parents adoptifs	*n*	%
Enfant biologique des deux parents adoptifs	81	32,9
Enfant placé en famille d'accueil (régulière, banque mixte ou de proximité)	69	28,0
Enfant adopté par les deux parents adoptifs	61	24,8
Enfant biologique de la mère adoptive	26	10,6
Enfant biologique du père adoptif	5	2,0
Enfant adopté par la mère adoptive	3	1,2
Enfant adopté par le père adoptif	1	0,4

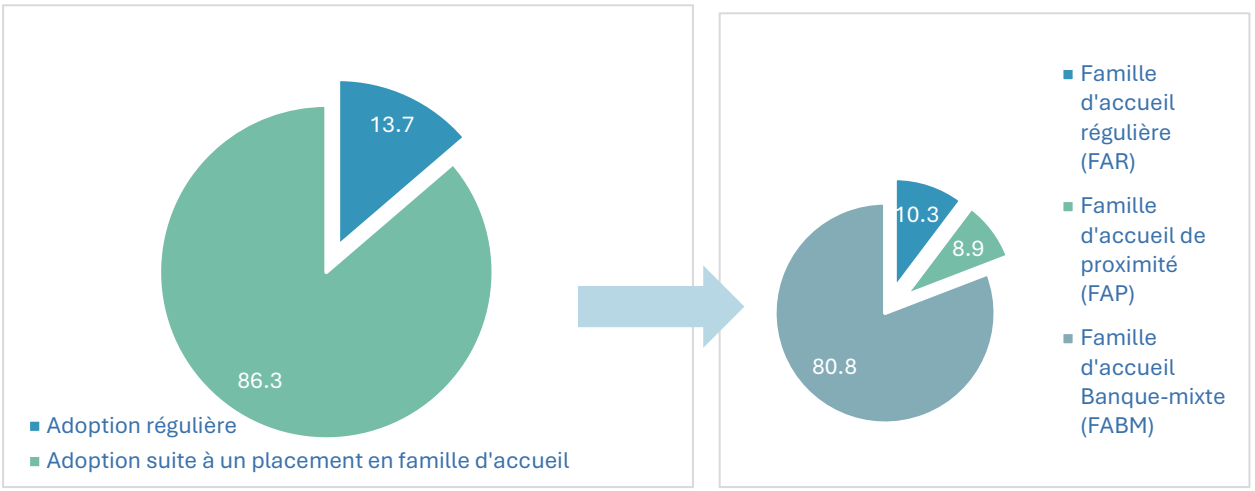
Note. N=246.

5.4. INFORMATIONS SUR LE PROCESSUS D'ADOPTION

5.4.1. LE TYPE D'ADOPTION ET DE MILIEU D'ACCUEIL

Les services de protection de la jeunesse encadrent deux types d'adoption, les adoptions qui font suite à un placement en famille d'accueil, soit 86,3 % des cas recensés dans la présente étude (*n*=214), et les adoptions régulières qui n'impliquent pas de suivi en protection de la jeunesse et qui sont généralement des adoptions avec consentement à la naissance. Ces situations représentent quant à elles 13,7 % des dossiers analysés (*n*=34).

Figure 7. Type d'adoption



Note. N=248 (Figure de gauche). N=214 (Figure de droite).

Trois types de familles d'accueil ont été identifiés comme familles adoptives : des familles d'accueil banque mixte (80,8 %), des familles d'accueil régulières (10,3 %) et des familles d'accueil de proximité (8,9 %) (voir Figure 7). Par ailleurs, le ou les parents d'accueil des FAP identifiés dans les dossiers étudiés étaient le ou les grands-parents maternels (*n*=3), le ou les grands-parents paternels (*n*=1), l'oncle et/ou la tante maternels (*n*=4), l'oncle et/ou la tante paternels (*n*=2), une amie de la grand-mère maternelle (*n*=1), des amis de la mère d'origine (*n*=3), une cousine maternelle et son conjoint (*n*=1), la gardienne de l'enfant (*n*=1), le grand-oncle et/ou la grand-tante maternels (*n*=2) ainsi que le grand-oncle et/ou la grand-tante paternels (*n*=1).

Au moment de l'adoption, les parents adoptifs ont la possibilité de modifier les prénoms et noms de famille d'origine de l'enfant (Tableau 59). Selon les résultats, 49,2 % des enfants adoptés ont conservé leur prénom d'origine. Par ailleurs, 29,0 % des enfants ont vu leur prénom d'origine modifié par l'ajout ou le retrait d'un prénom, alors que 16,5 % des enfants se sont vu attribuer un prénom complètement différent à la suite de l'adoption. Le prénom de l'enfant a aussi été modifié à la demande de l'enfant lui-même (0,4 %) ou en raison d'une modification dans l'orthographe (4,0 %). Finalement, trois enfants n'ont pas été nommés par leurs parents d'origine, mais plutôt par les parents adoptifs à qui est revenu le choix du prénom de l'enfant lors de l'adoption (possiblement des cas d'adoptions à la naissance).

Tableau 59. Données sur le prénom et le nom de l'enfant à la suite de l'adoption

Caractéristiques	*n*	%
Modification du prénom de l'enfant		
Aucune modification	122	49,2
Ajout ou retrait d'un prénom	72	29,0
Changement de prénom de l'enfant	41	16,5
Orthographe différente du prénom	10	4,0
Enfant nommé par les adoptants	3	1,2
Conservation du nom de famille d'origine de l'enfant		
Non	239	96,4
Oui	6	2,4
Donnée manquante	3	1,2

Note. N=248.

D'autre part, les résultats indiquent que 96,4 % des enfants ne conservent pas leur nom de famille d'origine à la suite de l'adoption et que les adoptants remplacent le nom de famille d'origine de l'enfant par le nom de famille de l'un des parents adoptifs (généralement le père) ou par ceux des deux parents adoptifs. Les enfants qui ont conservé leur nom de famille d'origine (2,4 %) ont été adoptés par des familles d'accueil de proximité (FAP).

5.4.2. LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU PROCESSUS JURIDIQUE MENANT À L'ADOPTION

Les résultats qui suivent concernent l'âge de l'enfant aux différentes étapes du processus d'adoption, à savoir l'admissibilité à l'adoption, l'ordonnance de placement en vue d'adoption (OPA) et le jugement d'adoption (voir Tableau 60). Pour la majorité des enfants, soit près de 80 % d'entre eux, les différentes étapes juridiques du processus d'adoption sont vécues dans les quatre premières années de vie.

- Concernant l'admissibilité à l'adoption, on observe que plus de 40 % (42,7 %) des enfants sont âgés de moins de deux ans au moment de recevoir leur admissibilité à l'adoption;
- Au moment de l'ordonnance de placement en vue d'adoption; une majorité d'enfants est âgée de moins de 3 ans (46,8 %);
- Quant au jugement d'adoption, on observe que l'âge des enfants à cette étape du processus est un peu plus élevé, ce qui suit la logique sous-jacente au processus légal : le jugement d'adoption est ordonné quand les enfants sont âgés entre 2 et 4 ans dans 56,5 % des cas;
- Les enfants âgés de 5 ans et plus sont beaucoup moins représentés dans les dossiers recensés : en effet, les données indiquent que seulement 15,7 % des enfants ont reçu leur admissibilité à l'adoption une fois passés l'âge de 5 ans.

Tableau 60. Âge des enfants lors des différentes étapes du processus d'adoption

Âges des enfants	Admissibilité à l'adoption		Ordonnance de placement en vue d'adoption		Jugement d'adoption	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Moins d'un an	42	16,9	26	10,5	8	3,2
1 an	64	25,8	39	15,7	38	15,3
2 ans	42	16,9	51	20,6	50	20,2
3 ans	42	16,9	42	16,9	47	19,0
4 ans	15	6,0	33	13,3	43	17,3
5 ans	15	6,0	16	6,5	14	6,0
6 ans	7	2,8	11	4,4	15	5,6
7 ans et plus	17	6,9	23	9,3	28	11,3
Données manquantes	4	1,6	7	2,8	5	2,0

Note. N=248

Le calcul des délais (Tableau 61) entre chacune des étapes associées au processus d'adoption indique que :

- Le délai entre l'admissibilité à l'adoption et l'ordonnance de placement en vue d'adoption se situe entre 4 et 9 mois pour 62,1 % des enfants;
- Le délai entre l'OPA et le jugement d'adoption varie entre 0 et 6 mois pour une majorité d'enfants, soit pour 83,5 % d'entre eux;
- Le délai entre l'admissibilité à l'adoption et le jugement d'adoption, soit le délai entre la première et la dernière étape du processus d'adoption, varie entre 13 et 24 mois (donc entre 1 et 2 ans) pour 44,4 % des enfants. Les données indiquent que ce délai est de moins de 2 ans pour plus de 90 % des enfants.

Tableau 61. Délais entre les différentes étapes du processus d'adoption

Nombre de mois écoulés	Entre la DAA et l'OPA		Entre l'OPA et le jugement d'adoption		Entre la DAA et le jugement d'adoption	
	n	%	*n*	%	*n*	%
0-3 mois	12	4,8	94	37,9	-	-
4-6 mois	82	33,1	113	45,6	3	1,2
7-9 mois	72	29,0	24	9,7	44	17,7
10-12 mois	41	16,5	2	0,8	72	29,0
13-24 mois	29	11,7	6	2,4	110	44,4
Plus de 2 ans	4	1,6	2	0,8	11	4,4
Données manquantes	8	3,2	7	2,8	8	3,2

Note. N=248.

Les résultats qui suivent montrent le contexte dans lequel s'est déroulée l'admissibilité à l'adoption (voir Tableau 62). La majorité des admissibilités à l'adoption résultent d'une déclaration judiciaire; en effet, 69,4 % des mères et 81,5 % des pères d'origine n'ont pas consenti à l'adoption de leur enfant et l'admissibilité de celui-ci a été prononcée par le tribunal. En revanche, la signature d'un consentement à l'adoption, quoique moins fréquente, concerne tout de même 30,2 % des mères et 18,5 % des pères d'origine.

Tableau 62. Caractéristiques de l'admissibilité à l'adoption

Caractéristiques	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Type d'admissibilité				
Déclaration judiciaire	172	69,4	119	81,5
Consentement	75	30,2	27	18,5
Données manquantes	1	0,4	-	-
Reconnaissance de filiation d'origine (consentements)				
Reconnaissance d'un lien de filiation	13	17,3	7	25,9
Non reconnaissance d'un lien de filiation	21	28,0	9	33,3
Assortie ou non de la reconnaissance du lien de filiation	1	0,4 1,3	-	-
Ne s'applique pas (consentement avant juin 2018)	40	53,3	11	40,7

Note. [1]*N=248.* [2]*N=146.*

Tel que mentionné dans le chapitre 2, le projet de loi n° 113 (LQ 2017, c. 12) a introduit en 2018 la reconnaissance des liens de filiation préexistants lorsqu'il est dans l'intérêt de l'enfant de maintenir une identification significative avec ses parents d'origine tout en mettant fin à leurs droits et obligations respectifs. Cette nouvelle mesure permet que le lien de filiation entre l'enfant et son ou ses parents d'origine soit maintenu sur l'acte de naissance même après le jugement d'adoption.

Tableau 63. Caractéristiques du lien de filiation lors de l'OPA

Caractéristiques	*n*	%
Reconnaissance d'un lien de filiation		
Maternelle seulement	12	4,8
Paternelle seulement	1	0,4
Maternelle et paternelle	7	2,8
Sans reconnaissance d'un lien de filiation		
Ni maternelle, ni paternelle	137	55,2
Ne s'applique pas (ordonnance avant juin 2018)	90	63,3
Données manquantes	1	0,4

Note. N=248.

La reconnaissance des liens de filiation d'origine lors de l'OPA a été comptabilisée. Parmi les cas où une reconnaissance d'un lien de filiation d'origine a été prononcée (20/248), 12 dossiers concernent les mères d'origine seulement, 1 dossier concerne un père d'origine seulement, et 7 dossiers concernent simultanément les pères et mères d'origine. Dans le reste de l'échantillon (227/248 dossiers), 137 dossiers ne sont assortis d'aucune reconnaissance de filiation d'origine (ni maternelle ni paternelle). Dans 90 dossiers, cette mesure n'était pas applicable puisque l'ordonnance a été prononcée avant la date officielle d'entrée en vigueur du projet de loi.

5.4.2. MOTIFS DE CONSENTEMENT À L'ADOPTION DES PARENTS D'ORIGINE

Dans les cas de consentement à l'adoption par les parents d'origine (*n*=102), les motifs soulevés par ces derniers pour expliquer leur décision de consentir à l'adoption de leur enfant ont été recensés. L'étude des dossiers indique que 75 mères d'origine et 27 pères d'origine ont donné leur consentement à l'adoption de leur enfant. L'analyse du contenu relatif à cette variable a permis d'identifier 4 principaux motifs de consentement à l'adoption des parents d'origine. Il est à noter qu'un parent peut avoir mentionné plus d'un motif dans son consentement.

Tableau 64. Motifs de consentement à l'adoption des parents d'origine

Caractéristiques du consentement à l'adoption	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
Présence de consentement à l'adoption				
Oui	75	30,2	27	18,5
Motifs de consentement à l'adoption[3]				
Intérêt de l'enfant	30	40,0	11	40,1
Incapacité du parent à élever l'enfant	37	49,3	12	44,4
Grossesse non désirée	17	22	6	22,2
Absence d'un lien significatif avec l'enfant	8	10,7	4	14,8
Autres motifs évoqués	4	5,3	1	3,7

Note. [1]N=248. [2]N=146. [3]Un parent d'origine peut avoir mentionné plus d'un motif. De plus, les pourcentages pour les motifs de consentement s'appuient sur le nombre de parents d'origine (mères et pères) qui ont donné leur consentement à l'adoption et non sur le nombre total de mères et pères d'origine.

L'incapacité du parent à élever l'enfant

Le motif le plus fréquemment évoqué par les parents d'origine ayant donné leur consentement à l'adoption est la reconnaissance de leur incapacité à élever celui-ci. Dans les dossiers étudiés, 37 mères d'origine et 12 pères d'origine ayant consenti à l'adoption de l'enfant ont nommé ne pas être en mesure d'élever leur enfant. Divers contextes ou cas de figure mentionnés par les parents viennent appuyer ce motif de consentement : certains ont nommé que leur situation d'itinérance ou leur instabilité locative et financière ne leur permettaient pas d'élever un enfant dans de bonnes conditions. D'autres ont également confié ne pas avoir les compétences nécessaires afin de

prendre soin d'un enfant. Dans certains cas, les parents ont souligné ne pas avoir les ressources ni les compétences face à la condition particulière ou aux besoins spécifiques de l'enfant. Finalement, certains parents ont consenti à l'adoption en raison de leurs difficultés ainsi que de leurs problèmes de santé physique et/ou mentale.

L'intérêt de l'enfant

L'intérêt de l'enfant est au fondement de plusieurs règles et mesures en protection de la jeunesse. Il s'agit également d'un des motifs les plus souvent évoqué par les parents d'origine pour expliquer leur consentement à l'adoption. En effet, 30 mères et 11 pères d'origine ayant donné leur consentement à l'adoption ont pris cette décision en fonction de ce principe (intérêt de l'enfant). Certains parents ont exprimé vouloir protéger leur enfant de leur mode de vie ou de leurs fréquentations à risque. D'autres ont également affirmé avoir pris cette décision dans le but de privilégier le bien-être, l'épanouissement ainsi que le bonheur de l'enfant.

Une grossesse non désirée

Dans quelques cas, les parents ont consenti à l'adoption en raison d'une grossesse non désirée (17 mères et 6 pères). En effet, ces parents ont exprimé être trop jeunes pour assumer leurs responsabilités parentales et ne pas être prêts à élever un enfant. D'autres parents ont aussi nommé ne pas désirer avoir un enfant ensemble ou encore que leur décision de poursuivre ou non la grossesse a été prise trop tardivement pour pouvoir envisager une interruption volontaire de grossesse.

L'absence de lien significatif avec l'enfant

Dans certains cas, on constate que les parents ont donné leur consentement à l'adoption en évoquant l'absence de lien significatif avec leur enfant (8 mères et 4 pères). En effet, ces parents ont déclaré ne pas avoir pu nouer une connexion avec l'enfant, que ce soit en raison des modalités de contacts établis par les services de la protection de la jeunesse, de leur incapacité à se présenter aux divers contacts ou de leur difficulté à développer un lien affectif avec l'enfant. Des parents ont également consenti à l'adoption puisqu'ils reconnaissaient que l'enfant s'était attaché à son milieu d'accueil et entretenait une relation significative avec les parents d'accueil.

5.4.4. INFORMATIONS CONCERNANT L'ENTENTE DE COMMUNICATION POST-ADOPTION

Tel que mentionné au chapitre 2, depuis l'entrée en vigueur du projet de loi n° 113 (LQ 2017, c. 12), les familles adoptives peuvent conclure, avec la famille d'origine, une entente visant à faciliter l'échange de renseignements ou des relations interpersonnelles après l'adoption. Dans le cadre de cette entente, elles peuvent recourir à la DPJ pour faciliter les échanges, et ce, jusqu'à l'atteinte de l'âge de la majorité de l'adopté. Avant 2018, les ententes de communication n'avaient pas de valeur légale et étaient désignées sous le terme d'« entente morale ».

Les résultats qui suivent concernent les ententes de communication post-adoption (incluant les ententes morales et les ententes légales). Parmi les 248 dossiers d'adoption analysés, 69 dossiers (27,8 %) indiquaient qu'au moins un membre de la triade adoptive (parents d'origine, parents adoptifs, enfant) souhaitait maintenir un contact post-adoption. Dans les 179 autres dossiers (72,2 %), aucune des parties n'avait formulé une intention de maintenir des contacts post-adoption ou encore l'information demeurait manquante au dossier. En ce qui concerne les situations où il y avait une volonté de maintenir un lien post-adoption, celle-ci provenait principalement des parents d'origine et dans quelques cas des membres de la famille élargie, de l'enfant lui-même ou encore des parents d'accueil.

Tableau 65. Entente de communication post-adoption

Entente post-adoption	Mère[1]	Père[2]	Fratrie[3]	Grands-parents[4]	Autres personnes[5]
Type d'entente					
Entente morale	35	11	3	10	2
Entente légalement reconnue	7	33	-	2	1
Formes de contacts envisagées[6]					
Face à face	8	3	2	6	3
Téléphone	3	-	1	1	-
Courriel	5	3	3	3	-
Photos	34	11	4	4	1
Lettres ou compte-rendu	14	5	1	1	2
Données manquantes	-	-	-	-	-
Responsable de l'entente					
Parents adoptifs	22	6	7	7	1
CISSS/CIUSSS	16	7	-	-	-
Données manquantes	4	1	5	5	2

Note.[1]N=42. [2]N=14. [3]N=3. [4]N=12. [5]N=3. [6]Plusieurs formes de contact peuvent être envisagées simultanément.

L'analyse des dossiers montre qu'au final, une entente de communication post-adoption a été conclue dans 56 dossiers (sur un total de 248). Les 56 situations où il y a eu une entente de communication (de type légale ou entente morale) touchent au total 74 membres de la famille d'origine, soit principalement des mères (*n*=42), des pères (*n*=14) et quelques grands-parents (*n*=12) (Tableau 65).

En ce qui concerne la nature des contacts prévus avec les parents d'origine, 8 mères d'origine envisageaient des rencontres en personne (face à face), tandis que 3 autres préféraient les contacts par téléphone et 5 autres par courrier électronique. Par ailleurs, 34 mères avaient convenu d'échanger des photos, et 14 des lettres ou des comptes-rendus du développement de l'enfant. Concernant les types de contacts avec les pères d'origine, dans 3 cas, des rencontres en personne (face à face) étaient prévues, tandis que dans 3 situations l'entente impliquait l'échange de courriers

électroniques. De plus, certaines ententes avec les pères prévoyaient l'échange de photos (*n*=11), ou encore l'envoi de lettres ou de comptes-rendus du développement de l'enfant (*n*=5). Il est pertinent de mentionner que plusieurs formes différentes de contacts pouvaient être incluses dans les ententes post-adoption convenues.

Les informations recueillies indiquent que 12 grands-parents d'origine (tant du côté maternel que paternel) avaient conclu une entente de communication avec les parents adoptifs (de type entente morale ou entente légalement reconnue). L'application des ententes de communication conclues avec les membres de la famille d'origine incombait généralement aux parents adoptifs ou était gérée par le CISSS/CIUSSS.

QUE DOIT-ON RETENIR DU PORTRAIT DÉTAILLÉ DES ENFANTS ADOPTÉS (PORTRAIT RÉGIONAL)?

L'échantillon est composé de 248 cas d'adoptions provenant de trois régions du Québec (Capitale-nationale, Montérégie et Saguenay-Lac-Saint-Jean) pour lesquels un jugement d'adoption a été ordonné entre 2017 et 2022.

Concernant le profil des enfants :

- Les **motifs de compromission** les plus fréquents sont le risque sérieux de négligence, la négligence et les mauvais traitements psychologiques;
- Les informations sur la trajectoire de placement indiquent que le **premier milieu de vie suivant la naissance** de l'enfant est le milieu d'origine pour 39 % d'entre eux (versus un milieu d'accueil pour 34 % des cas). Les trajectoires présentent une **stabilité notable** avec peu de déplacements (73 % des enfants n'ont connu qu'un ou deux milieux d'accueil) et une quasi-absence de réunifications familiales;
- La majorité des mères (89 %) et des pères (88 %) ont des **contacts ordonnés** avec leur enfant au cours des 6 premiers mois suivant le placement de celui-ci dans sa famille adoptive : cependant, 68 % des mères et 67 % des pères maintiennent des **contacts réels** avec leur enfant durant cette même période;
- Les **difficultés rencontrées** par les parents adoptifs en regard du placement concernent principalement les contacts (plus spécifiquement les effets des contacts sur l'enfant et le déroulement des contacts) et la gestion des comportements de l'enfant.

Concernant le profil et les caractéristiques des familles d'origine :

- La totalité des mères d'origine sont **reconnues légalement**, comparativement à seulement 57 % des pères d'origine, ce qui indique **une part importante de mères monoparentales** à la naissance de l'enfant;
- Concernant l'historique des mères d'origine; près de 45 % d'entre elles ont été **suivies par les services PJ** au cours de leur enfance;
- Concernant les **problématiques psychosociales** des parents d'origine, les données indiquent que les difficultés les plus fréquentes rencontrées par les parents sont liées aux finances, à la dépendance aux drogues, à la violence conjugale, au logement ainsi qu'aux activités criminelles;

- Les **problématiques de santé mentale ou neurodéveloppementales** des parents d'origine les plus fréquentes sont les traits ou troubles de la personnalité (41 % des mères / 17 % des pères), les problèmes d'impulsivité (39 % mères / 51 % pères) et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (29 % mères / 20 % pères);
- 79 % des enfants adoptés ont au moins un **membre de fratrie ou de demi-fratrie d'origine** : 28 % de ces membres vivent dans leur milieu d'origine, tandis que 54 % vivent en milieu d'accueil ou ont été adoptés.

Profil et caractéristiques des adoptants :

- Les **profils familiaux des adoptants** les plus fréquents sont des parents en couple hétérosexuel (72 %) et des adoptants en couple dans lequel au moins l'un des deux parents est issu de la communauté LGBTQ+ (19 %) ;
- Les **motivations des adoptants** à l'origine du projet d'adoption sont principalement le désir de fonder une famille ou de l'élargir et l'incapacité d'avoir un enfant biologique;
- La majorité des enfants adoptés (58 %) vivent avec au moins un **autre enfant au domicile de la famille adoptive**; il s'agit de l'enfant biologique des deux parents adoptifs dans 33 % des cas, d'un enfant placé en FA dans 28 % des cas, ou encore d'un enfant adopté par les deux parents adoptifs dans 25 % des cas.

Concernant le processus d'adoption :

- 86 % des enfants ont été **adoptés à la suite d'un placement** et 14 % des cas étudiés concernent des **adoptions régulières**;
- Le type de FA le plus fréquent est la famille d'accueil banque mixte et concerne 81 % des adoptions faisant suite à un placement;
- **L'admissibilité à l'adoption (DAA)** a principalement été obtenue par déclaration judiciaire; sur un total de 334 pères et mères d'origine, 102 ont donné un consentement, soit 26 % des parents;
- Concernant le **processus juridique**; on observe que 43 % des enfants sont âgés de moins de 2 ans au moment de la DAA et que seulement 16 % ont plus de 5 ans. Le **délai entre la DAA et le jugement d'adoption** varie entre 13 et 24 mois pour 44 % des enfants. Il est de moins de 2 ans pour plus de 90 % des enfants;
- Des ententes **de communication post-adoption** (dont la nature et la fréquence variaient) ont été conclues dans 23 % des dossiers étudiés.

CHAPITRE 6. RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS PAR LES PARENTS ADOPTIFS

Geneviève PAGÉ
Daphné FALLU
Lyzanne THIBEAULT
Angélik LEPAGE-CABECEIRAS

Le présent chapitre présente les résultats des questionnaires en ligne qui ont été complétés par les parents adoptifs. Pour rappel, les parents étaient d'abord invités à remplir un premier questionnaire. À la fin de celui-ci, les parents qui avaient au moins un enfant adopté en contexte québécois âgé de moins de 18 ans étaient invités à donner leur consentement pour recevoir deux questionnaires supplémentaires concernant la situation particulière de ces enfants.

Les résultats du questionnaire principal sont d'abord présentés, suivis des résultats concernant les deux questionnaires subséquents, dont l'un aborde le parcours d'adoption, et l'autre aborde le parcours scolaire, les services répondant aux besoins de l'enfant adopté et les retrouvailles.

6.1. QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

La présente section du rapport fait état des résultats issus de 146 questionnaires en ligne ayant été complétés par des parents qui ont adopté au moins un enfant en contexte québécois depuis 1990. Les résultats provenant de ce questionnaire en ligne sont divisés en cinq sections distinctes :

- La première partie présente les données sociodémographiques concernant les parents adoptifs ayant complété le questionnaire en ligne;
- La seconde partie fait état des données concernant leurs enfants;
- La troisième section couvre certaines informations au sujet de l'expérience des parents adoptifs au cours de la période préadoptive, soit la période précédant l'arrivée de l'enfant dans leur famille;
- La quatrième section aborde leurs besoins et leur utilisation des services en lien avec l'adoption;
- La dernière partie porte sur les impacts de l'adoption sur différentes sphères de leur vie.

6.1.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CONCERNANT LES PARENTS ADOPTIFS RÉPONDANTS

Au moment de répondre au questionnaire en ligne, les parents adoptifs sont âgés de 29 à 71 ans (*M*=45,71 ans; *ET*=9,027 ans). Le Tableau 66 montre que la plupart d'entre eux se situent entre 36 et 50 ans (*n*=89). De plus, 84,9 % des parents répondants s'identifient au genre féminin et 15,1 %, au genre masculin. Toutes les personnes répondantes sont cisgenres, c'est-à-dire qu'elles s'identifient au même genre que celui qui leur a été assigné à la naissance. Concernant leur orientation sexuelle, la majorité des personnes répondantes s'identifient comme hétérosexuelles (80,1 %) alors qu'une

personne sur 5 s'identifie à la diversité sexuelle et de genre. Par ailleurs, la plupart des parents adoptifs répondants sont d'origine québécoise ou canadienne (91,1 %), incluant un parent qui s'identifie comme personne autochtone. À noter que 2,1 % des parents répondants indiquent être des personnes adoptées.

Tableau 66. Âge, genre et origines ethnoculturelles des parents adoptifs répondants

Caractéristiques des parents adoptifs	*n*	%
Âge		
26-30 ans	5	3,4
31-35 ans	11	7,5
36-40 ans	24	16,4
41-45 ans	41	28,1
46-50 ans	24	16,4
51-55 ans	18	12,3
56-60 ans	12	8,2
Plus de 60 ans	11	7,5
Genre		
Féminin	124	84,9
Masculin	22	15,1
Identité de genre ou orientation sexuelle		
Hétérosexuel·le	117	80,1
Homosexuel·les, gai·e, lesbienne	21	14,4
Bisexuel·le, Queer, Pansexuel·le	8	5,5
Origines ethnocultuelles		
Origines autochtones (Canada)	1	0,7
Origines québécoises/canadiennes	132	90,4
Origines nord-américaines	1	0,7
Origines européennes	10	6,8
Origines latino-américaines	1	0,7
Origines mixtes	1	0,7

Note. N=146.

Concernant le dernier niveau de scolarité complété, la quasi-totalité des parents adoptifs ayant répondu au questionnaire en ligne indiquent avoir un diplôme d'études postsecondaires (98,6 %). Dans l'ensemble, sept parents adoptifs sur 10 (70,6 %) ont un diplôme de niveau universitaire. Sur le plan de leur occupation, plus des trois quarts des parents (76,7 %) indiquent être actifs en emploi au moment de remplir le questionnaire. Par ailleurs, aucun parent répondant n'a déclaré avoir un revenu familial brut de moins de 25 000 $. Environ le tiers d'entre eux (33,5 %) indique avoir un revenu familial brut de 100 000 $ ou moins, alors que 15,2 % rapportent un revenu de plus de 200 000 $. Cinq parents ont préféré ne pas répondre à cette question.

Tableau 67. Plus haut niveau de scolarité complété, occupation et revenu familial des parents adoptifs répondants

Caractéristiques des parents adoptifs	*n*	%
Plus haut niveau de scolarité		
Diplôme d'études secondaires (DES)	2	1,4
Diplôme d'études professionnelles (DEP)	8	5,5
Diplôme d'études collégiales (DEC)	33	22,6
Diplôme d'études universitaire de 1er cycle	49	33,6
Diplôme d'études universitaire de 2e cycle	40	27,4
Diplôme d'études universitaire de 3e cycle	14	9,6
Principale occupation actuellement		
Travail salarié	90	61,6
Travail autonome	22	15,1
En congé parental	11	7,5
Parent à la maison	10	6,8
À la retraite	4	2,7
Aux études	3	2,1
À la recherche d'un emploi	2	1,4
En congé de travail / en congé de maladie	2	1,4
Préfère ne pas répondre	2	1,4
Revenu familial brut		
25 001 $ à 50 000 $	4	2,7
50 001 $ à 75 000 $	21	14,4
75 001 $ à 100 000 $	24	16,4
100 001 $ à 125 000 $	22	15,1
125 001 $ à 150 000 $	14	9,6
151 001 $ à 175 000 $	20	13,7
175 001 $ à 200 000 $	14	9,6
200 001 $ à 225 000 $	11	7,5
225 001 $ à 250 000 $	3	2,1
Plus de 250 000 $	8	5,6
Préfère ne pas répondre	5	3,4

Note. N=146.

Le Tableau 68 présente la région administrative de résidence des parents adoptifs répondants ainsi que leur état civil. Concernant le lieu de résidence, les parents adoptifs habitent dans 15 régions administratives différentes au moment de répondre au questionnaire en ligne. Les principales régions d'appartenance des parents répondants sont Montréal (24,0 %), la Capitale-Nationale (15,1 %) et la Montérégie (11,0 %). Aucun parent n'indique provenir des régions de la Côte-Nord ou de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. La majorité des parents répondants est en couple au moment de répondre au questionnaire en ligne (82,9 %).

Tableau 68. Région administrative et état civil

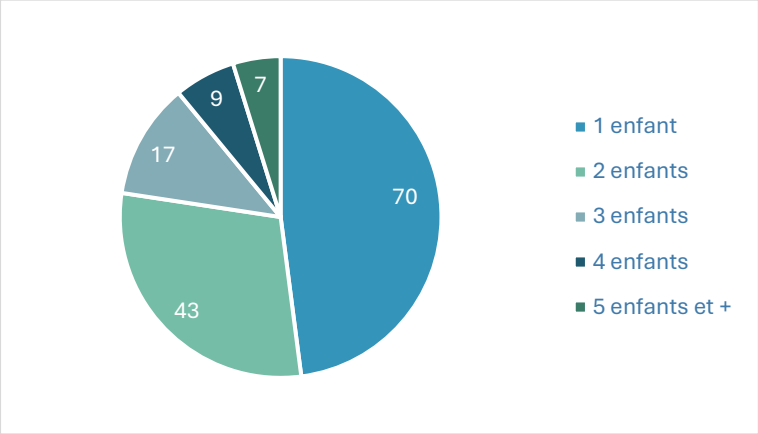
Caractéristiques des parents adoptifs	*n*	%
Région administrative de résidence		
Montréal	35	24,0
Capitale-Nationale	22	15,1
Montérégie	15	11,0
Mauricie	12	8,2
Estrie	12	8,2
Laurentides	10	6,8
Outaouais	9	6,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	6	4,1
Chaudière-Appalaches	6	4,1
Lanaudière	5	3,4
Centre-du-Québec	5	3,4
Laval	4	2,7
Abitibi-Témiscamingue	2	1,4
Bas-Saint-Laurent	1	0,7
Nord-du-Québec	1	0,7
État civil		
Marié·e	61	41,8
Conjoint·e de fait ou union de fait	60	41,1
Célibataire	16	11,0
Divorcé·e	6	4,1
Séparé·e	3	2,1

Note. N=146.

6.1.2. DONNÉES SUR LES ENFANTS DES PARENTS ADOPTIFS RÉPONDANTS

En ce qui concerne leur famille au moment de leur participation à l'étude, les parents adoptifs répondants indiquent avoir entre 1 et 8 enfants (*M*=1,97; *ET*=1,346) dont ils sont légalement le parent. Tel que le montre la Figure 8, la majorité des parents répondants (*n*=76 ou 52,1 %) ont 2 enfants et plus.

Figure 8. Nombre d'enfants par parent répondant



Note. N=146.

Le Tableau 69 précise le type de filiation caractérisant le lien entre les parents adoptifs répondants et leurs enfants. Dans un premier temps, comme l'entièreté des parents répondants a adopté au moins un enfant domicilié au Québec, le tableau précise le type d'adoption québécoise rapporté par les parents répondants. À noter que certains parents peuvent avoir eu recours à plus d'un type d'adoption. Dans un deuxième temps, le tableau identifie la nature des autres liens de filiation rapportés par les parents avec leurs autres enfants.

Tableau 69. Caractéristiques du lien de filiation des parents répondants avec leurs enfants

Caractéristiques du lien de filiation	*n*	%
Adoption québécoise[1]		
Par le programme banque mixte	125	85,6
Comme famille d'accueil régulière ou de proximité	14	9,6
Régulière	12	8,2
Nature du lien de filiation		
Biologique	44	30,1
Adoption internationale	6	4,1
Adoption intrafamiliale par consentement spécial	1	0,7

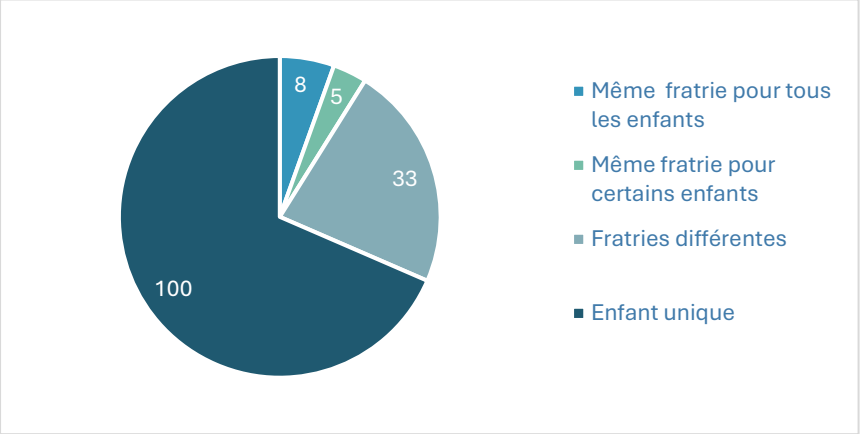
Note. N=146. [1] Les parents répondants peuvent avoir réalisé plus d'un projet d'adoption, de sorte qu'ils ont pu recourir à plus d'un type d'adoption québécoise.

Les 146 parents répondants ont adopté entre 1 et 4 enfants par le biais de l'adoption québécoise (*M*=1,32; *ET*=0,575), pour un total de 193 enfants. Près des trois quarts (72,6 %) ont adopté un seul enfant, alors que 27,4 % ont adopté de 2 à 4 enfants. La majorité des parents répondants ont adopté par le biais du programme banque mixte (85,6 %), alors que 9,6 % ont adopté en tant que famille d'accueil régulière ou de proximité et 8,2 % ont adopté par le biais de l'adoption régulière. Cinq parents répondants ont eu recours à deux façons d'adopter (p.ex. via le programme banque mixte et en tant que famille d'accueil régulière ou de proximité).

Plus des deux tiers des parents répondants (*n*=95 ou 67,1 %) n'ont que des enfants adoptés localement. Parmi l'ensemble de l'échantillon, 30,1 % des parents ont indiqué avoir entre 1 et 7 enfants biologiques (*M*=1,89; *ET*=1,351). Certains parents rapportent d'autres types d'adoption; ainsi, 4,1 % ont adopté entre 1 et 3 enfants par le biais de l'adoption internationale (*M*=1,5; *ET*=0,837) et un seul parent a indiqué avoir adopté un enfant par consentement spécial.

La Figure 9 présente l'information concernant les liens de sang entre les enfants adoptés par les parents répondants. La majorité des parents répondants n'a adopté qu'un seul enfant domicilié au Québec (*n*=100 ou 68,5 %). Parmi les 46 parents répondants ayant adopté au moins deux enfants domiciliés au Québec, la majorité indique que leurs enfants adoptés sont tous issus de fratries d'origine différentes, donc ces enfants ne partagent aucun lien de sang (71,7 %). Une minorité de parents répondants précise qu'une partie ou l'ensemble de leurs enfants adoptés en contexte d'adoption québécoise proviennent de la même fratrie d'origine (*n*=13 ou 8,9 %).

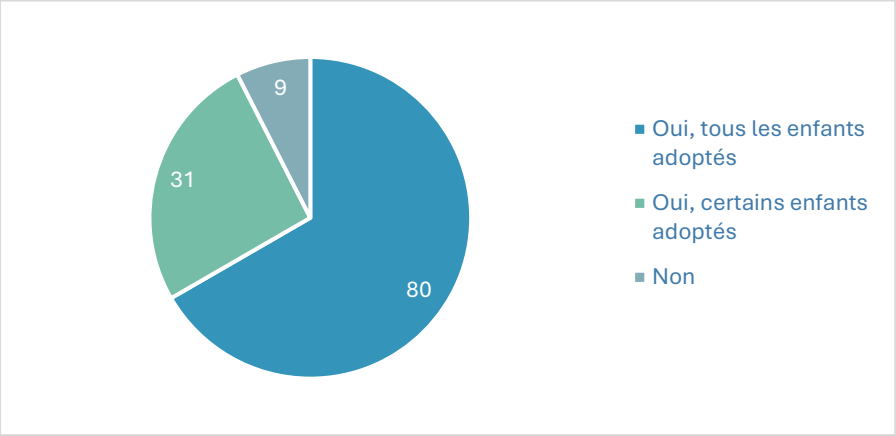
Figure 9. Liens de sang entre les enfants adoptés



Note. N=146.

Pour les 120 parents répondants ayant indiqué être en couple au moment de répondre au questionnaire en ligne, la Figure 10 indique si leur partenaire était partie prenante du projet d'adoption québécoise ou non. La vaste majorité des parents répondants en couple a adopté au moins un de ses enfants en contexte d'adoption québécoise avec son ou sa partenaire actuel·le (*n*=111 ou 92,5 %).

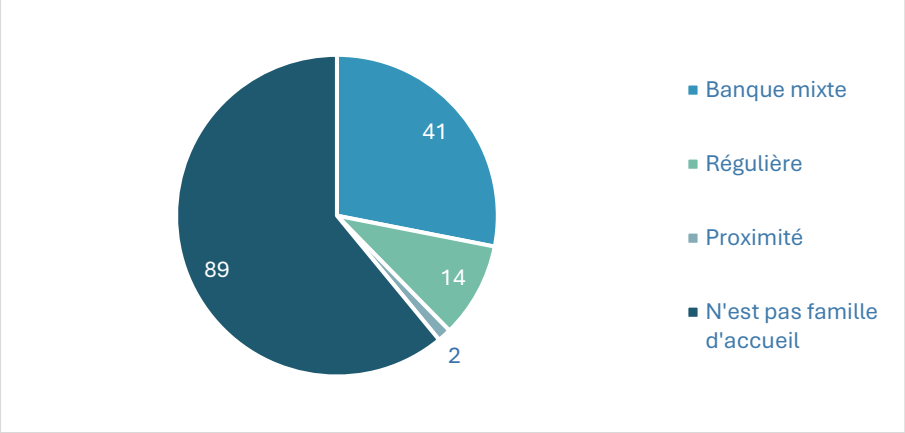
Figure 10. Adoption avec leur partenaire actuel·le



Note. N=120.

Les parents répondants pouvaient indiquer s'ils ou elles sont famille d'accueil pour un ou plusieurs enfants au moment de leur participation à l'étude (voir Figure 11). Au moment de répondre au questionnaire, la majorité des parents répondants n'ont pas le statut de famille d'accueil (*n*=89 ou 61,0 %). Parmi ceux qui sont famille d'accueil (*n*=57), la majorité indique être famille d'accueil banque mixte (*n*=41 ou 71,9 %).

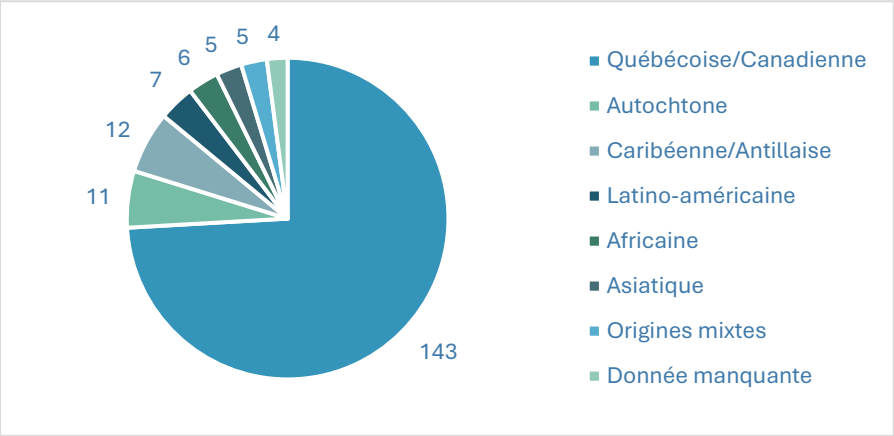
Figure 11. Statut de famille d'accueil des parents adoptifs répondants



Note. N=146.

Les informations qui suivent concernent les 193 enfants adoptés par le biais de l'adoption québécoise, c'est-à-dire en adoption régulière, par le biais du programme banque mixte ou en tant que famille d'accueil (régulière ou de proximité). La Figure 12 présente les origines ethnoculturelles de ces enfants adoptés. Les chiffres du graphique pour les origines autres que québécoise ou canadienne incluent les enfants dont l'origine est métissée, c'est-à-dire qu'un des deux parents est d'origine québécoise ou canadienne.

Figure 12. Origines ethnoculturelles des enfants adoptés

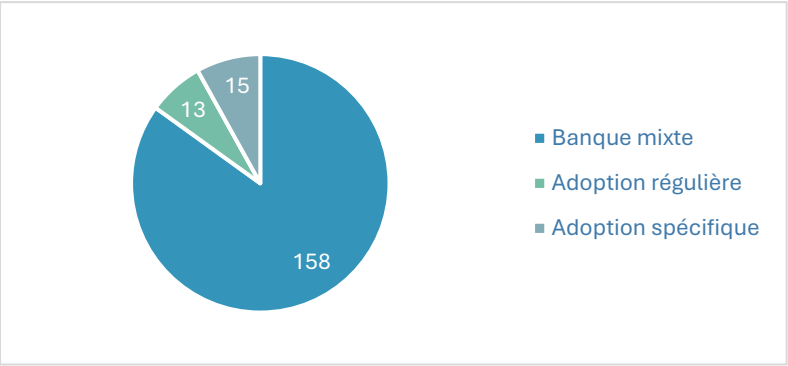


Note. N=193.

L'information concernant les origines ethnoculturelles est manquante pour 4 enfants adoptés. Parmi les autres, la majorité est d'origine québécoise ou canadienne (74,1 %). Un enfant adopté sur 10 a des origines caribéennes, antillaises ou latino-américaines (9,8 %). Les autres ont des origines autochtones (5,7 %), africaines (3,1 %), asiatiques (2,6 %) ou mixtes (2,6 %).

La Figure 13 présente le type d'adoption québécoise pour chacun des enfants adoptés. L'information concernant le type d'adoption québécoise est manquante pour 7 enfants. La majorité des enfants ont été adoptés par le biais du programme banque mixte (*n*=158 ou 81,9 %). Les autres ont été adoptés par le biais de l'adoption régulière (*n*=13 ou 6,7 %) ou par leur famille d'accueil ou de proximité (*n*=15 ou 7,8 %).

Figure 13. Type d'adoption québécoise par enfant



Note. N=193.

Le Tableau 70 montre qu'un peu plus de la moitié des enfants adoptés localement sont de sexe masculin (53,9 %). Concernant l'âge des enfants, l'information est manquante pour l'un d'entre eux. Les autres sont âgés de 0,69 à 40,27 ans au moment où leurs parents ont répondu au questionnaire en ligne (*M* = 11,08 ans; *ET* = 8,034 ans). La majorité est d'âge préscolaire ou scolaire (65,3 %).

Tableau 70. Sexes et âge des enfants adoptés

Caractéristiques des enfants adoptés	*n*	%
Sexe		
Féminin	89	46,1
Masculin	104	53,9
Âge		
0 5 ans	59	30,6
6 à 11 ans	67	34,7
12 à 17 ans	26	13,5
18 à 24 ans	26	13,5
25 à 29 ans	8	4,1
30 à 34 ans	2	1,0
35 à 39 ans	3	1,6
40 ans et plus	1	0,5
Donnée manquante	1	0,5

Note. N=193.

6.1.3. PÉRIODE PRÉADOPTIVE

À noter qu'à partir de cette section du questionnaire en ligne, un parent adoptif a cessé de répondre, portant ainsi le total de répondants à 145, plutôt que 146. Le tableau 71 indique les motivations sous-jacentes au choix de l'adoption québécoise pour fonder ou agrandir leur famille parmi les parents répondants. Ces derniers pouvaient sélectionner toutes les motivations qui s'appliquent à leur situation dans le questionnaire en ligne. À noter qu'un seul parent n'a pas répondu à cette question.

Tableau 71. Motivations pour l'adoption québécoise

Motivations à adopter[1]	*n*	%
Difficulté à concevoir un enfant de manière biologique	95	65,5
Aider un enfant dans le besoin	73	50,3
Conscience de la pénurie de famille d'accueil	21	14,5
Une connaissance a adopté un enfant au Québec	19	13,1
Déjà FA ou FAP pour cet enfant	10	6,9
Connaissance d'un enfant en besoin d'être adopté	3	2,1
Antécédent de placement en FA ou CR	3	2,1
Autre raison	30	20,1

Note. N=145. [1]À noter qu'un même parent répondant pouvait cocher plus d'une motivation à adopter.

Différentes motivations ont incité les parents à choisir l'adoption québécoise. Les motivations les plus fréquentes sont la difficulté à concevoir un enfant de manière biologique (65,5 %), ainsi que la

volonté d'aider un enfant dans le besoin (50,3 %), suivies de la conscience de la pénurie de familles d'accueil dans leur région ou au Québec en général (14,5 %). Certains parents ont choisi l'adoption québécoise parce qu'une personne de leur entourage a déjà adopté un enfant domicilié au Québec (13,1 %). Près d'un parent sur 10 indique avoir choisi l'adoption québécoise en raison d'un enfant dans leur entourage pour qui la DPJ était à la recherche d'une famille adoptive (2,1 %) ou parce qu'un enfant déjà accueilli chez eux, en tant que famille d'accueil régulière ou de proximité, souhaitait être adopté par eux (6,9 %). Enfin, une minorité de parents répondants a choisi l'adoption québécoise parce qu'ils ou elles ont vécu un placement en famille d'accueil ou en centre de réadaptation au cours de leur enfance ou de leur adolescence (2,1 %).

Parmi les autres motivations identifiées par les parents répondants, la plus fréquente est celle de fonder une famille, soit en tant que parent solo ou avec son ou sa partenaire (9,0 %). Environ 1 parent sur 20 précise avoir choisi l'adoption québécoise parce que c'est l'option qui lui convenait le mieux pour devenir parent (4,8 %). Les autres motivations étaient : pour agrandir la famille (3,4 %), en raison de grossesses ou d'accouchements pouvant mettre la vie de la mère ou de l'enfant en danger (1,4 %), pour des convictions environnementales (1,4 %) ou parce qu'un proche est adopté (0,7 %).

Le Tableau 72 présente l'établissement où les parents répondants ont été évalués comme postulants à l'adoption. La majorité (56,6 %) a été évaluée comme postulants à l'adoption dans les régions de Montréal (30,4 %, en incluant Batshaw), de la Capitale-Nationale (15,9 %) et de la Mauricie-Centre-du-Québec (10,3 %). Quelques parents répondants (3,4 %) ont été évalués par plusieurs établissements parce qu'ils ont réalisé plus d'un projet d'adoption.

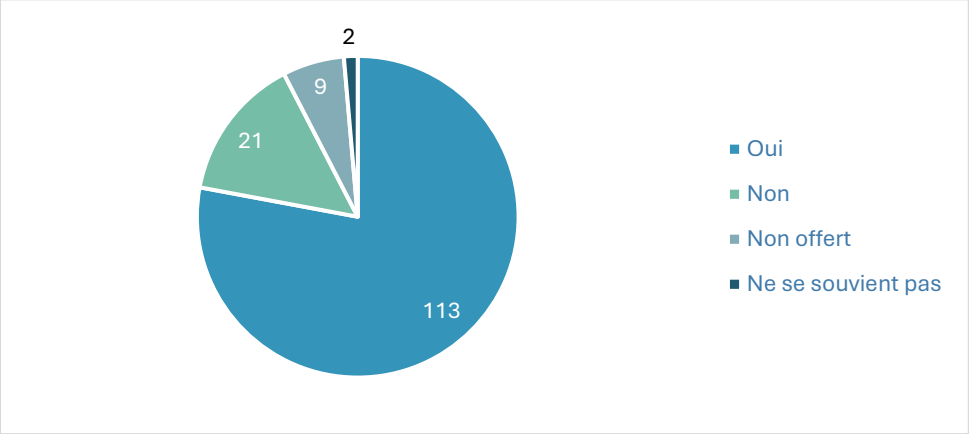
Tableau 72. Établissement d'attache

Nom de l'établissement	*n*	%
CIUSSS du Centre-sud-de-l'Ile-de-Montréal	40	27,6
CIUSSS de la Capitale-Nationale	23	15,9
CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec	15	10,3
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	12	8,3
CISSS de la Montérégie-Est	11	7,6
CISSS de l'Outaouais	10	6,9
CISSS des Laurentides	7	4,8
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	5	3,4
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal (Batshaw)	4	2,8
CISSS de Chaudière-Appalaches	4	2,8
CISSS de Laval	3	2,1
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	2	1,4
CISSS de Lanaudière	2	1,4
CISSS du Bas-Saint-Laurent	1	0,7
CISSS du Nord-du-Québec	1	0,7
Plusieurs établissements	5	3,4

Note. N=145.

Les parents adoptifs ont été questionnés quant à leur expérience et à leur satisfaction du soutien reçu de la part de la DPJ au cours du processus d'adoption. La Figure 14 présente l'expérience que les parents répondants ont eu par rapport aux rencontres d'information qui précèdent le processus d'accréditation en tant que postulant·es à l'adoption, et ce, tant pour l'adoption régulière que pour le programme banque mixte. La majorité des parents répondants (*n*=113 ou 77,9 %) indique avoir participé à ces rencontres d'information, alors que 14,5 % disent ne pas y avoir assisté (*n*=21), et 6,2 % estiment que leur établissement n'en offrait pas au moment où leur projet d'adoption s'est amorcé (*n*=9). Deux parents ont aussi indiqué ne pas se souvenir s'il y avait des rencontres d'information ou non, ni s'ils y ont assisté.

Figure 14. Rencontres d'information

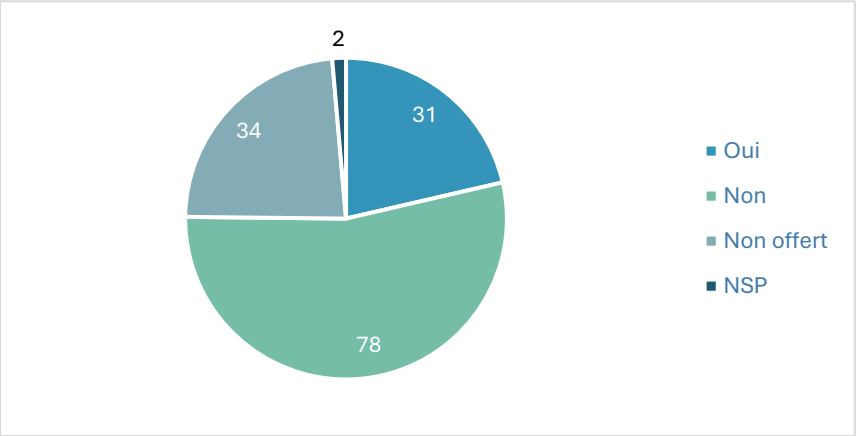


Note. N=145.

Parmi les 113 parents ayant assisté à ces rencontres d'information, plus de la moitié (58,4 %) considèrent que les informations reçues étaient très pertinentes, alors que 29,2 % ont considéré qu'elles étaient moyennement pertinentes. Pour 8,0 % des parents répondants, les informations reçues ont été jugées peu pertinentes. Enfin, seulement 2,1 % n'ont vu aucune pertinence quant aux informations présentées lors de ces rencontres, et 2,7 % ne se souviennent pas de la pertinence des informations présentées.

Outre ces rencontres d'information, les parents répondants ont été questionnés sur leur expérience et leur appréciation de formations préparatoires ayant été offertes par l'établissement où a eu lieu leur évaluation psychosociale ou par d'autres professionnel·les (Figure 15). En majorité, les parents répondants indiquent ne pas avoir suivi de formation préparatoire avant d'adopter (*n*=78 ou 53,8 %) ou qu'à leur connaissance, une telle formation n'existait pas (*n*=34 ou 23,4 %). Ainsi, seulement 21,4 % des parents répondants disent avoir suivi une telle formation (*n*=31).

Figure 15. Formation préparatoire suivie par les parents répondants

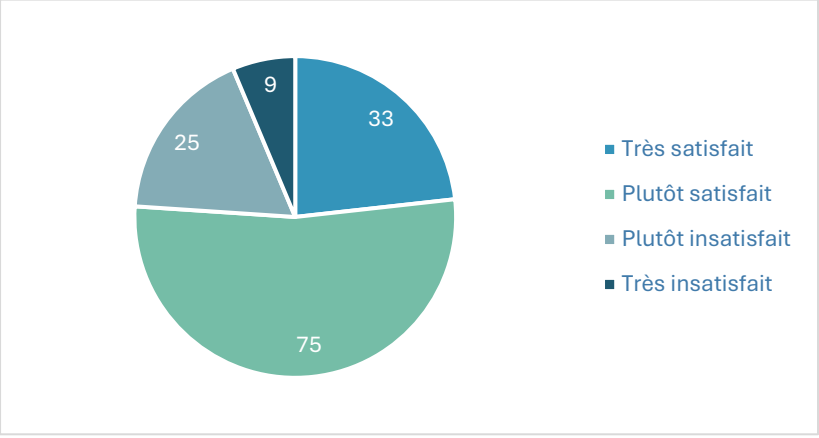


Note. N=145.

Parmi les 31 parents répondants ayant reçu de la formation, la majorité (61,3 %) considère que les informations reçues lors des formations préparatoires étaient très pertinentes pour eux, alors que 29,0 % ont trouvé les informations moyennement pertinentes. Seulement 3,2 % ont jugé les informations peu pertinentes, alors que 6,4 % ont indiqué ne pas se souvenir ou préférer ne pas répondre.

Parmi l'ensemble des parents adoptifs répondants (*N*=145), les trois quarts (*n*=108 ou 74,5 %) affirment être soit très satisfait·es (*n*=33 ou 22,8 %), soit plutôt satisfait·es (*n*=75 ou 51,7 %) du soutien reçu de la part de la DPJ au cours du processus d'adoption (Figure 16). Au contraire, 1 parent adoptif sur 4 (*n*=34 ou 25,4 %) se dit plutôt insatisfait·e (*n*=25 ou 17,2 %) ou très insatisfait·e (*n*=9 ou 6,2 %) de ce soutien.

Figure 16. Degré de satisfaction face au soutien reçu de la DPJ

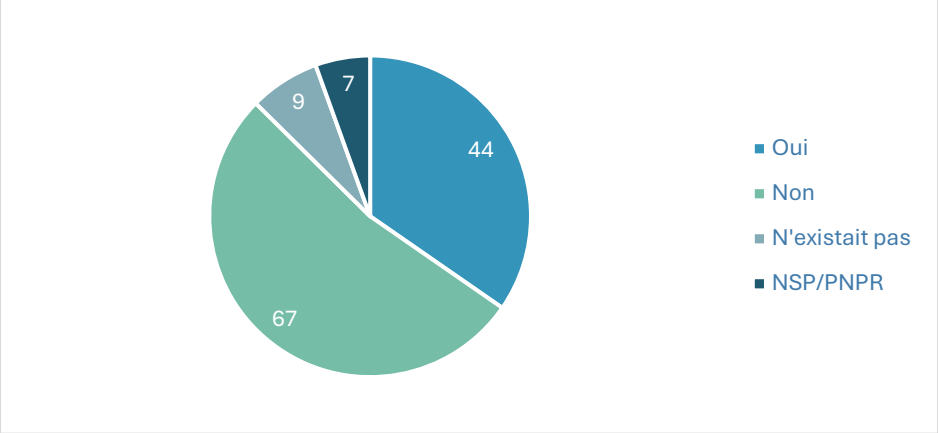


Note. N=145.

Les 127 parents répondants qui ont adopté au moins un enfant en tant que famille d'accueil banque mixte ont été questionnés quant à leur sentiment d'être concerné·es par les services et le soutien offert par l'association représentative des familles d'accueil de leur région (soit la Fédération des familles d'accueil et des ressources intermédiaires du Québec [FFARIQ], l'Association

démocratique des ressources à l'enfance du Québec [ADREQ-CSD] ou la Fédération de la santé et des services sociaux [FSSS-CSN]). La Figure 17 montre qu'en majorité, les parents qui ont été famille d'accueil banque mixte ne se sentent pas concerné·es par le soutien et les services offerts par l'association représentative de familles d'accueil de leur région (*n*=67 ou 52,8 %). À l'opposé, un peu plus d'un parent répondant sur 3 (*n*=44 ou 34,6 %) se sent concerné·e par le soutien et les services de son association représentative. Selon 7,1 % des parents répondants (*n*=9), il n'y avait aucune association représentative à l'époque où ils et elles étaient famille d'accueil banque mixte, alors que 5,5 % ne se souviennent pas ou ont préféré ne pas répondre (*n*=7).

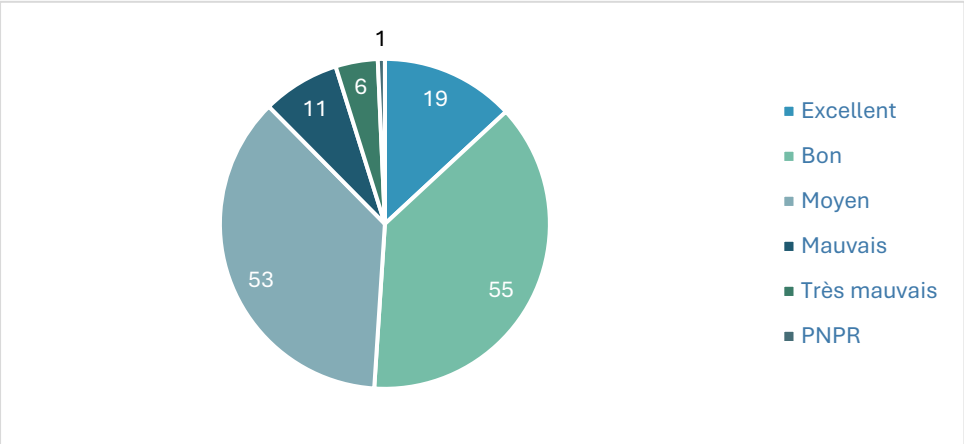
Figure 17. Sentiment d'être concerné·e par les services de son association représentative



Note. N=127.

Parmi l'ensemble des parents adoptifs ayant répondu au questionnaire en ligne (*N*=145), un peu plus de la moitié des parents adoptifs (*n*=74 ou 51,0 %) affirme que leur niveau de préparation avant d'accueillir un enfant en vue de l'adopter était soit excellent (*n*=19 ou 13,1 %), soit bon (*n*=55 ou 37,9 %), alors que 36,6 % considèrent que leur niveau de préparation était moyen (*n*=53). En outre, 11,7 % des parents adoptifs (*n*=17) considèrent que leur préparation était soit mauvaise (*n*=11 ou 7,6 %) ou très mauvaise (*n*=6 ou 4,1 %). Un parent a préféré ne pas répondre.

Figure 18. Niveau de préparation perçu par les parents adoptifs répondants

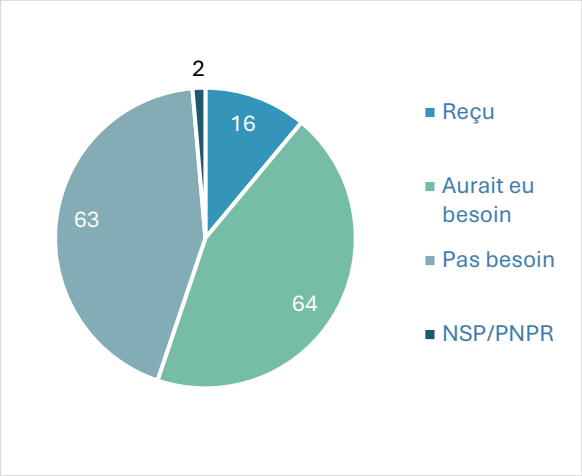


Note. N=145.

6.1.4. BESOINS ET UTILISATION DE SERVICES EN LIEN AVEC L'ADOPTION

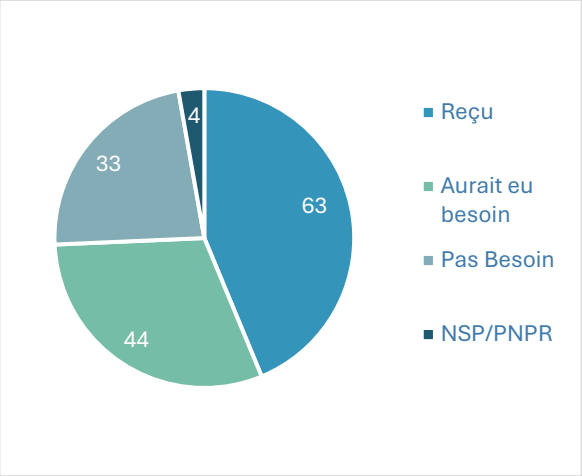
Les parents répondants ont été questionnés sur les services pouvant leur être utiles en lien avec leur expérience de l'adoption québécoise. Les Figures 19 à 22 présentent les principaux services que les parents répondants indiquent avoir reçus ou dont ils auraient eu besoin mais qu'ils n'ont pas reçus. Les principaux services utilisés sont des informations ou des formations sur l'adoption que les parents répondants ont trouvé par leurs propres moyens (*n*=83 ou 57,6 %), du soutien fourni par d'autres parents adoptifs par le biais de réseaux sociaux (*n*=68 ou 47,2 %) ou par le biais de relations d'amitié (*n*=63 ou 43,8 %). Par ailleurs, le principal service dont les parents répondants auraient eu besoin mais qu'ils n'ont pas reçu est un groupe de soutien par les pairs (*n*=64 ou 43,8 %). Selon une majorité d'entre eux (80,0 %), ce type de service n'était pas disponible ou n'existe pas. Quelques parents répondants ont aussi mentionné que ce type de service n'est pas accessible dans leur région (5,5 %) ainsi qu'un manque d'accompagnement vers ce type de service (3,4 %).

Figure 19. Groupe de soutien par les pairs



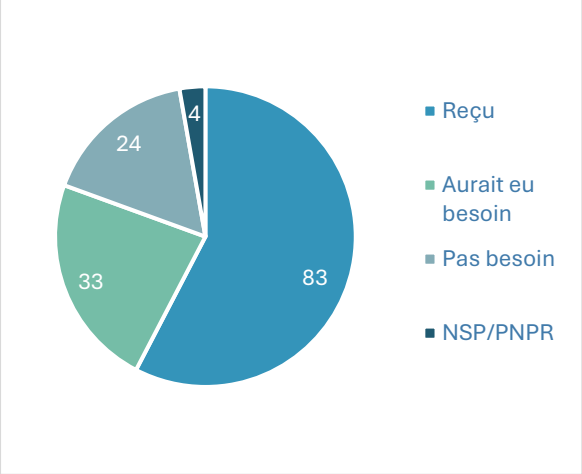
Note. N=145.

Figure 20. Parents adoptifs (amitiés)



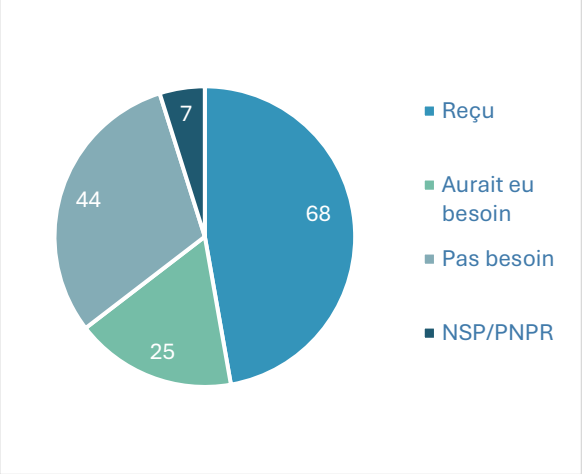
Note. N=144.

Figure 21. Informations/formations



Note. N=144.

Figure 22. Pairs sur les réseaux sociaux



Note. N=144.

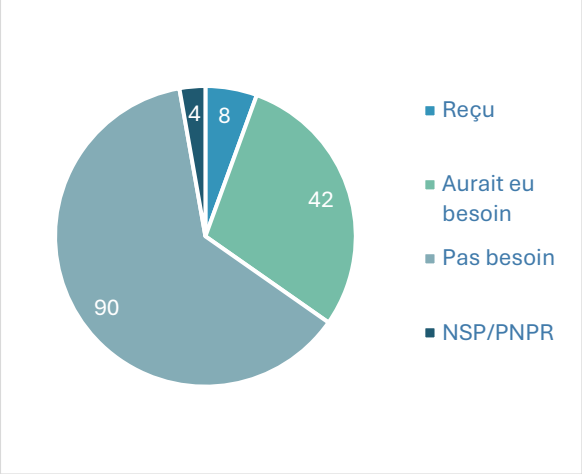
Les Figures 23 à 26 présentent les services dont une majorité de parents répondants estiment ne pas avoir eu besoin. Même si une majorité de parents répondants estiment ne pas avoir eu besoin de service de répit (*n*=90 ou 62,1 %), 29,0 % indiquent qu'ils n'en ont pas reçu même s'ils en auraient eu besoin (*n*=42). Selon les deux tiers de ces parents répondants (66,7 %), ce service n'était pas disponible ou n'existe pas, alors qu'un peu moins d'un parent sur 5 (19,0 %) indique que ce service n'existe pas dans sa région. Deux parents mentionnent également ne pas avoir reçu ce service, soit par souci de prioriser le besoin de stabilité de leur enfant aux dépens de leur propre besoin de répit, soit par méconnaissance de ce qui est permis de faire ou non en tant que famille d'accueil aux yeux de la DPJ.

Concernant les services formels de soutien ponctuels, tels qu'une ligne d'écoute (Figure 24), même si 53,1 % des parents répondants jugent que ce n'est pas un de leurs besoins (*n*=77), 32,4 % en auraient eu besoin (*n*=47). Selon 76,6 % de ces parents, ils n'ont pas reçu ce service parce qu'il n'était pas disponible ou n'existe pas.

Bien que 44,1 % des parents répondants indiquent ne pas avoir besoin de consulter des professionnel·les en santé mentale (*n*=64), 29,0 % précisent avoir reçu ce type de service (*n*=42) et 25,5 % estiment qu'ils en auraient eu besoin (*n*=37). Les principales raisons évoquées par ces parents pour justifier le fait de ne pas avoir reçu les services requis sont l'indisponibilité ou l'inexistence de ce service (54,1 %) et le manque de moyens financiers (29,7 %).

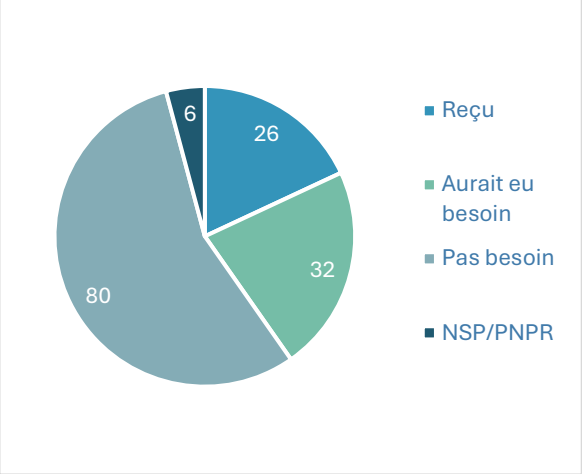
Quelques parents répondants ont précisé avoir reçu des services qui n'étaient pas identifiés dans le questionnaire en ligne, tels que des services spécialisés en attachement ou en adoption (6,9 %) et du coaching parental ou des services en psychoéducation (1,4 %). D'autres auraient eu besoin de ces mêmes services mais disent ne pas les avoir reçus (2,8 %).

Figure 23. Services de répit



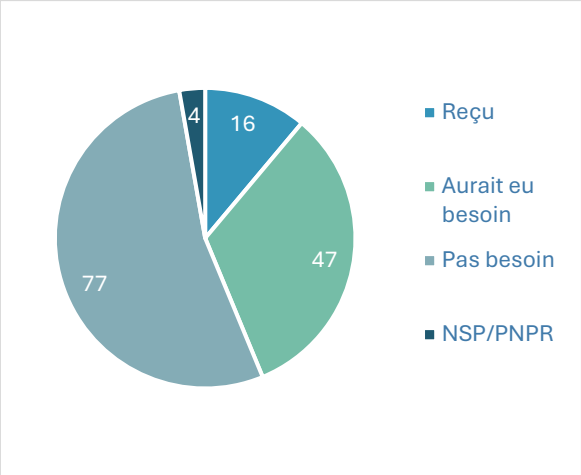
Note. N=144.

Figure 24. Conseils juridiques



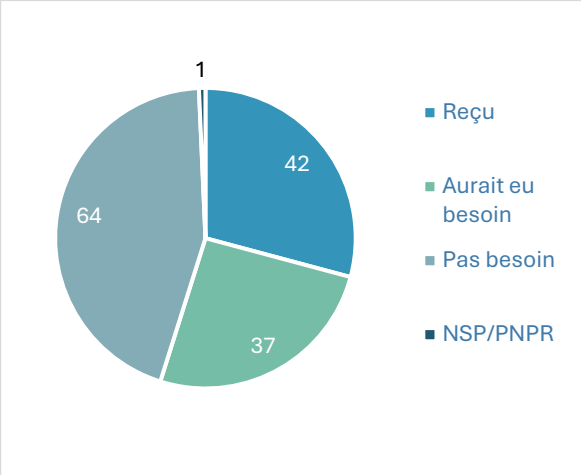
Note. N=144.

Figure 25. Soutien formel ponctuel



Note. N=144.

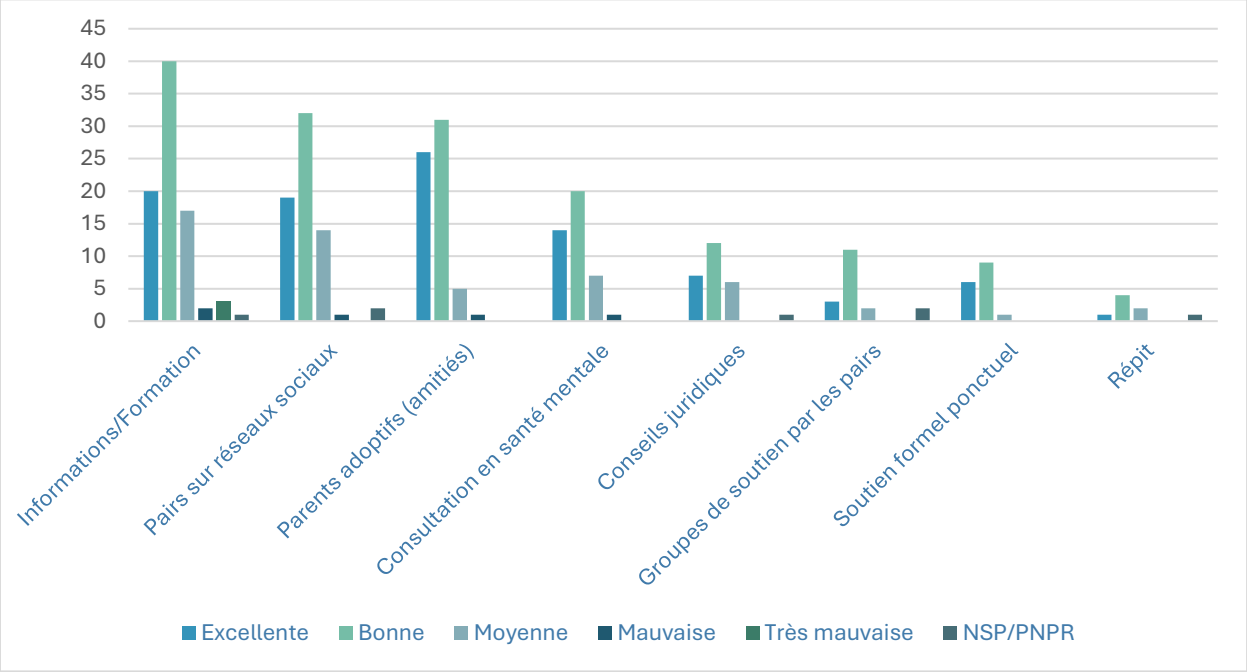
Figure 26. Consultation en santé mentale



Note. N=144.

Les parents adoptifs expriment généralement avoir reçu des services de bonne ou d'excellente qualité (voir Figure 27). Les services jugés de meilleure qualité sont ceux où le soutien provient d'autres parents adoptifs, que ce soit sous forme de soutien informel par le biais de pairs de leur entourage (90,5 %) ou par le biais des réseaux sociaux (75,0 %), suivis des conseils juridiques (73,1 %) et des informations ou formations que les parents répondants ont obtenues de manière autonome (72,3 %). Les parents répondants ayant consulté des personnes professionnelles en santé mentale sont également majoritaires à avoir en haute estime la qualité de ces services (81,0 %).

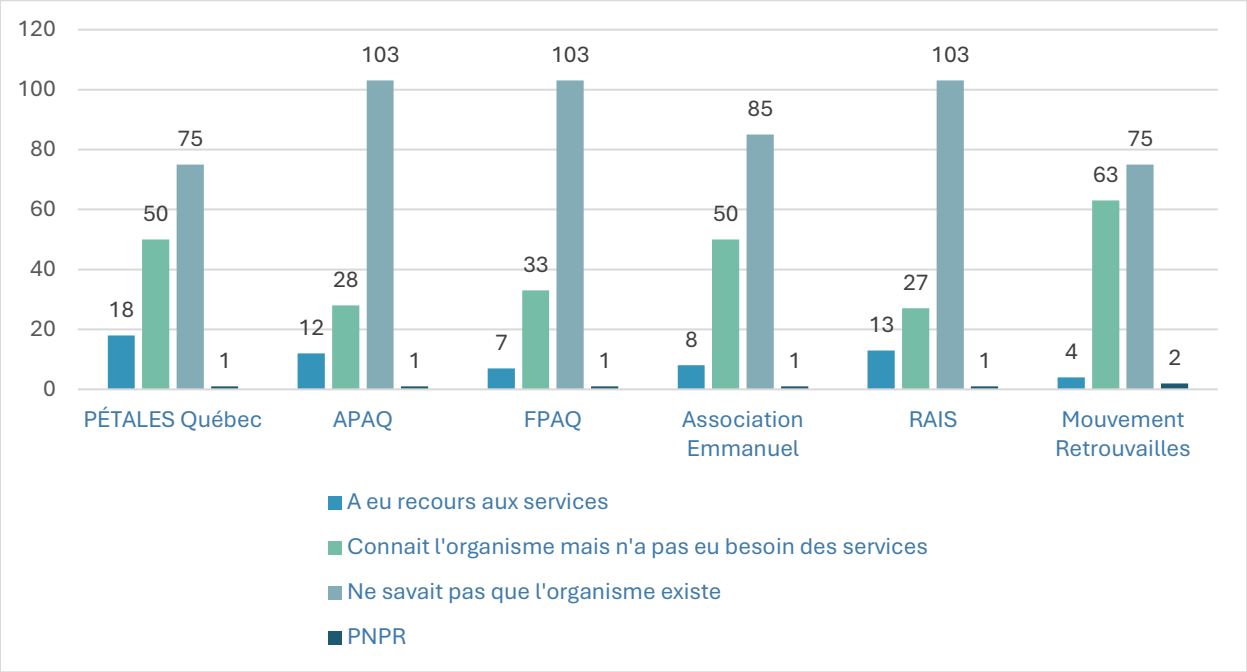
Figure 27. Qualité perçue des services reçus par les parents répondants



Note. N=144.

Les parents répondants ont une méconnaissance notable des organismes communautaires offrant des services aux membres de la triade adoptive, de sorte que très peu d'entre eux ont eu recours à leurs services (voir Figure 28). Les organismes les plus connus sont PÉTALES Québec (*n*=68 ou 47,2 %) et le Mouvement Retrouvailles (*n*=67 ou 46,5 %), alors que les organismes dont les services ont été les plus utilisés sont PÉTALES Québec (*n*=18 ou 12,5 %), le RAIS – Ressource adoption (*n*=13 ou 9,0 %) et l'Association des parents adoptants du Québec (*n*=12 ou 8,3 %). Les organismes les moins connus par les parents répondants sont l'APAQ, la Fédération des parents adoptants du Québec et le RAIS, alors que 71,5 % des répondants indiquent ne pas connaître ces organismes.

Figure 28. Connaissance et utilisation des services communautaires en adoption

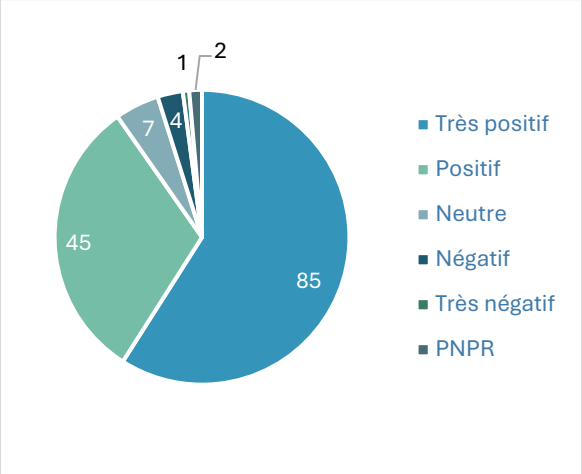


Note. N=144.

6.1.5. IMPACT DE L'ADOPTION SUR LES PARENTS RÉPONDANTS

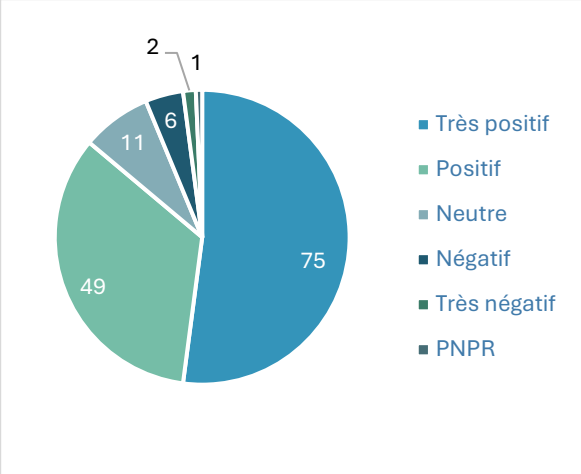
Les Figures 29 à 34 présentent l'impact perçu de l'adoption québécoise sur les différentes sphères de vie des parents adoptifs répondants. De manière générale, les parents répondants rapportent un impact plus positif de l'adoption québécoise sur leur vie personnelle et familiale que sur leur vie conjugale, sociale et professionnelle. En effet, 90,3 % des parents répondants (*n*=130) rapportent un impact très positif (*n*=85 ou 59,0 %) ou positif (*n*=45 ou 31,3 %) sur leur vie personnelle. De plus, 86,1 % (*n*=124) rapportent un impact très positif (*n*=75 ou 52,1 %) ou positif (*n*=49 ou 34,0 %) sur leur vie familiale. Comparativement, 56,9 % des parents adoptifs (*n*=82) estiment que l'adoption a eu un impact très positif (*n*=41 ou 28,5 %) ou positif (*n*=41 ou 28,5 %) sur leur vie conjugale. Une proportion comparable de parents répondants (*n*=81 ou 56,3 %) perçoit un impact très positif (*n*=39 ou 27,1 %) ou positif (*n*=41 ou 28,5 %) sur leur vie sociale. La sphère de vie où l'impact de l'adoption est le moins favorable est la vie professionnelle, où seulement 50,0 % (*n*=72) considèrent que l'adoption a eu un impact très positif (*n*=32 ou 22,2 %) ou positif (*n*=40 ou 27,8 %).

Figure 29. Impact sur la vie personnelle



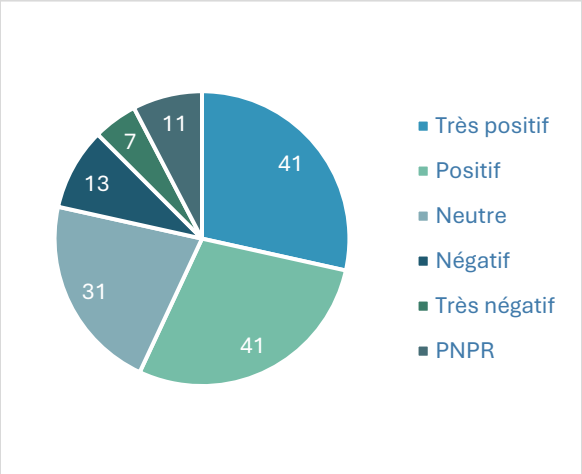
Note. N=144.

Figure 30. Impact sur la vie familiale



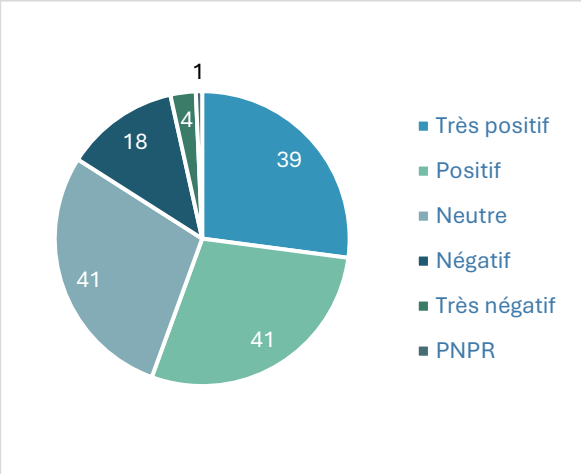
Note. N=144.

Figure 31. Impact sur la vie conjugale



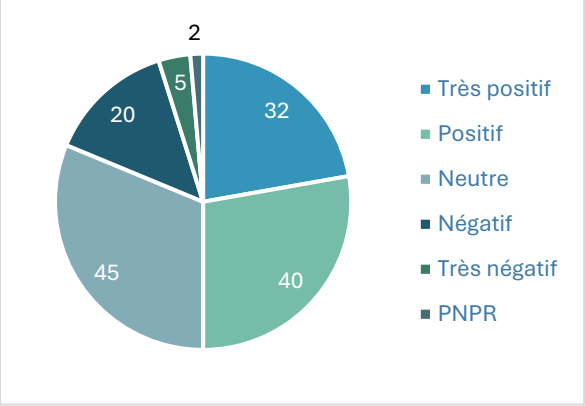
Note. N=144.

Figure 32. Impact sur la vie sociale



Note. N=144.

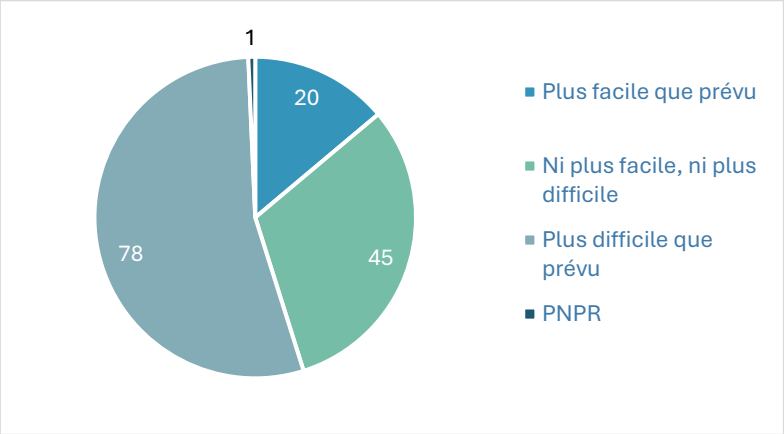
Figure 33. Impact sur la vie professionnelle



Note. N=144.

Questionnés sur leur perception globale de leur expérience de l'adoption, plus de la moitié des parents répondants (54,2 %) trouvent leur expérience en tant que parent ayant adopté un ou plusieurs enfants domiciliés au Québec plus difficile que prévu (*n*=78), alors que 31,3 % considèrent leur expérience ni plus facile, ni plus difficile que prévu (*n*=45). Enfin, 13,9 % des parents répondants trouvent leur expérience d'adoption plus facile que prévu (*n*=20). Un parent a préféré ne pas répondre à cette question.

Figure 34. Expérience de l'adoption québécoise



Note. N=144.

QUE DOIT-ON RETENIR DES QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS PAR LES PARENTS ADOPTIFS?

- L'échantillon de 146 parents adoptifs qui ont répondu au questionnaire en ligne n'est pas représentatif de la population.
- Les parents répondants sont majoritairement des femmes (84,9 %), âgées de 36 à 50 ans (60,9 %), hétérosexuels (80,1 %), d'origine québécoise ou canadienne (90,4 %).
- La majorité des parents répondants ont un diplôme universitaire (70,6 %), occupent un emploi (79,2 %) et gagnent un revenu familial de 100 000 $ et plus (65,2 %).
- Ils sont parents de 1 à 8 enfants (*M*=1,97; *ET*=1,346).
- La majorité a adopté dans le cadre du programme banque mixte (85,6 %).
- 30,1 % ont aussi un ou plusieurs enfants biologiques alors que 67,1 % n'ont que des enfants adoptés en contexte québécois.
- 68,5 % n'ont adopté qu'un seul enfant en contexte québécois; parmi les autres qui ont adopté plusieurs enfants, il s'agit majoritairement d'enfants qui ne partagent pas de lien de sang entre eux (71,7 %).
- 82,9 % des parents répondants sont en couple; parmi eux, la vaste majorité ont adopté au moins un enfant avec leur partenaire actuel·le (92,5 %).
- 39,0 % des parents répondants sont famille d'accueil au moment de participer à l'étude, dont la majorité sont banque mixte (71,9 %).

- Les 146 parents répondants ont adopté un total de 193 enfants en contexte québécois, dont la majorité (75,7 %) sont d'origine québécoise ou canadienne, sont des garçons (53,9 %), ont moins de 18 ans (79,1 %) et sont adoptés par le biais du programme banque mixte (84,9 %).
- Les parents répondants ont principalement choisi l'adoption québécoise en raison de difficultés à concevoir un enfant de manière biologique (65,5 %) ou pour aider un enfant dans le besoin (50,3 %).
- Les parents répondants ont surtout réalisé leur projet d'adoption à Montréal (27,6 %), dans la région de la Capitale-Nationale (15,9 %) et en Mauricie-Centre-du-Québec (10,3 %).
- Une majorité de parents répondants (77,9 %) ont participé aux rencontres d'information avant de devenir postulants à l'adoption; parmi eux, plus de la moitié ont trouvé les informations reçues très pertinentes (58,4 %).
- La majorité des parents répondants (77,2 %) n'ont pas suivi de formation préparatoire à l'adoption.
- La majorité des parents répondants (74,5 %) se disent satisfaits ou très satisfaits du soutien reçu de la part de la DPJ au cours du processus d'adoption.
- Un peu plus de la moitié des parents répondants qui ont été famille d'accueil banque mixte (52,8 %) ne se sont pas sentis concernés par le soutien et les services offerts par leur association représentative de familles d'accueil.
- La moitié des parents répondants (51,0 %) estiment que leur niveau de préparation avant d'accueillir un enfant en vue de l'adopter était bon ou excellent, alors que 36,6 % jugent que leur préparation était moyenne.
- Les principaux services utilisés par les parents répondants sont des informations ou des formations sur l'adoption qu'ils ont trouvées de manière autonome (57,6 %), du soutien de leurs pairs obtenu par les réseaux sociaux (47,2 %) ou de manière informelle (43,8 %), ainsi que la consultation de professionnel·les en santé mentale (29,0 %). La qualité perçue des services reçus est majoritairement bonne ou excellente, tous services confondus.
- Les principaux services dont les parents répondants auraient eu besoin mais n'ont pas reçu sont les groupes de soutien par les pairs (43,8 %), le soutien formel ponctuel tel que des lignes d'écoute (32,4 %), le soutien informel par les pairs (30,3 %) et les services de répit (29,0 %). La raison la plus souvent évoquée, tous services confondus, est l'indisponibilité ou l'inexistence de ces services.
- La majorité des parents répondants (52,1 à 71,5 %) ne connaît pas les organismes communautaires québécois offrant des services aux membres de la triade adoptive.
- L'adoption québécoise a un impact positif sur la vie personnelle (90,3 %) et familiale (86,1 %) des parents répondants, et dans une moindre mesure, sur leur vie conjugale (56,9 %), sociale (55,6 %) et professionnelle (50,0 %).
- La majorité des parents répondants estiment que leur expérience de l'adoption québécoise a été soit plus difficile que prévu (54,2 %), soit ni plus facile, ni plus difficile que prévu (31,3 %).

6.2. QUESTIONNAIRE SUR LE PARCOURS D'ADOPTION

À la fin du questionnaire principal, les parents adoptifs répondants pouvaient indiquer s'ils acceptent de compléter deux questionnaires supplémentaires pour chacun de leurs enfants adoptés en contexte québécois âgés de moins de 18 ans. Parmi les 144 parents qui ont complété le questionnaire principal, 106 ont accepté de recevoir les questionnaires supplémentaires, pour un total de 137 enfants adoptés. De ce nombre, les parents de 61 enfants n'ont jamais cliqué sur l'hyperlien vers le questionnaire sur le parcours d'adoption. Parmi les 76 questionnaires qui ont été ouverts, 2 parents se sont arrêtés dès les premières questions, de sorte que leurs réponses n'ont pu être comptabilisées. Par conséquent, la présente section rapporte les résultats du questionnaire sur le parcours d'adoption pour un total de **74 enfants**.

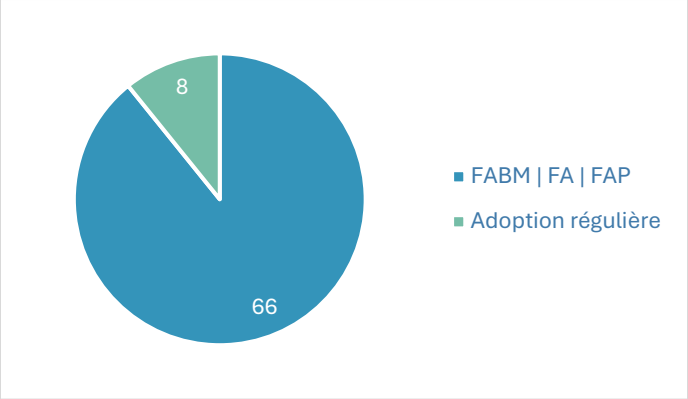
Les résultats de ce questionnaire sur le parcours d'adoption sont divisés en 8 sections distinctes :

- La première partie situe quelques caractéristiques de l'enfant adopté;
- La deuxième partie présente les caractéristiques du milieu familial adoptif à l'arrivée de l'enfant;
- La troisième section porte sur les contacts qui ont eu lieu avant le jugement d'adoption entre l'enfant et les membres de sa famille d'origine;
- La quatrième section aborde certains aspects de la communication à l'intérieur de la famille adoptive à propos de l'adoption;
- La cinquième partie traite de l'adoption transraciale, le cas échéant;
- La sixième partie présente la relation du parent répondant avec l'enfant adopté;
- La septième section aborde l'implication de la DPJ après l'adoption;
- La dernière section porte sur l'entente de communication après l'adoption, le cas échéant.

6.2.1. CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS ADOPTÉS

Tel que présenté à la Figure 35, la majorité des enfants (*n*=66 ou 89,2 %) ont été adoptés par le biais du programme banque mixte ou par une famille d'accueil régulière ou de proximité. Environ 1 enfant sur 10 s'est plutôt joint à la famille par le biais de l'adoption régulière.

Figure 35. Type d'adoption



Note. N=74.

Concernant l'établissement au sein duquel s'est réalisé le projet d'adoption, un peu plus de la moitié des enfants ont été adoptés par le biais de trois établissements, soit le CCSMTL (21,6 %), le CIUSSS de la Capitale-Nationale (17,6 %) et le CIUSSS de l'Estrie-CHUS (12,2 %). Les parents adoptifs répondants indiquent également que 2,7 % des adoptions ont été réalisées par le biais de l'Association Emmanuel (*n*=2).

Tableau 73. Établissement où s'est réalisé le projet d'adoption

Nom de l'établissement	*n*	%
CIUSSS Centre-sud-de-l'Ile-de-Montréal	16	21,6
CIUSSS de la Capitale-Nationale	13	17,6
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	9	12,2
CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec	8	10,8
CISSS de l'Outaouais	7	9,5
CISSS de la Montérégie-Est	6	8,1
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal (Batshaw)	5	6,8
CISSS des Laurentides	5	6,8
CISSS de Chaudière-Appalaches	2	2,7
CISSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1	1,4
CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	1	1,4
CISSS de Laval	1	1,4

Note. N=74.

Le Tableau 74 présente l'âge de l'enfant, en nombre de mois, à son arrivée dans la famille adoptive. Les enfants de cet échantillon sont âgés de 0 à 12 ans au moment de leur arrivée dans la famille (*M*=0,94; *ÉT*=1,689). La très grande majorité des enfants ont été accueillis en bas âge. Plus précisément, les deux tiers des enfants avaient moins de 12 mois au moment de leur placement. Parmi ces derniers, 65,3 % (*n*=32) étaient âgés de 3 mois ou moins à leur arrivée, dont 34,4 % (*n*=11) étaient âgés de moins d'un mois. Seulement 16,2 % (*n*=8) étaient âgés entre 6 et 11 mois.

Tableau 74. Âge de l'enfant à son arrivée dans la famille

Âge de l'enfant	*n*	%
Moins de 12 mois	49	66,2
12-23 mois	13	17,6
24-35 mois	5	6,8
36-47 mois	2	2,7
48 mois et plus	5	6,8

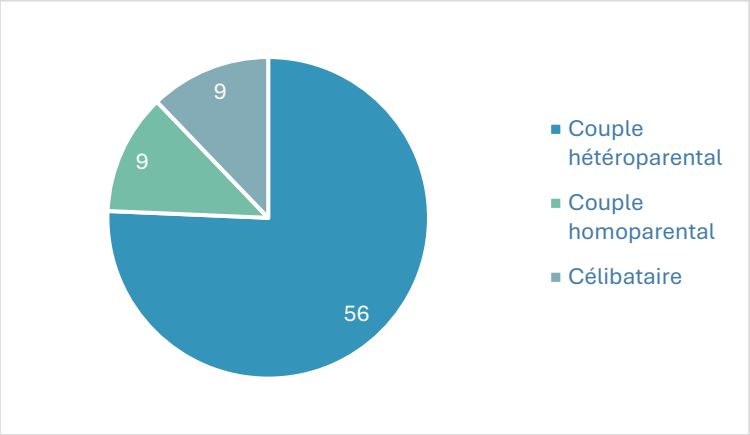
Note. N=74.

6.2.2. CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU FAMILIAL ADOPTIF

La Figure 36 et le Tableau 75 présentent un portrait de la famille adoptive au moment de l'arrivée de l'enfant. Tel qu'illustré par la Figure 36, la majorité des enfants de cet échantillon ont été adoptés

par un couple hétéroparental (*n*=56 ou 75,7 %), alors qu'une proportion équivalente d'enfants a été adoptée par un couple homoparental (*n*=9 ou 12,2 %) ou par un parent célibataire (*n*=9 ou 12,2 %).

Figure 36. Statut parental



Note. N=74.

Le Tableau 75 montre qu'un peu plus de la moitié des enfants de l'échantillon ont été accueillis dans une famille où il n'y avait pas d'autre enfant à leur arrivée (*n*=40 ou 54,1 %), alors que les autres sont arrivés dans une famille où il y avait déjà un ou plusieurs enfants.

Tableau 75. Présence d'autres enfants dans la famille au moment de l'arrivée de l'enfant

Caractéristiques des autres enfants dans la famille	*n*	%
Aucun enfant	40	54,1
Enfants du couple parental (famille intacte)	23	31,1
Enfants du couple parental (incluant enfants d'unions précédentes)	5	6,8
Enfants du couple parental (incluant enfants en situation de placement ou de tutelle)	4	5,4
Enfants du parent célibataire	2	2,7

Note. N=74.

Le Tableau 76 présente le temps écoulé, en nombre de mois, entre le début des démarches des parents adoptifs pour accueillir l'enfant en vue de son adoption et son arrivée dans la famille. Les enfants sont arrivés dans leur famille dans un délai de 0 à 7 ans après le début des démarches d'adoption de leurs parents adoptifs (*M*=1,25; *ÉT*=1,242). À noter que dans les cas d'adoption régulière, les parents répondants rapportent un délai de 0 à 4 ans avant d'accueillir l'enfant (*M*=1,69; *ÉT*=1,335).

Tableau 76. Temps écoulé entre le début des démarches et l'arrivée de l'enfant

Temps écoulé	*n*	%
Moins de 12 mois	38	51,4
12-23 mois	16	21,6

Temps écoulé	*n*	%
24-35 mois	10	13,5
36-47 mois	6	8,1
48 mois et plus	4	5,5

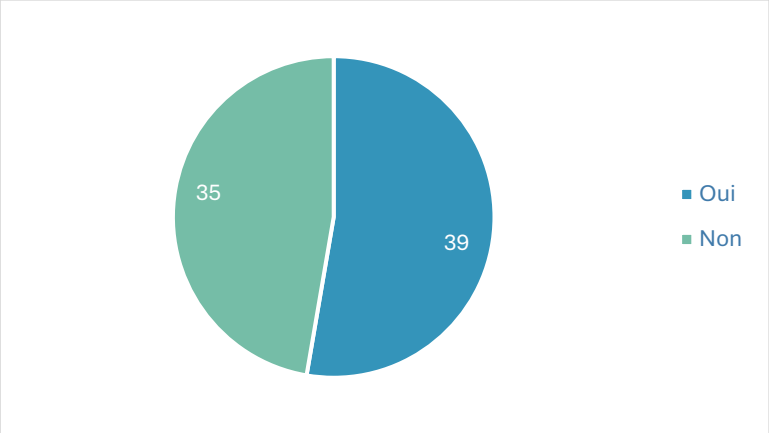
Note. N=74.

Le Tableau 76 montre que pour la majorité des enfants, le délai avant leur arrivée dans la famille adoptive est relativement court. En effet, la moitié des enfants ont été accueillis en moins d'un an suivant le début des démarches de leurs parents adoptifs (*n*=38 ou 51,4 %). Parmi ces enfants, près de 40 % (*n*=15) sont arrivés dans un délai de 3 mois ou moins, alors que 34,2 % des enfants (*n*=13) sont arrivés après 9 à 11 mois d'attente.

6.2.3. CONTACTS AVEC LA FAMILLE D'ORIGINE AVANT L'ADOPTION

La Figure 37 indique si, à la connaissance des parents adoptifs répondants, l'enfant a déjà vécu avec au moins un de ses parents d'origine après la naissance. Un peu plus de la moitié des enfants (*n*=39 ou 52,7 %) aurait cohabité avec au moins un parent d'origine. À noter que cette proportion inclut 2 des 8 enfants en adoption régulière, qui auraient cohabité avec au moins un parent d'origine après leur naissance selon les parents adoptifs répondants.

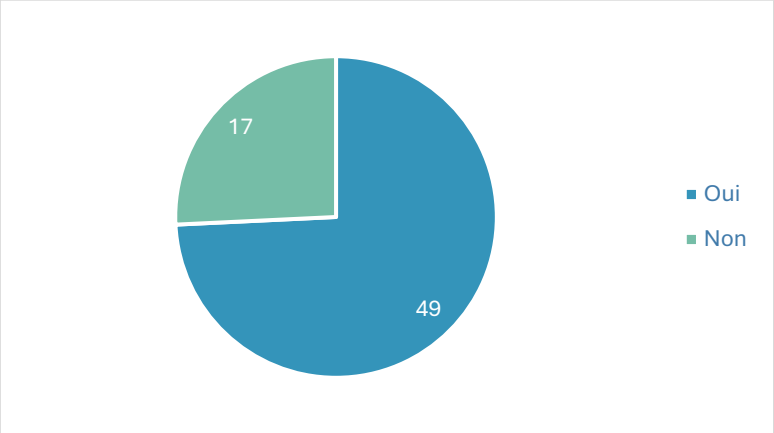
Figure 37. Cohabitation de l'enfant avec ses parents d'origine avant le placement en vue d'adoption



Note. N=74.

La Figure 38 indique le nombre d'enfants, adoptés par le biais du programme banque mixte ou par leur famille d'accueil régulière ou de proximité, qui ont eu des contacts avec au moins un membre de la famille d'origine entre leur arrivée dans la famille adoptive et le moment où le jugement d'adoption a été prononcé. Elle permet de constater que la majorité ont eu de tels contacts (*n*=49 ou 74,2 %).

Figure 38. Contacts de l'enfant adopté en FABM/FA/FAP avec sa famille d'origine avant le jugement d'adoption



Note. N=66.

Pour les 49 enfants adoptés par le biais du programme banque mixte ou par leur famille d'accueil régulière ou de proximité qui ont eu des contacts avec leur famille d'origine avant le jugement d'adoption, le Tableau 77 précise les membres de la famille d'origine avec qui ces contacts ont eu lieu. À noter qu'un même enfant peut avoir eu des contacts avec plusieurs membres de sa famille d'origine. Pour chaque catégorie de membres de la famille d'origine, le tableau indique également les contacts qui ont eu lieu en personne et si les contacts ont été supervisés.

Le Tableau 77 indique que la quasi-totalité des enfants qui ont eu des contacts avant le jugement d'adoption ont été en contact avec leur mère d'origine (93,9 %), alors que plus de la moitié a été en contact avec leur père d'origine (51,0 %). Dans les deux cas, la quasi-totalité des enfants ont eu des contacts en personne. Les contacts avec chacun des parents d'origine sont également supervisés, soit en totalité ou en partie, pour la quasi-totalité des enfants. À noter qu'une minorité d'enfants ont eu des contacts d'autre nature, tels que des contacts téléphoniques ou par textos avec leur mère (8,7 %) ou leur père d'origine (12,0 %). De plus, seulement deux enfants ont eu des contacts par visioconférence avec leur mère d'origine (4,3 %).

Plusieurs enfants ont aussi eu des contacts avec leurs grands-parents d'origine avant le jugement d'adoption (44,9 %). À noter que le nombre d'enfants ayant été en contact avec leur grand-mère maternelle est deux fois plus élevé que le nombre d'enfants ayant été en contact avec leur grand-mère paternelle ou leur grand-père maternel (28,6 % versus 14,3 %). Pour la quasi-totalité des enfants en contact avec leurs grands-parents d'origine, ces contacts ont eu lieu en personne (95,5 %). Par ailleurs, il s'agit du groupe de membres de la famille d'origine avec qui les contacts sont le moins fréquemment supervisés, que ce soit totalement ou en partie (68,2 %).

Enfin, un peu plus d'un enfant sur cinq a eu des contacts avec des membres de sa fratrie d'origine, incluant les demi-fratries maternelle et paternelle (22,4 %), alors que 16,3 % des enfants ont eu des contacts avec d'autres membres de la famille d'origine élargie. Dans tous les cas, les enfants ont eu des contacts en personne avec leur fratrie et leur famille d'origine élargie. Pour la majorité des

enfants, les contacts avec la fratrie d'origine (90,9 %) ou avec les membres de la famille d'origine élargie (75,0 %) sont supervisés, en totalité ou en partie.

De façon générale, le Tableau 77 indique que les contacts avec des membres de la famille d'origine du côté maternel sont plus fréquents que les contacts avec des membres de la famille du côté paternel.

Tableau 77. Contacts de l'enfant en FAB/FA/FAP avec sa famille d'origine avant le jugement d'adoption

Membres de la famille d'origine	Contacts		En personne		En supervision	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Mère d'origine	46	93,9	45	97,8	45	97,8
Père d'origine	25	51,0	24	96,0	24	96,0
Grands parents	22	44,9	21	95,5	15	68,2
Grand-mère maternelle	14	28,6	-	-	-	-
Grand-père maternel	7	14,3	-	-	-	-
Grand-mère paternelle	7	14,3	-	-	-	-
Grand-père paternel	1	2,0	-	-	-	-
Fratrie	11	22,4	11	100,0	10	90,9
Frères et sœurs	5	10,2	-	-	-	-
Demi-frères et demi-sœurs maternels	7	14,3	-	-	-	-
Demi-frères et demi-sœurs paternels	1	2,0	-	-	-	-
Autres membres de la famille d'origine	8	16,3	8	100,0	6	75,0
Oncles ou tantes du côté maternel	6	12,2	-	-	-	-
Oncles ou tantes du côté paternel	1	2,0	-	-	-	-
Arrière-grand-parent du côté maternel	1	2,0	-	-	-	-

Note. N=49.

Le Tableau 78 présente la durée des contacts que l'enfant a eu avant le jugement d'adoption avec un ou plusieurs membres de sa famille d'origine. Pour un peu plus de la moitié des enfants qui ont eu des contacts avec au moins un membre de leur famille d'origine avant le jugement d'adoption, ces contacts ont duré moins de 12 mois. Parmi ces derniers, 40,0 % ont eu des contacts pendant 3 mois ou moins (*n*=10) alors que 24,0 % ont eu des contacts pendant 9 à 11 mois (*n*=6).

Pour l'ensemble des 49 enfants adoptés par le biais du programme banque mixte ou par leur famille d'accueil régulière ou de proximité, la durée des contacts avec des membres de la famille d'origine avant le jugement d'adoption varie de 0 à 7 ans (*M*=1,77; *ÉT*=1,868).

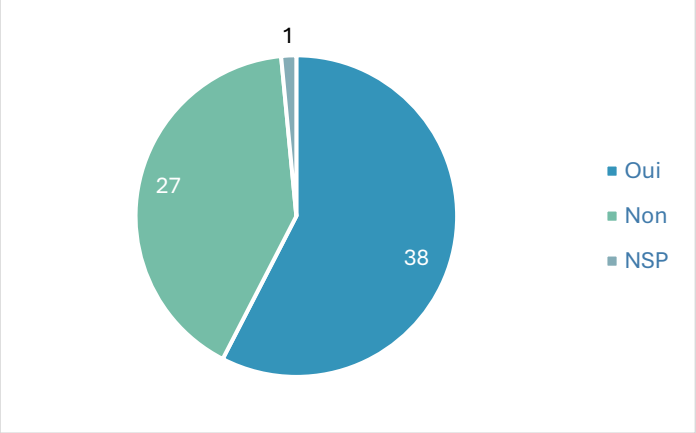
Tableau 78. Durée des contacts entre l'enfant et sa famille d'origine avant le jugement d'adoption

Durée	*n*	%
Moins de 12 mois	25	51,0
12-23 mois	6	12,2
24-35 mois	4	8,2
36-47 mois	2	4,1
48 mois et plus	12	24,5

Note. N=49.

Les prochaines figures concernent les contacts que les parents adoptifs ont eu avec des membres de la famille d'origine de l'enfant avant le jugement d'adoption. La Figure 39 montre que pour une majorité d'enfants adoptés par le biais du programme banque mixte ou par la famille d'accueil régulière ou de proximité, les parents adoptifs ont été en contact avec au moins un membre de la famille d'origine avant le jugement d'adoption (*n*=38 ou 57,6 %). Seulement un parent adoptif indique ne pas se souvenir si des contacts avec la famille d'origine de l'enfant avaient eu lieu.

Figure 39. Contacts des parents adoptifs avec la famille d'origine de l'enfant avant le jugement d'adoption



Note. N=66.

Pour les 38 enfants adoptés par le biais du programme banque mixte ou par la famille d'accueil régulière ou de proximité dont les parents adoptifs ont eu des contacts avec au moins un membre de leur famille d'origine, le Tableau 79 présente les membres de la famille d'origine avec qui ces contacts ont eu lieu. À noter que les parents adoptifs peuvent avoir été en contact avec plus d'un membre de la famille d'origine de leur enfant.

Tableau 79. Membres de la famille d'origine avec lesquels les parents adoptifs ont été en contact avant le jugement d'adoption

Membres de la famille d'origine	*n*	%
Mère d'origine	36	94,7

Membres de la famille d'origine	*n*	%
Père d'origine	14	36,8
Grands-parents d'origine	13	34,2
Grand-mère maternelle	9	23,7
Grand-père maternel	6	15,8
Grand-mère paternelle	3	7,9
Fratrie d'origine	6	15,8
Frères et sœurs	4	10,5
Demi-fratrie maternelle	3	7,9
Famille d'origine élargie	2	5,3

Note. N=38.

Pour la quasi-totalité des enfants adoptés par le biais du programme banque mixte ou par la famille d'accueil régulière ou de proximité dont les parents adoptifs ont eu des contacts avec la famille d'origine avant le jugement d'adoption, ces contacts ont eu lieu avec la mère d'origine (94,7 %). Pour un peu plus du tiers des enfants, les contacts vécus par leurs parents adoptifs ont eu lieu avec le père d'origine (36,8 %) ou avec les grands-parents d'origine (34,2 %). Les parents adoptifs sont moins nombreux à avoir eu des contacts avec la fratrie d'origine ou avec d'autres membres de la famille d'origine élargie, qui sont des oncles, tantes, cousins et cousines du côté maternel.

Les contextes dans lesquels les parents adoptifs ont eu des contacts avec des membres de la famille d'origine sont variés. Les parents adoptifs ont eu des contacts avec la mère d'origine de leur enfant (*n*=36) à de multiples occasions : avant et après les contacts supervisés de l'enfant (75,0 %), dans le cadre d'échanges directs, c'est-à-dire sans intermédiaire de la DPJ (33,3 %), à l'occasion des rendez-vous médicaux de l'enfant (27,8 %), dans le cadre d'une rencontre officielle organisée par le personnel intervenant de la DPJ (27,8 %), en étant eux-mêmes présents aux visites supervisées (22,2 %) ou encore de manière inattendue (13,9 %).

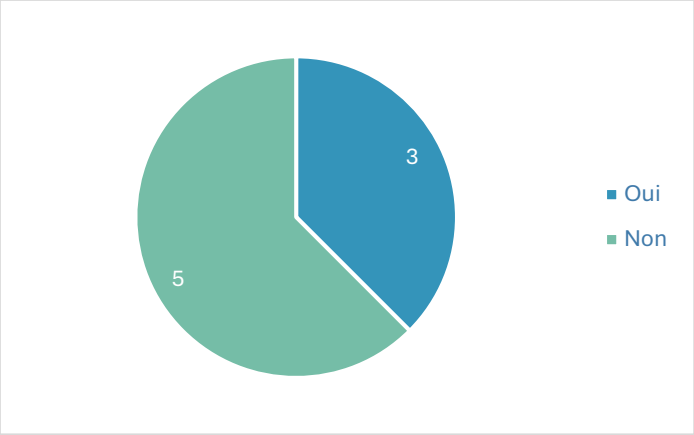
Concernant les contacts des parents adoptifs avec le père d'origine (*n*=14), ils sont également les plus fréquents avant ou après les contacts supervisés de l'enfant avec lui (64,3 %), lors d'échanges directs sans intermédiaire (42,9 %) ou parce que les parents adoptifs sont présents lors des visites (28,6 %). Les contacts lors de rendez-vous médicaux de l'enfant ou de manière inattendue sont plus rares (14,3 % chacun), de même qu'une rencontre officielle organisée par le personnel intervenant de la DPJ, qui n'est rapportée que par un seul parent répondant.

Les contacts des parents adoptifs avec les grands-parents d'origine (*n*=13) sont rapportés avant ou après les contacts supervisés de l'enfant (46,2 %), de manière inattendue (38,5 %), lorsque les parents adoptifs sont présents aux visites supervisées de l'enfant (30,8 %) ou lors d'échanges directs, sans intermédiaire de la DPJ (23,1 %). Les contacts avec les grands-parents d'origine lors des rendez-vous médicaux de l'enfant ou dans le cadre d'une rencontre officielle organisée par le personnel de la DPJ sont rares, chacun étant rapporté par un seul parent répondant.

Pour ce qui est des contacts des parents adoptifs avec la fratrie d'origine (*n*=6), ils ont lieu majoritairement avant ou après les contacts supervisés avec l'enfant (66,7 %) ou lors d'échanges directs, sans l'intermédiaire de la DPJ (33,3 %). Un parent répondant rapporte aussi avoir été en contact avec la fratrie d'origine lors de visites dans le milieu d'accueil de la fratrie et un autre rapporte avoir été en contact avec la fratrie d'origine alors que cette dernière a temporairement été placée dans leur famille.

La Figure 40 concerne les contacts que les parents adoptifs ont eu avec la mère d'origine avant le jugement d'adoption dans le cadre d'une adoption régulière. Ces contacts ont eu lieu pour 3 des 8 enfants adoptés de cette manière.

Figure 40. Contacts des parents adoptifs avec la mère d'origine avant le jugement d'adoption en contexte d'adoption régulière



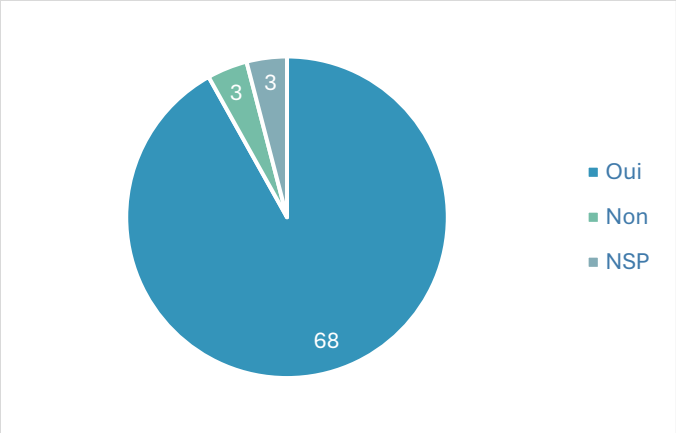
Note. N=8.

6.2.4. COMMUNICATION À PROPOS DE L'ADOPTION

Les parents adoptifs ont répondu à quelques questions concernant leur aisance à parler de l'adoption et de ses origines avec leur enfant adopté en contexte québécois.

La Figure 41 montre qu'en forte majorité (*n*=68 ou 91,9 %), les enfants savent qu'ils sont adoptés. Pour tous ces enfants, à l'exception de deux, les parents répondants indiquent que l'enfant a toujours su qu'il est adopté. Pour les deux autres, les parents répondants indiquent qu'ils ont annoncé à l'enfant qu'il était adopté en très bas âge, soit au cours de la période préscolaire. Selon les parents répondants, une minorité d'enfants ne sont pas au courant de leur adoption (*n*=3 ou 4,1 %). Une même proportion de parents répondants indique ne pas savoir si l'enfant est au courant de son statut de personne adoptée ou non.

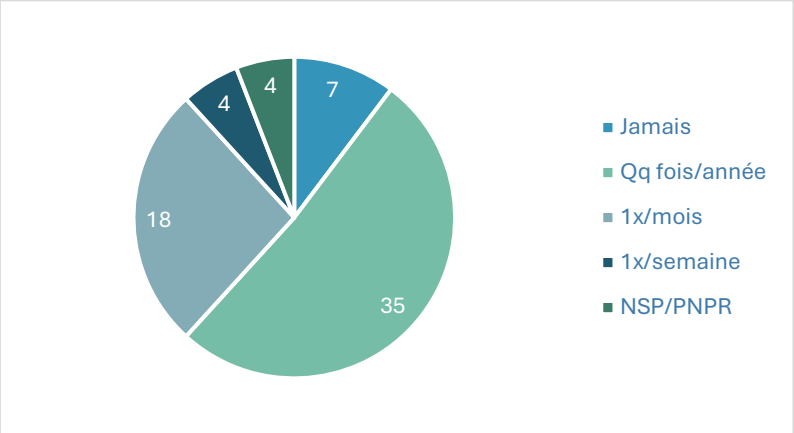
Figure 41. L'enfant sait qu'il est adopté



Note. N=74.

Parmi les 68 enfants au courant de leur adoption, les parents répondants ont indiqué la fréquence à laquelle l'enfant a abordé le sujet de son adoption au cours de son enfance et de son adolescence, le cas échéant (voir Figure 42). En majorité, les parents répondants rapportent que l'enfant aborde le sujet de son adoption seulement quelques fois par année ou moins (*n*=35 ou 51,5 %). Environ un répondant sur quatre indique que l'enfant en parle au moins une fois par mois (*n*=18 ou 26,5 %), tandis que 10,3 % des parents répondants mentionnent que l'enfant n'a jamais abordé le sujet (*n*=7). Les discussions hebdomadaires sont peu fréquentes (*n*=4 ou 5,9 %) et une proportion équivalente de parents répondants indique ne pas se souvenir de la fréquence à laquelle l'enfant parle de son adoption ou ne pas vouloir répondre à la question.

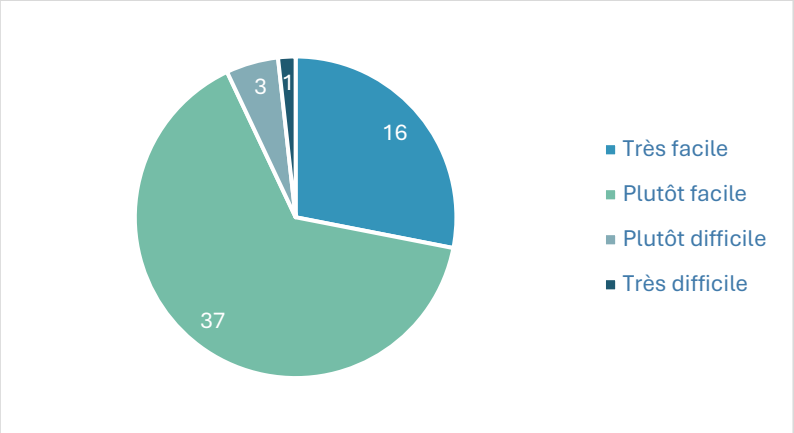
Figure 42. Fréquence à laquelle l'enfant a abordé le sujet de son adoption



Note. N=68.

Parmi les enfants qui abordent le sujet de leur adoption (n=57), les parents répondants se sont prononcés sur leur aisance à répondre aux questions posées par leur enfant (voir Figure 43). Pour la grande majorité des parents adoptifs (*n*=53 ou 93,0 %), répondre aux questions de leur enfant au sujet de son adoption est considéré comme très facile (*n*=16 ou 28,1 %) ou plutôt facile (*n*=37 ou 64,9 %). Une minorité de parents répondants considèrent cela difficile (*n*=4 ou 7,0 %).

Figure 43. Facilité à répondre aux questions de l'enfant à propos de son adoption

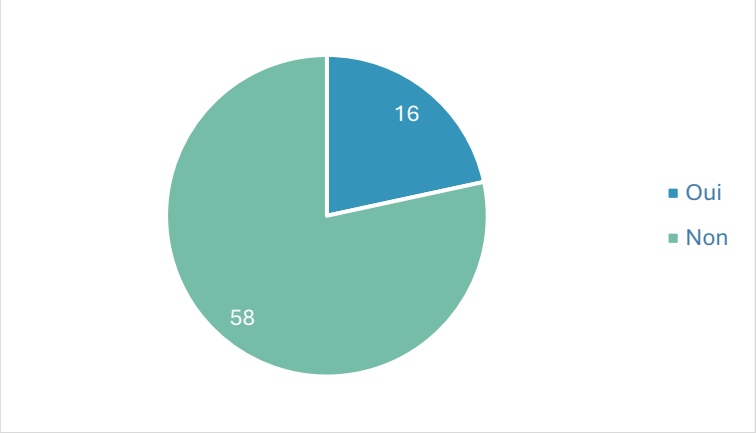


Note. N=57.

6.2.5. L'ADOPTION TRANSRACIALE

Les parents répondants pouvaient préciser si, de leur point de vue, l'adoption de leur enfant peut être considérée transraciale, c'est-à-dire que leur enfant a des origines raciales ou ethniques différentes des leurs. Les parents répondants considèrent que c'est le cas pour 21,6 % de leurs enfants adoptés en contexte québécois (voir Figure 44).

Figure 44. Nombre d'enfants en contexte d'adoption transraciale



Note. N=74.

Une version francophone, traduite par l'équipe de recherche pour les fins de la présente étude, de la section G – *Transracial Adoption Experiences* du *Vermont Permanency Survey* (Quality Improvement Center for Adoption & Guardianship Support and Preservation, 2021) a été utilisée afin de mesurer l'expérience des parents répondants qui rapportent une adoption transraciale. Les auteurs ne proposent aucune clé d'interprétation de cette échelle, composée de 16 items où les parents répondent par « oui » ou « non ». Ce questionnaire vise principalement à soutenir l'intervention auprès des familles adoptives afin de prévenir des ruptures relationnelles.

Sur le plan des répercussions familiales, 87,5 % des parents répondants (*n*=14) indiquent que l'adoption transraciale a entraîné des répercussions sur leur famille élargie, et 68,8 % (*n*=11) rapportent un impact sur leur bien-être personnel. En revanche, l'impact sur la relation conjugale n'est rapporté que par un parent répondant.

Sur le plan de l'identité culturelle et ethnique de l'enfant, 87,5 % des parents répondants estiment que leur enfant est à l'aise d'être dans une famille transraciale (*n*=14) et 81,3 % se disent confiants dans leur capacité à répondre aux besoins de leur enfant en fonction de son identité ethnique transraciale (*n*=13). Notamment, la majorité des parents répondants (62,5 %; *n*=10) dit être impliquée dans des groupes ou activités sociales reflétant l'origine ethnique ou culturelle de leur enfant, et une proportion équivalente indique avoir préparé des aliments associés à cette origine. Toutefois, seulement 37,5 % (*n*=6) ont des ami·es partageant la même origine ethnique ou culturelle que leur enfant et 31,3 % (*n*=5) ont choisi des personnes pour garder l'enfant ou des modèles partageant son origine ethnique.

Concernant les défis vécus par l'enfant, 75,0 % (*n*=12) des parents répondants rapportent que leur enfant a vécu des problèmes de discrimination raciale et 68,8 % (*n*=11) indiquent que leur enfant a des problèmes en lien avec le fait de faire partie d'une famille transraciale. À l'inverse, seulement un parent répondant estime que son enfant a des sources de soutien au sein de la famille adoptive, et un seul parent répondant se sent outillé pour aider son enfant lorsqu'il est victime de moqueries ou de discrimination en raison de son origine ethnique ou culturelle.

6.2.6. LA RELATION AVEC L'ENFANT ADOPTÉ EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Une version francophone, traduite par l'équipe de recherche pour les fins de la présente étude, du *Belonging and Emotional Security Tool (BEST* ; Frey et al., 2008) a été utilisée pour mesurer les émotions et les comportements associés à la sécurité émotionnelle des parents adoptifs dans leur vie familiale. Deux sous-échelles forment l'échelle principale *BEST*. La première consiste à mesurer la sécurité émotionnelle, soit la qualité émotionnelle de la relation entre la personne adoptée et son parent, alors que la deuxième mesure le sentiment d'appartenance à la famille. Le *BEST* est composé de 25 questions auxquelles la personne répondante accorde un score de 1 à 5 (complètement en accord à complètement en désaccord). Dans le cadre du questionnaire administré aux parents adoptifs pour la présente étude, seulement 21 questions ont été utilisées. Un faible score aux sous-échelles du *BEST* indique une forte sécurité émotionnelle et un fort sentiment d'appartenance.

Le tableau 80 indique que la quasi-totalité des parents répondants présentent une forte sécurité émotionnelle, avec des scores moyens variant entre 1 et 5 (*M*=1,2; *ÉT*=0,66), ainsi qu'un fort sentiment que l'enfant adopté appartient à leur famille adoptive, avec des scores moyens variant de 1 à 5 (*M*=1,14; *ÉT*=0,66). Un seul parent répondant a indiqué une faible sécurité émotionnelle et un faible sentiment d'appartenance pour ses deux enfants adoptés.

Tableau 80. Résultats à l'échelle *Belonging and Emotional Security Tool* (BEST)

Scores moyens	*n*	%
Sous-échelle sur la sécurité émotionnelle		
1,00-1,99	71	95,9
2,00-2,99	1	1,4
3,00-3,99	-	-
4,00-4,99	-	-
5,00	2	2,7
Sous-échelle de l'appartenance familiale		
1,00-1,99	72	97,3
2,00-2,99	-	-
3,00-3,99	-	-
4,00-4,99	-	-
5,00	2	2,7

Note. N=74.

Une version francophone, traduite par l'équipe de recherche pour les fins de la présente étude, du *Child to Parent Aggression Questionnaire* (Calvete et al., 2013) a été utilisée pour mesurer la violence psychologique et physique exprimée par les enfants adoptés à l'endroit de leurs parents adoptifs telle que rapportée par ces derniers. Le test, composé de 14 questions, mesure la fréquence de l'agression physique (4 items) et psychologique (10 items) dans la dernière année envers chacun des parents, allant d'une absence complète de comportements d'agression à une fréquence élevée (6 fois et plus). Dans le contexte de la présente étude, comme l'âge des enfants adoptés au moment où leurs parents répondent au questionnaire est variable (0-17 ans), aucune période de référence n'a été spécifiée, mais la fréquence était tout de même rapportée sur une année en moyenne.

Tableau 81. Incidents d'agression des enfants adoptés à l'endroit de leurs parents adoptifs

Type d'agression	*n*	%
Agression psychologique	65	87,8
Agression physique	49	66,2

Note. N=74.

Le Tableau 81 indique qu'une majorité de parents répondants rapporte avoir subi des comportements d'agression psychologique de la part de leur enfant adopté (87,8 %). Parmi les comportements les plus fréquemment rapportés, 58,1 % des parents répondants indiquent que leur enfant adopté les a insultés, dont 32,6 % mentionnent que cela se produit plusieurs fois (4-5 fois par année) ou très souvent (6 fois par année et plus).

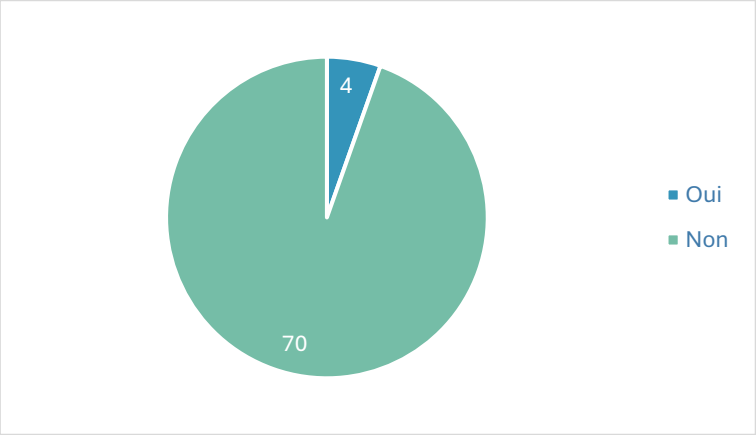
Environ les deux tiers des parents répondants rapportent aussi avoir subi des comportements d'agression physique de la part de leur enfant adopté. Le comportement le plus fréquent est celui d'avoir lancé des objets dans la direction du parent répondant, rapporté par 48,6 % d'entre eux.

Dans 41,7 % des cas, les parents répondants indiquent que cela se produit plusieurs fois (4-5 fois par année) ou très souvent (6 fois par année et plus). De plus, 41,9 % des parents répondants rapportent que leur enfant adopté leur a donné des coups de pied, des coups de poing et/ou des gifles, dont 38,7 % mentionnent que ces comportements se sont produits plusieurs fois (4-5 fois par année) ou très souvent (6 fois par année et plus).

6.2.7. L'IMPLICATION DE LA DPJ POST-ADOPTION

Les parents répondants ont été questionnés sur l'implication de la DPJ dans la vie de leur enfant adopté depuis le jugement d'adoption. La Figure 45 montre que cela est survenu pour seulement 5,4 % des jeunes adoptés (*n*=4).

Figure 45. Implication de la DPJ post-adoption



Note. N=74.

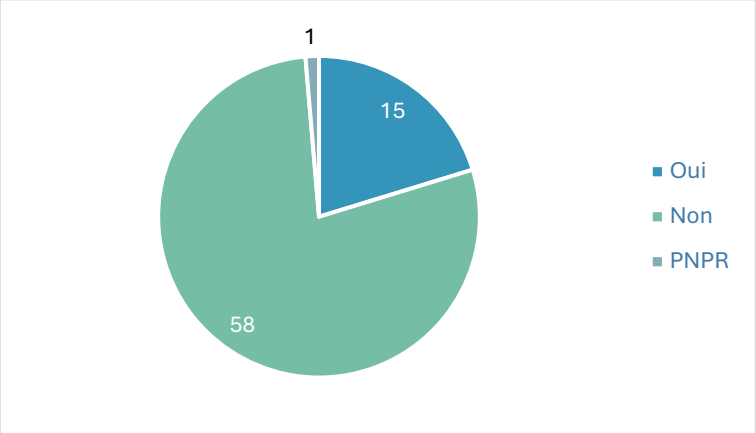
Les motifs de compromission rapportés par les parents répondants sont les troubles de comportements sérieux (*n*=3), la fugue (*n*=2), la négligence ou le risque sérieux de négligence (*n*=1), les mauvais traitements psychologiques (*n*=1) et le délaissement parental après un placement en vertu de la LSSSS (*n*=1). À noter que plusieurs motifs de compromission peuvent s'appliquer à un même jeune adopté.

Depuis le jugement d'adoption, un seul parent répondant rapporte que son enfant a été placé en centre de réadaptation, et ce, à l'âge de 15 ans. De plus, les parents répondants rapportent que deux jeunes adoptés ont été reconnus coupables d'un crime, soit agression sexuelle dans un cas, et grand excès de vitesse dans l'autre.

6.2.8. ENTENTES DE COMMUNICATION POST-ADOPTION

Les parents répondants ont été questionnés sur les ententes de communication dont ils ont pu ou non convenir avec des membres de la famille d'origine de l'enfant au moment de finaliser l'adoption. La Figure 46 montre que 20,3 % des parents répondants confirment l'existence d'une entente de communication avec des membres de la famille d'origine de leur enfant.

Figure 46. Ententes de communication post-adoption avec la famille d'origine



Note. N=74.

Parmi les 15 enfants adoptés pour lesquels le parent répondant indique qu'il y a eu une entente de communication après l'adoption, le Tableau 82 indique les membres de la famille d'origine qui sont impliqués dans ces ententes. À noter que plusieurs membres de la famille d'origine peuvent être impliqués dans une entente pour un même enfant.

Tableau 82. Membres de la famille d'origine impliqués dans l'entente de communication post-adoption

	n	%
Mère d'origine	11	73,0
Père d'origine	3	20,0
Grands-parents d'origine	3	20,0
Fratrie d'origine (incluant la demi-fratrie)	3	20,0

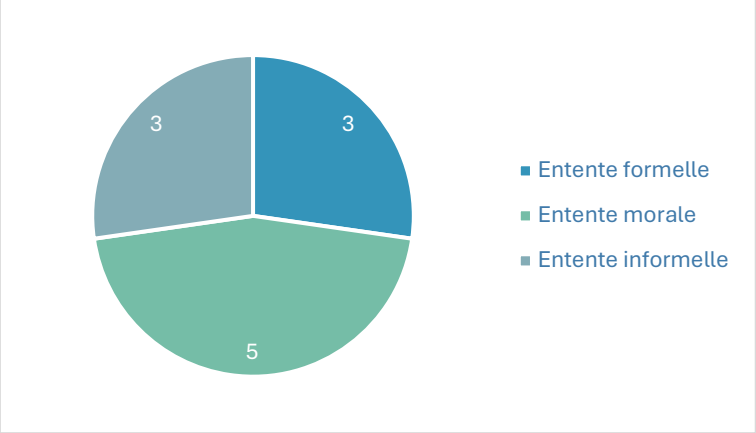
Note. N=15.

Le Tableau 82 permet de constater que les ententes de communication après l'adoption impliquent la mère d'origine dans une plus grande proportion (73,0 %). Les pères, les grands-parents et la fratrie d'origine sont aussi impliqués dans les ententes de communication, à part égale et dans une moindre mesure que les mères d'origine (20,0 % dans chaque cas).

Des changements législatifs ont été apportés en 2018 concernant les ententes de communication post-adoption. Ainsi, avant 2018, il était possible de convenir d'une entente morale, c'est-à-dire une entente signée entre les parents adoptifs et un ou plusieurs membres de la famille d'origine de l'enfant pouvant être consignée au dossier d'adoption de ce dernier. Toutefois, cette entente n'avait aucune valeur légale en cas de non-respect de la part d'une des parties. Depuis 2018, il est possible de convenir d'une entente formelle, telle que prévue à l'article 579 du Code civil du Québec, afin d'échanger des renseignements, ou encore de développer ou de maintenir des relations personnelles. Il s'agit d'une entente écrite déposée à la Chambre de la jeunesse, Cour du Québec, ce qui lui confère donc une valeur légale. En outre, peu importe le moment où l'adoption a été

prononcée, les parents adoptifs ont aussi la possibilité de convenir d'une entente informelle, c'est-à-dire d'un accord tacite qui n'est pas inscrit au dossier d'adoption de l'enfant. La Figure 47 présente le type d'entente qui a été convenu avec la mère d'origine, selon les parents répondants.

Figure 47. Type d'entente de communication post-adoption avec la mère d'origine



Note. N=11.

Parmi les 11 enfants adoptés pour lesquels les parents répondants rapportent avoir conclu une entente de communication post-adoption avec la mère d'origine, le plus souvent, il s'agit d'une entente morale (*n*=5). Les ententes formelles et informelles sont, quant à elles, également réparties, concernant chacune 3 enfants.

Un peu moins de la moitié de ces ententes (*n*=5) prévoient la participation de l'enfant aux échanges avec sa mère d'origine, alors que les autres ne l'incluent pas. Pour les 5 ententes prévoyant cette participation, l'âge auquel l'enfant est appelé à prendre part aux échanges varie de 1 à 7 ans (*M*=3,6; *ÉT*=2,3).

Concernant la nature de ces échanges, plusieurs modalités peuvent être prévues au sein d'une même entente. Ainsi, la modalité d'échanges la plus fréquemment rapportée par les parents répondants prend la forme de contacts par courriel ou via les réseaux sociaux (*n*=6), suivie de près par des contacts en personne (*n*=5) et des échanges de lettres ou de photos par l'intermédiaire de la DPJ (*n*=4). Deux parents répondants rapportent que les ententes prévoient des échanges de lettres ou de photos sans intermédiaire. En termes de fréquence de ces contacts ou échanges, toute modalité confondue, ils sont généralement prévus de 1 à 2 fois par année, sauf quelques exceptions (p.ex. 3 à 4 fois par année, mensuellement ou à la demande de l'enfant).

Tous les parents répondants, à l'exception d'un parent qui a préféré ne pas répondre, ont indiqué qu'au moment de participer à l'étude, la fréquence des contacts ou des échanges post-adoption avec la mère d'origine a été respectée. Dans la majorité des cas (*n*=9), les parents répondants indiquent que les contacts ou échanges avec la mère d'origine sont maintenus. Les autres (*n*=2) mentionnent que les contacts ont cessé.

Avec les pères d'origine, le seul type d'entente de communication post-adoption rapporté par les parents répondant est l'entente morale (*n*=3). Toujours selon les parents répondants, une seule de ces ententes prévoit la participation active de l'enfant aux échanges, à partir de l'âge de 4 ans.

Les contacts sont majoritairement par courriels ou par les réseaux sociaux (*n*=2), alors que dans un cas, il s'agit plutôt de contacts en personne. Tous types de contacts confondus, la fréquence prévue de ces contacts est 1 à 2 fois par année. Deux parents répondants rapportent que cette fréquence a été respectée, alors que le troisième indique que les contacts réels ont été moins fréquents que prévu. Au moment de leur participation à l'étude, tous les parents répondants (*n*=3) rapportent que les contacts avec le père d'origine sont maintenus.

Avec les grands-parents d'origine (*n*=3), les parents répondants rapportent des ententes morales (*n*=1) ou formelles (*n*=1) pour maintenir des échanges ou des contacts après l'adoption. Seulement une de ces ententes de communication prévoit que l'enfant adopté participe activement aux échanges avec les grands-parents d'origine, et ce, dès l'adoption.

Les modalités de contacts ou d'échanges prévues aux ententes de communication post-adoption avec les grands-parents d'origine sont des échanges de lettres ou de photos par l'intermédiaire de la DPJ (*n*=2) ou des contacts en personne (*n*=1). La fréquence prévue des échanges ou des contacts est de 1 à 2 fois par année (*n*=1) ou de 3 à 4 fois par année (*n*=2). Tous les parents répondants indiquent qu'au moment de participer à l'étude, la fréquence des échanges a été respectée dans toutes les ententes. Deux parents répondants indiquent que ces échanges sont d'ailleurs toujours en cours au moment de participer à l'étude, alors qu'un parent indique qu'il avait été convenu à même l'entente qu'elle soit d'une durée limitée, de sorte que les échanges ont cessé tel que prévu.

Enfin, avec les membres de la fratrie d'origine (*n*=3), les parents répondants rapportent des ententes de communication informelles (*n*=2) et une entente morale (*n*=1), dont une seule entente prévoit la participation active de l'enfant adopté à partir de l'âge de 7 ans.

Les parents répondants rapportent que l'entente de communication post-adoption avec la fratrie d'origine prévoit des contacts en personne (*n*=2), ainsi que des contacts par courriel ou par le biais des réseaux sociaux (*n*=2). La fréquence des contacts varie de quelques fois par année ou selon la demande de l'enfant. Deux parents répondants indiquent que les contacts ont toujours lieu au moment de leur participation à l'étude, alors que l'autre parent répondant précise que les contacts prévus à l'entente n'ont pas encore commencé.

QUE DOIT-ON RETENIR CONCERNANT LE PARCOURS D'ADOPTION SELON LE POINT DE VUE DES PARENTS ADOPTIFS?

- Tel que rapporté par les parents répondants, les enfants adoptés sont arrivés dans leur famille à l'âge moyen de 0,94 an (min. 0; max. 12). Les deux tiers des enfants ont moins d'un an à leur arrivée dans la famille.

- En majorité, les enfants sont accueillis dans un milieu familial formé d'un couple hétéroparental (75,7 %) où il n'y a pas d'autre enfant au moment de leur arrivée (54,1 %).
- Les enfants sont arrivés en moyenne 1,25 an après le début des démarches entreprises par les parents pour les accueillir (min 0; max. 7). 73 % des enfants sont arrivés dans leur famille adoptive dans un délai de moins de 2 ans.
- 52,7 % des enfants ont cohabité avec au moins un parent d'origine avant l'OPA.
- 74,2 % des enfants placés en FABM/FA/FAP ont eu des contacts avec au moins un membre de leur famille d'origine au cours de leur placement en vue d'adoption. La vaste majorité de ces enfants ont été en contact avec leur mère d'origine (93,9 %), alors que la moitié a été en contact avec leur père d'origine (51,0 %).
- La quasi-totalité des contacts vécus par les enfants avant l'adoption sont des contacts en personne, peu importe le membre de la famille d'origine. Lorsque ces contacts sont avec la mère, le père ou la fratrie d'origine, ils sont supervisés partiellement ou en totalité pour plus de 90 % des enfants. Alors que les contacts avec les grands-parents d'origine sont supervisés pour 68,2 % des enfants.
- La durée moyenne des contacts avant l'adoption est de 1,77 an (min. 0; max. 7). Environ la moitié des enfants ont vécu des contacts avant l'adoption pendant moins de 12 mois (51,0 %).
- Les parents qui ont adopté en tant que FABM/FA/FAP ont été en contact avec au moins un membre de la famille d'origine de leur enfant dans 57,6 % des cas. Parmi eux, la quasi-totalité ont été en contact avec la mère d'origine (94,7 %). Ces contacts se passent généralement avant ou après les visites supervisées de l'enfant.
- Concernant les enfants en adoption régulière (*n*=8), les parents répondants rapportent avoir été en contact avec la mère d'origine avant le jugement d'adoption dans seulement 3 cas.
- La quasi-totalité des enfants savent qu'ils sont adoptés selon les parents répondants (91,9 %).
- Environ la moitié des enfants abordent le sujet de leur adoption quelques fois par année ou moins (51,5 %), alors que 10,3 % n'en parlent jamais. La forte majorité des parents répondants indique trouver plutôt facile ou très facile d'y répondre (93,0 %).
- Les parents répondants indiquent que 21,6 % des enfants sont adoptés de manière transraciale.
- La quasi-totalité des parents répondants rapportent une forte sécurité émotionnelle (95,9 %) et un fort sentiment que l'enfant appartient à la famille (97,3 %).
- Les parents répondants rapportent des comportements d'agression psychologique chez 87,8 % des enfants adoptés et des comportements d'agression physique chez 66,2 % des enfants adoptés.
- Les parents répondants rapportent une implication de la DPJ après l'adoption pour seulement 5,4 % des enfants, le plus souvent en raison de troubles de comportement sérieux et de fugue. Un seul parent rapporte que son jeune a été placé en CR à l'âge de 15 ans. Deux parents rapportent aussi que leur jeune a été reconnu coupable d'une infraction criminelle à l'adolescence.
- Une entente de communication post-adoption a été convenue pour 20,3 % des enfants, majoritairement avec la mère d'origine. Le plus souvent, il s'agit d'une entente morale. Un peu moins de la moitié des ententes avec la mère prévoient la participation de l'enfant, à des âges

variant de 1 à 7 ans (âge moyen : 3,6 ans). Différentes modalités sont prévues, dont les principales sont : des contacts par courriel ou via les réseaux sociaux, des contacts en personne et des échanges de lettres ou photos par l'intermédiaire du DPJ.

6.3. QUESTIONNAIRE SUR LE PARCOURS SCOLAIRE, LES SERVICES ET LES RETROUVAILLES

Tel que mentionné précédemment, parmi les 144 parents qui ont complété le questionnaire principal, 106 ont accepté de recevoir des questionnaires supplémentaires sur la situation de leurs enfants adoptés en contexte québécois âgés de moins de 18 ans, pour un total de 137 enfants adoptés. De ce nombre, les parents de 43 enfants n'ont jamais cliqué sur l'hyperlien vers le questionnaire sur le parcours d'adoption. Parmi les 94 questionnaires qui ont été ouverts, 7 parents se sont arrêtés dès les premières questions, de sorte que leurs réponses n'ont pu être comptabilisées. Par conséquent, la présente section rapporte les résultats du questionnaire sur le parcours d'adoption pour un total de **87 enfants**.

Les résultats de ce questionnaire sont divisés en 3 sections :

- La première section porte sur le parcours scolaire de l'enfant adopté;
- La seconde section aborde les besoins et l'utilisation de services pour l'enfant adopté;
- La troisième section présente l'expérience des retrouvailles avec des membres de la famille d'origine, le cas échéant.

6.3.1. PARCOURS SCOLAIRE

Les parents adoptifs répondants ont indiqué le niveau de scolarité actuel de leur enfant adopté en contexte québécois (voir Tableau 83). Les parents répondants rapportent que la majorité des enfants adoptés (71,3 %) est actuellement engagé dans un parcours scolaire, que ce soit dans un établissement d'enseignement ou par scolarisation à la maison. Les autres enfants n'ont pas encore commencé l'école en raison de leur jeune âge, à l'exception d'un jeune adopté qui a décroché de l'école avant de recevoir son diplôme d'études secondaires (DES).

Tableau 83. Niveau de scolarité de l'enfant adopté

Niveau de scolarité	*n*	%
N'a pas encore commencé l'école	24	27,6
Est actuellement scolarisé	62	71,3
Niveau préscolaire	9	14,5
Niveau primaire	38	61,3
Niveau secondaire	14	22,6
Études professionnelles (DEP)	1	1,6
A décroché avant son diplôme d'études secondaires (DES)	1	1,6

Note. N=87.

Parmi les 63 enfants qui ont commencé un parcours scolaire, les parents répondants rapportent que 12 enfants adoptés ont vécu au moins un changement d'école (19,0 %), excluant le changement d'école dû à la transition du primaire vers le secondaire. Parmi eux, 5 enfants ont vécu des changements d'école au primaire et au secondaire (41,7 %). Le Tableau 84 présente le niveau scolaire auquel l'enfant a vécu ce changement et les raisons sous-jacentes à ces changements.

Tableau 84. Changements d'école au primaire et/ou au secondaire

Caractéristiques du changement d'école	*n*	%
Niveau scolaire		
Primaire	10	83,3
Secondaire	6	50,0
Raison sous-jacente		
Besoins particuliers	7	58,3
Déménagement	5	41,7
Changement de programme ou de concentration	1	8,3
Expulsion	1	8,3

Note. N=12.

Les enfants qui ont changé d'école primaire ont fréquenté de 2 à 4 écoles différentes (*M*=2,4; *ÉT*=0,7), de même que les enfants qui ont changé d'école secondaire (*M*=2,6; *ÉT*=0,89).

En ce qui concerne les raisons pour lesquelles un changement d'école a été nécessaire, certains parents ont indiqué plus d'une réponse. Dans une majorité de cas, la raison évoquée renvoie à l'incapacité de l'école à répondre aux besoins particuliers de l'enfant. La seconde raison la plus fréquemment évoquée par les parents répondants est un déménagement. Alors que l'expulsion de l'école est le motif évoqué pour un seul enfant adopté, il est intéressant de noter qu'un nombre plus important, soit 11 enfants adoptés, se sont fait suspendre ou expulser de l'école durant leur cheminement scolaire (17,5 %) selon les parents répondants.

Les parents répondants indiquent que 14 enfants adoptés ont fait partie d'une classe spécialisée en raison de difficultés au cours de leur parcours scolaire (22,2 %; voir Tableau 85). Certains parents ont identifié plus d'un type de difficulté pour laquelle leur enfant a fréquenté une classe spécialisée.

Tableau 85. Difficultés justifiant le cheminement en classe spécialisée

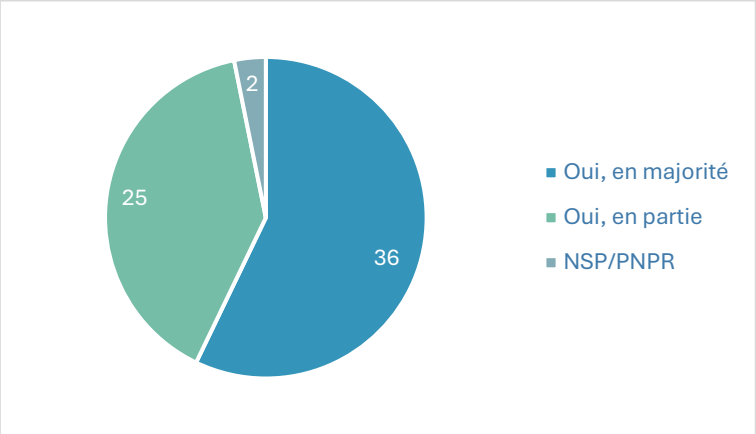
	n	%
Difficultés d'apprentissage	8	57,1
Difficultés de langage ou d'élocution	2	14,3
Troubles affectifs	2	14,3
TSA (classe TEACCH)	2	14,3
Autres difficultés	3	21,4

Note. N=14.

La majorité de ces enfants a fréquenté une classe spécialisée en raison de difficultés d'apprentissage (57,1 %). Outre les difficultés mentionnées dans le Tableau 85, quelques parents ont identifié d'autres difficultés chez leur enfant qui ont nécessité qu'il fréquente une classe spécialisée, telles que : déficience intellectuelle modérée à sévère (programme CAPS), enjeux de santé mentale importants, ainsi que troubles du comportement.

Les parents ont été questionnés sur le dévoilement du statut d'adoption de leur enfant au personnel scolaire (voir Figure 48). À l'exception de deux enfants pour lesquels ils indiquent ne pas savoir ou ne pas vouloir répondre, tous les parents adoptifs mentionnent que le personnel scolaire était au courant du statut d'adoption de l'enfant, en majorité (*n*=36 ou 57,1 %) ou en partie (*n*=25 ou 39,7 %).

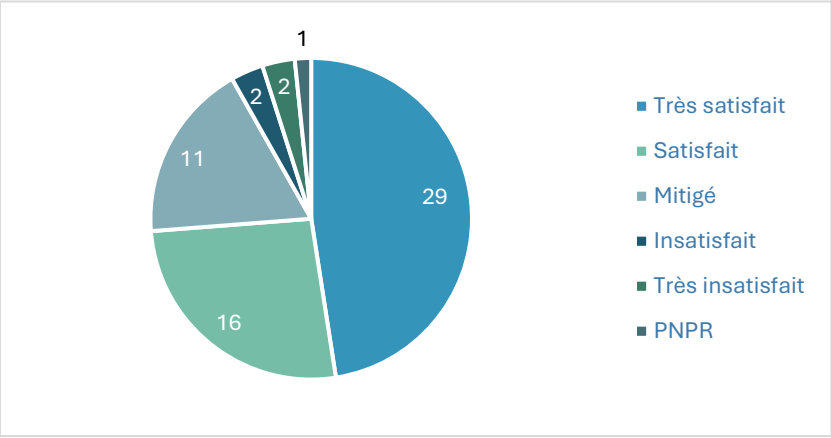
Figure 48. Personnel scolaire au courant du statut d'adoption de l'enfant



Note. N=63.

Selon la Figure 49, la grande majorité des parents répondants indique être très satisfait·es ou satisfait·es de la sensibilité et de la réceptivité du personnel scolaire à l'égard du statut d'adoption de l'enfant et des enjeux pouvant en découler (*n*=45 ou 73,8 %), alors que 18,0 % se disent mitigés (*n*=11). Seulement 4 parents répondants indiquent de l'insatisfaction quant à la sensibilité et à la réceptivité du personnel scolaire aux enjeux d'adoption de leur enfant.

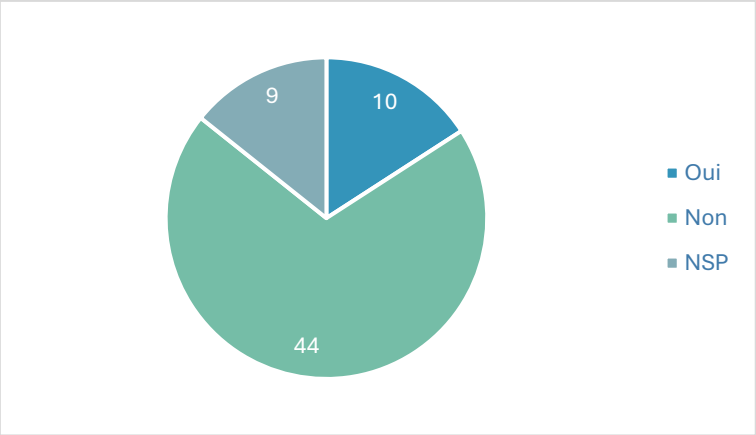
Figure 49. Niveau de satisfaction des parents répondants



Note. N=61.

La Figure 50 indique que, selon les parents répondants, la majorité des enfants adoptés n'aurait jamais fait l'objet de moqueries, de railleries ou d'intimidation à l'école en raison de leur statut d'adoption (*n*=44 ou 69,8 %), alors que 15,9 % en auraient vécu (*n*=10).

Figure 50. Moqueries ou intimidation en raison du statut d'adoption



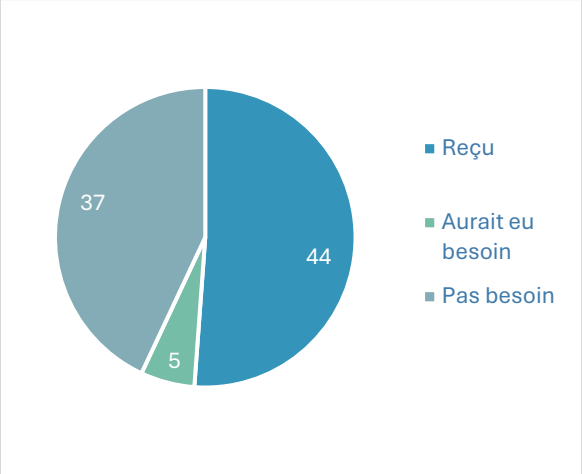
Note. N=63.

Les parents répondants ont aussi indiqué, lorsque cela s'applique, si leur enfant adopté a fait l'objet de moqueries, de railleries ou d'intimidation à l'école en raison de son appartenance à une minorité visible ou en raison de l'appartenance de ses parents à la communauté LGBTQ+. Dans le premier cas, sur un total de 34 enfants appartenant à une minorité visible, seulement 4 d'entre eux auraient vécu des moqueries, des railleries ou de l'intimidation à l'école (11,8 %). Dans le second cas, sur 23 enfants dont les parents appartiennent à la communauté LGBTQ+, seulement 2 auraient été victimes de moqueries, de railleries ou d'intimidation selon leurs parents (8,7 %).

6.3.2. BESOINS ET UTILISATION DES SERVICES POUR L'ENFANT ADOPTÉ

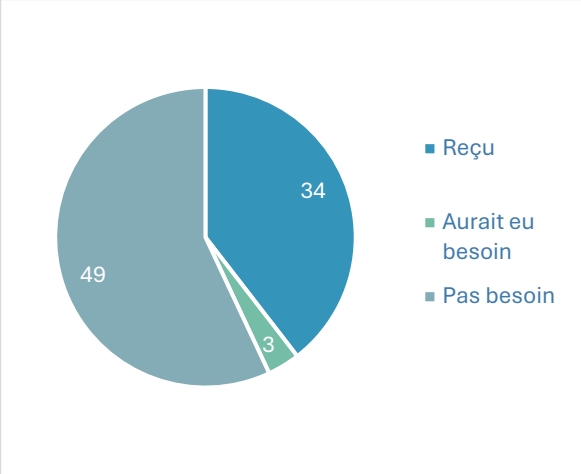
Les parents répondants ont été questionnés sur différents services dont leur enfant adopté pourrait avoir eu besoin. Les Figures 51 à 56 présentent les principaux services que les enfants ont reçus ou dont ils auraient eu besoin mais qu'ils n'ont pas reçus, selon les parents répondants.

Figure 51. Orthophonie



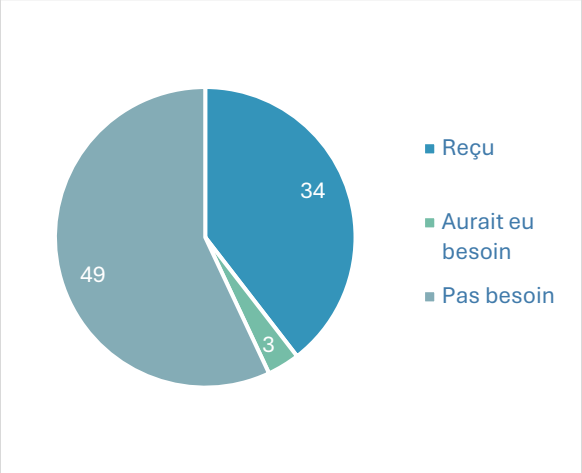
Note. N=86.

Figure 52. Psychoéducation



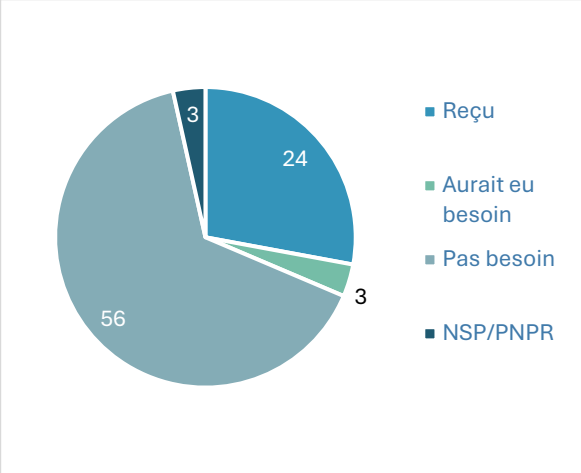
Note. N=86.

Figure 53. Travail social



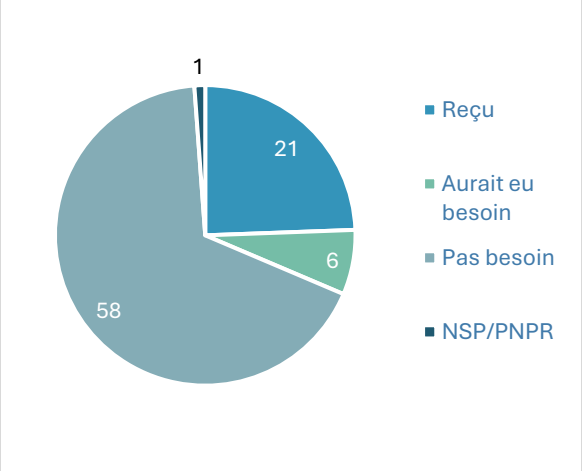
Note. N=86.

Figure 54. Orthopédagogie



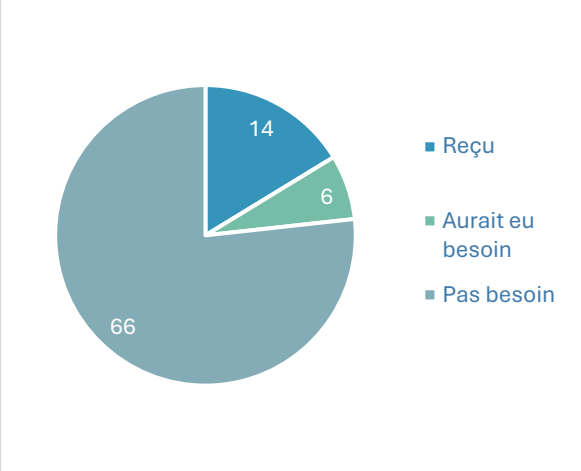
Note. N=86.

Figure 55. Psychologie



Note. N=86.

Figure 56. Pédopsychiatrie

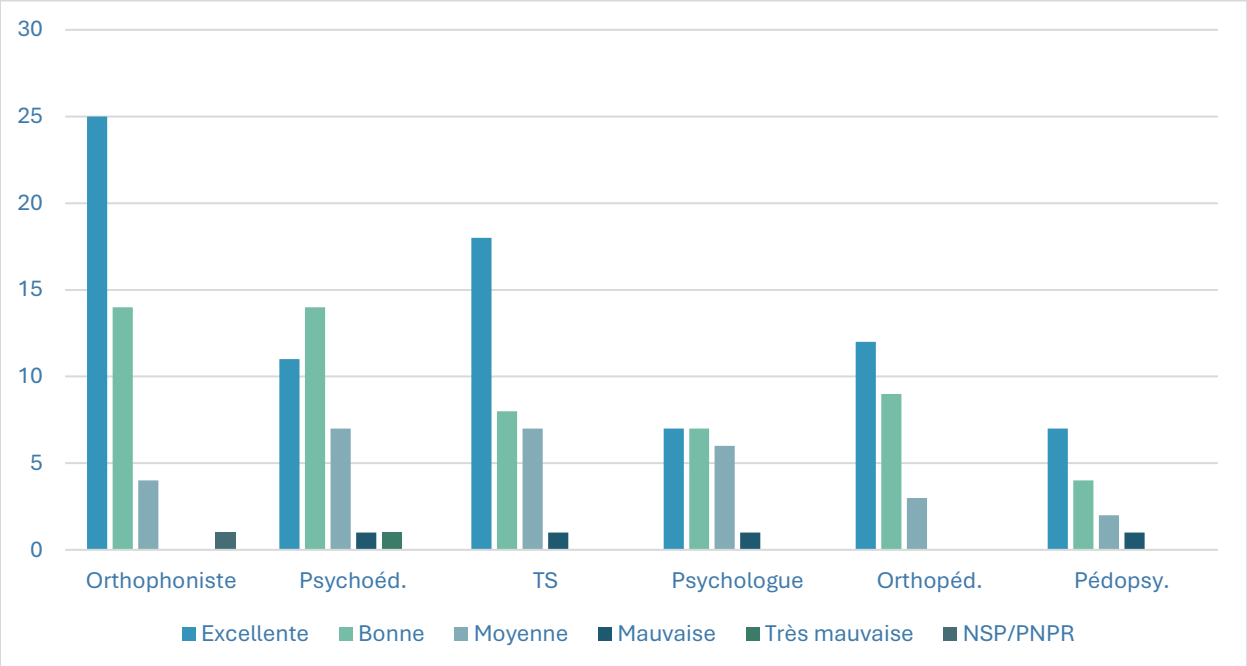


Note. N=86.

Les services les plus fréquemment utilisés par les enfants adoptés sont ceux d'orthophonie (51,2 %), de psychoéducation (39,5 %) et de travail social (39,5 %). À l'exception des services en orthophonie, les parents répondants indiquent en majorité que leur enfant n'a pas eu besoin de ces services (57,0 à 76,7 %). De plus, pour chacun des services, une minorité de parents répondants indiquent que leur enfant en aurait eu besoin, mais ne les a pas reçus (3,4 à 7,0 %). Dans ces situations, tout service confondu, le fait que le service n'était pas disponible ou n'existait pas, à leur connaissance, est le motif le plus fréquemment évoqué, plus particulièrement dans le cas de services en pédopsychiatrie. Autrement, la moitié des parents répondants qui estiment que leur enfant aurait eu besoin de services en psychologie indique que ce service n'a pas été reçu parce que l'enfant l'a refusé. D'autres motifs sont également évoqués, tels que le fait d'être en attente de services ainsi que l'absence de services spécialisés à l'école fréquentée par l'enfant.

Les parents adoptifs expriment que leur enfant a généralement reçu des services de bonne ou d'excellente qualité (voir Figure 57). Les services en orthophonie et en orthopédagogie sont jugés de bonne ou d'excellente qualité pour plus de 87 % des enfants adoptés ayant reçu ces services, alors que les services en travail social et en pédopsychiatrie sont perçus de bonne ou d'excellente qualité pour plus de 76 % des enfants adoptés ayant reçu ces services. Les services en psychoéducation sont jugés de bonne ou d'excellente qualité dans 73,5 % des cas, alors que les services en psychologie sont jugés de bonne ou d'excellente qualité dans les deux tiers des cas. Seuls quelques parents répondants ont estimé que les services reçus en psychoéducation, en travail social, en psychologie ou en pédopsychiatrie étaient de mauvaise ou de très mauvaise qualité.

Figure 57. Qualité perçue des services reçus pour l'enfant adopté



Note. N=86.

6.3.3. RETROUVAILLES

Les parents répondants indiquent que des démarches de retrouvailles ont été réalisées pour 11 enfants adoptés (12,8 %). Le Tableau 86 présente les membres de la famille d'origine avec lesquels ces démarches ont été entreprises. Pour 4 enfants, des démarches ont été entreprises avec plus d'un membre de la famille d'origine (4,7 %).

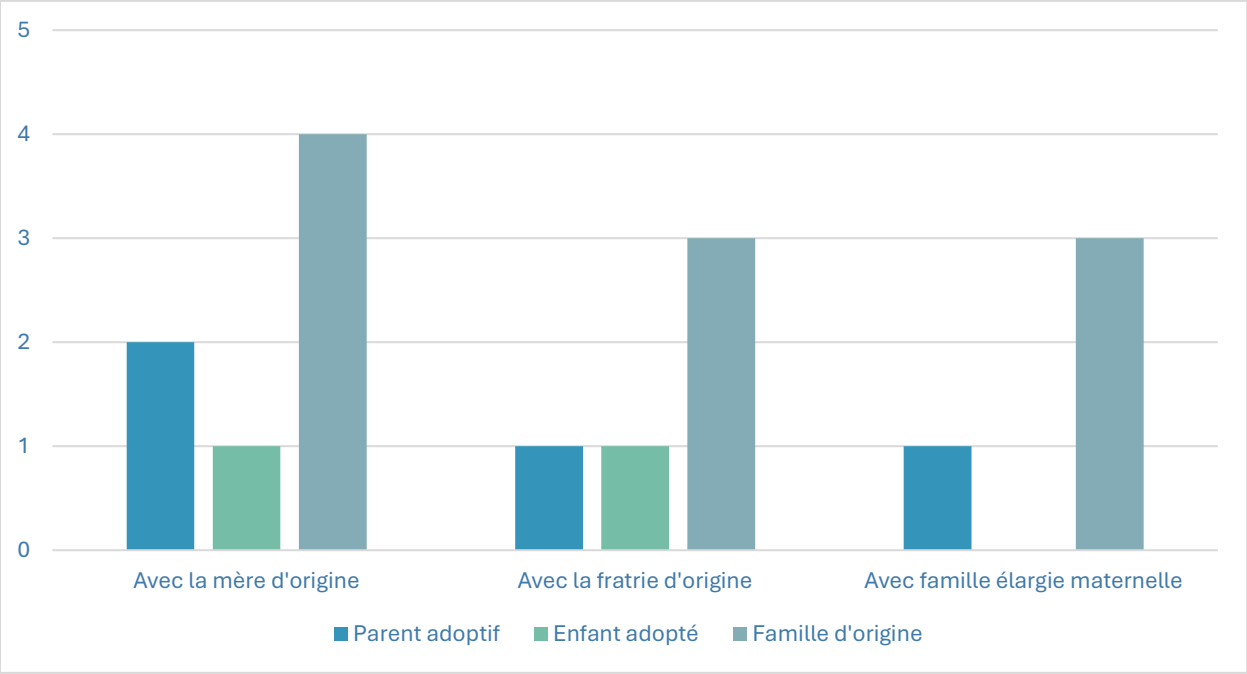
Tableau 86. Membres de la famille d'origine concernées par les démarches de retrouvailles

	n	%
Mère d'origine	7	63,6
Fratrie d'origine (incluant la demi-fratrie)	5	45,4
Autre membre de la famille d'origine du côté maternel	4	36,4

Note. N=11.

La Figure 58 présente quels membres de la triade adoptive ont entrepris les démarches de retrouvailles en fonction du membre de la famille d'origine ciblé par ces démarches. On constate que peu importe le membre de la famille d'origine qui est visé par les démarches de retrouvailles, ce sont majoritairement les membres de la famille d'origine qui initient ces démarches, généralement deux à trois fois plus fréquemment que les parents adoptifs ou l'enfant adopté lui-même.

Figure 58. Membre de la triade adoptive qui a entrepris les démarches de retrouvailles

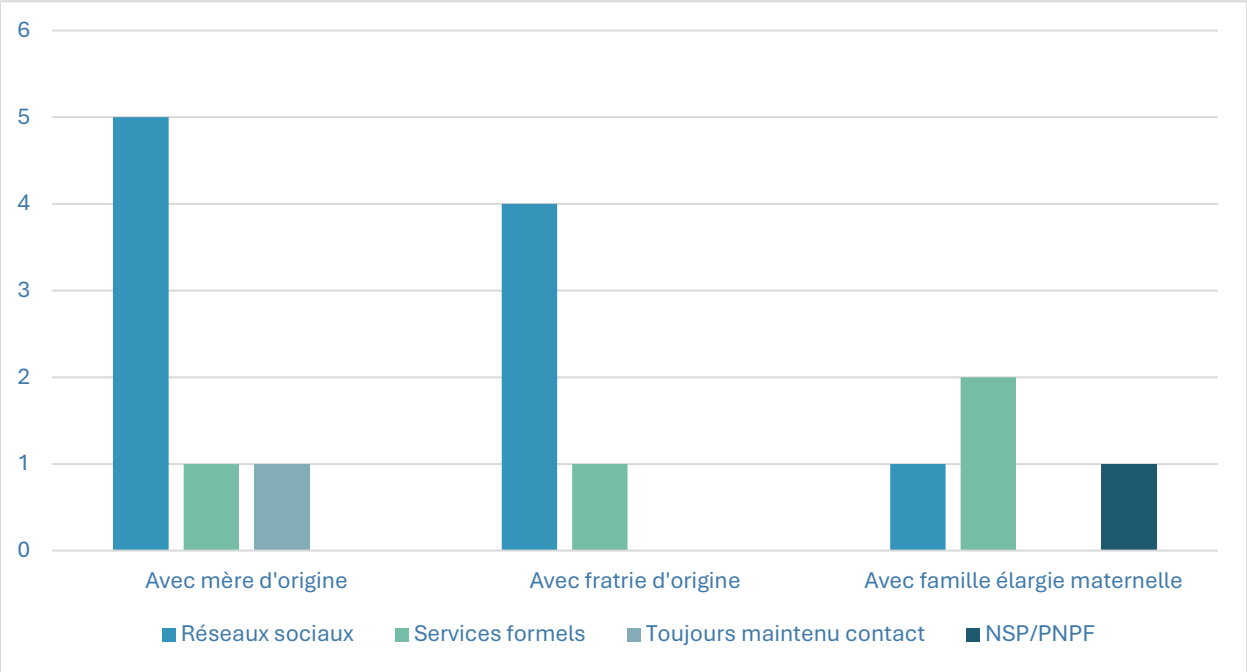


Note. N=11.

La Figure 59 présente les moyens par lesquels les démarches de retrouvailles ont été réalisées. Les démarches de retrouvailles réalisées avec la mère ou la fratrie d'origine se sont majoritairement

déroulées par le biais des réseaux sociaux (71,4 à 80 % des cas). Deux des quatre situations de retrouvailles avec les membres de la famille élargie maternelle ont eu lieu parce qu'une lettre rédigée par la famille d'origine a été déposée dans le dossier d'adoption de l'enfant et les parents adoptifs y ont eu accès au moment du jugement d'adoption. Dans une situation de retrouvailles avec la mère d'origine, les parents adoptifs ont choisi de maintenir des contacts avec elle à la suite du jugement d'adoption.

Figure 59. Moyens utilisés pour les démarches de retrouvailles



Note. N=11.

Le Tableau 87 présente l'âge de l'enfant adopté au moment des démarches de retrouvailles avec un ou plusieurs membres de sa famille d'origine. Les démarches de retrouvailles avec des membres de la famille élargie du côté maternel ont été exclues de ce tableau en raison d'un nombre trop important de données manquantes. Dans le cadre des démarches de retrouvailles avec la mère d'origine, les enfants concernés ont entre 5 et 13 ans (*M*=8,71; *ÉT*=3,61), alors que dans le cadre des démarches de retrouvailles avec la fratrie d'origine, ils ont entre 2 et 13 ans (*M*=8,61; *ÉT*=6,02).

Tableau 87. Âge de l'enfant au moment des démarches de retrouvailles

	Avec mère d'origine[1]		Avec fratrie d'origine[2]	
	n	%	*n*	%
0-5 ans	2	28,6	2	40,0
6-11 ans	3	42,8	-	-
12-17 ans	2	28,6	3	60,0

Note. [1]*N=7.* [2]*N=5.*

En majorité, les parents répondants indiquent que les démarches de retrouvailles entreprises avec la fratrie d'origine ou les membres de la famille élargie du côté maternel ont donné lieu à au moins un contact entre l'enfant adopté et ces personnes (tous à l'exception d'une situation avec la fratrie d'origine). Tous ces contacts ont encore lieu au moment de la participation des parents répondants à l'étude. Toutefois, dans le cas des démarches de retrouvailles avec la mère d'origine, seulement 1 des 7 enfants adoptés a eu des contacts avec cette dernière, mais ces contacts n'avaient plus lieu au moment de la participation à l'étude.

QUE DOIT-ON RETENIR DU PARCOURS SCOLAIRE, DES SERVICES ET DES RETROUVAILLES POUR LES ENFANTS ADOPTÉS?

Concernant le parcours scolaire :

- À une exception près, les enfants adoptés, âgés de moins de 18 ans, sont tous engagés dans un parcours scolaire ou n'ont pas encore l'âge d'entrée à la maternelle.
- Près d'un enfant adopté sur 5 a vécu un ou plusieurs changements d'école au primaire et/ou au secondaire pour d'autres motifs que la transition du primaire au secondaire (19,0 %), principalement afin de trouver une meilleure réponse à ses besoins particuliers ou en raison d'un déménagement.
- Un peu plus d'un enfant adopté sur 5 (22,2 %) a fait partie d'une classe spécialisée au cours de son parcours scolaire, principalement en raison de difficultés d'apprentissage.
- Une partie ou la majorité du personnel scolaire est au courant que les enfants sont adoptés et la majorité des parents adoptifs répondants (74 %) expriment de la satisfaction à l'égard de la réceptivité et de la sensibilité du personnel scolaire à l'égard des enjeux pouvant découler du statut d'adopté de leur enfant.
- Selon les parents adoptifs répondants, la majorité des enfants adoptés n'aurait pas subi d'intimidation en raison de leur statut d'adopté (70 %).

Concernant les besoins et l'utilisation de services pour l'enfant adopté :

- Les services les plus fréquemment utilisés par les enfants adoptés sont ceux d'orthophonie (51,2 %), de psychoéducation (39,5 %) et de travail social (39,5 %) et l'évaluation de la qualité par les parents adoptifs à l'égard de ces services est majoritairement positive. Toutefois, les parents adoptifs répondants perçoivent en majorité que leurs enfants adoptés n'ont pas besoin de ces services. Dans les quelques situations où le parent perçoit que l'enfant aurait eu besoin de services mais ne les a pas reçus, le motif le plus souvent évoqué est le manque de disponibilité ou l'inexistence du service, surtout en pédopsychiatrie.

Concernant les retrouvailles avec la famille d'origine :

- Une minorité de parents adoptifs répondants indiquent que des démarches de retrouvailles ont été réalisées au moment de leur participation à l'étude (*n*=11 enfants).
- Le plus souvent, ces démarches impliquent la mère d'origine (*n*=7), mais aussi la fratrie (*n*=5) ou des membres de la famille élargie du côté maternel (*n*=4).

- Le plus souvent, ces démarches sont initiées par la famille d'origine et par le biais des réseaux sociaux.
- Les enfants adoptés sont âgés en moyenne de 8 ans au moment des démarches de retrouvailles.
- Les enfants adoptés ne sont généralement pas impliqués dans les contacts avec la mère d'origine, mais sont tous impliqués dans les contacts avec la fratrie et la famille élargie.
- Au moment de leur participation à l'étude, les contacts avec la fratrie et la famille élargie d'origine sont toujours actifs, mais la plupart des contacts avec la mère d'origine se sont arrêtés.

CHAPITRE 7. RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS PAR LES PERSONNES ADOPTÉES ADULTES

Geneviève PAGÉ
Lyzanne THIBEAULT
Angélik LEPAGE-CABECEIRAS
Daphné FALLU

La présente section du rapport fait état des résultats issus de 16 questionnaires en ligne ayant été complétés par des personnes adultes ayant été adoptées en contexte québécois depuis 1990. Les résultats provenant de ce questionnaire en ligne sont divisés en huit sections distinctes :

- La première partie rend compte des informations sociodémographiques des personnes adoptées adultes répondantes;
- La seconde partie fait état du portrait de leur famille adoptive;
- La troisième section présente leur consommation de substances psychoactives et l'adoption de comportements à risque dans l'enfance et l'adolescence, le cas échéant;
- La quatrième section aborde leur cheminement scolaire et professionnel;
- La cinquième partie expose différentes dimensions de leurs relations avec leurs parents adoptifs et leurs pairs;
- La sixième partie porte sur leur expérience en tant que personnes adoptées;
- La septième section fait état de leur niveau de curiosité par rapport à leurs origines et leur expérience de contacts avec les membres de leur famille d'origine depuis que le jugement d'adoption a été prononcé;
- La dernière section présente leurs besoins et leur utilisation de services avant et depuis leurs 18 ans.

7.1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES CONCERNANT LES PERSONNES ADOPTÉES ADULTES RÉPONDANTES

Le tableau 88 présente certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes adoptées adultes ayant répondu au questionnaire en ligne, soit leur âge, leur genre et leurs origines ethnoculturelles. Ainsi, les personnes adoptées sont âgées de 18 à 40 ans au moment de répondre au questionnaire en ligne (*M*=25,75 ans; *ET*=7,16 ans). La plupart d'entre elles ont moins de 30 ans (*n*=11).

De plus, trois personnes répondantes sur quatre s'identifient au genre féminin. Toutes les personnes répondantes sont cisgenres, c'est-à-dire qu'elles s'identifient au même genre que celui qui leur a été assigné à la naissance. Concernant leur orientation sexuelle, la majorité des personnes répondantes s'identifient comme hétérosexuelles (*n*=13) alors que deux personnes s'identifient à la diversité sexuelle. Une personne adoptée a préféré ne pas répondre à cette question.

Enfin, la plupart des personnes adoptées répondantes sont d'origine québécoise ou canadienne (*n*=10). Concernant leur lieu de naissance, la majorité des personnes adoptées indique être née au Québec (*n*=13), alors que les autres sont nées dans une autre province ou territoire canadien (*n*=2) ou dans un autre pays (*n*=1).

Tableau 88. Âge, genre et origines ethnoculturelles des personnes adoptées

Caractéristiques des personnes adoptées	*n*	%
Âge de la personne adoptée		
18-24 ans	8	50,0
25-29 ans	3	18,8
30-34 ans	2	12,5
35-39 ans	2	12,5
40 ans et plus	1	6,3
Genre		
Féminin	12	75,0
Masculin	4	25,0
Origines ethnoculturelles		
Origines québécoises / canadiennes	10	63,5
Origines latino-américaines	2	12,5
Origines autochtones (Canada)	1	6,3
Origines caribéennes / antillaises	1	6,3
Origines arabes	1	6,3
Origine africaines	1	6,3

Note. N=16.

Le tableau 89 présente la région administrative où les personnes adoptées répondantes résident, leur principale occupation au moment de répondre au questionnaire et leur revenu familial brut au cours de l'année précédant leur participation à l'étude. Concernant le lieu de résidence, le tableau 89 indique que les personnes adoptées répondantes habitent dans neuf régions administratives différentes. La plupart résident à Montréal (*n*=5), ainsi que dans les régions de la Capitale-Nationale (*n*=2), de Lanaudière (*n*=2) et des Laurentides (*n*=2). De plus, la majorité des personnes répondantes est salariée ou à la recherche d'un emploi (*n*=11). Près de la moitié d'entre elles indiquent avoir un revenu familial brut de 50 000 $ ou moins (*n*=7), alors que 5 personnes rapportent un revenu familial brut de 100 000 $ et plus. Deux personnes adoptées ont refusé de répondre à cette question.

Tableau 89. Lieu de résidence, occupation et revenu familial

Caractéristiques des personnes adoptées	*n*	%
Région administrative de résidence		
Montréal	5	31,3
Capitale-Nationale	2	12,5
Lanaudière	2	12,5

Caractéristiques des personnes adoptées	*n*	%
Laurentides	2	12,5
Bas-Saint-Laurent	1	6,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1	6,3
Mauricie	1	6,3
Laval	1	6,3
Montérégie	1	6,3
Principale occupation		
Travailleur·se salarié·e	8	50,0
Aux études	5	31,3
À la recherche d'un emploi	3	18.8
Revenu familial brut		
Moins de 25 000$	4	25,0
25 001 à 50 000 $	3	18,9
50 001$ à 75 000$	1	6,3
75 001$ à 100 000$	1	6,3
100 001$ à 125 000$	2	12,5
125 001$ à 150 000$	2	12,5
151 000$ à 175 000$	-	-
175 001$ à 200 000$	1	6,2
Préfère ne pas répondre	2	12,5

Note. N=16.

Enfin, le Tableau 90 présente les informations concernant l'état civil ainsi que le statut parental des personnes adoptées ayant répondu au questionnaire en ligne. Trois personnes adoptées répondantes sur quatre ne sont pas en relation au moment de répondre au questionnaire en ligne (*n*=12). Alors qu'une majorité des personnes répondantes n'a pas encore d'enfant, un peu moins de la moitié d'entre elles indique qu'elles aimeraient adopter un enfant (*n*=6). Une seule personne répondante ne sait pas si elle veut avoir des enfants. Les personnes répondantes qui sont parents ont un seul enfant, avec lequel elles ont une filiation biologique.

Tableau 90. État civil et statut parental

Caractéristiques de la personne adoptée	*n*	%
État civil		
Marié·e	1	6,3
Conjoint·e de fait ou union de fait	3	18,8
Séparé·e	1	6,3
Veuf·ve	1	6,3
Célibataire	10	62,5

Caractéristiques de la personne adoptée	*n*	%
Statut parental		
Parent d'au moins un enfant	3	18,8
Aimerait avoir un enfant	12	75,0
Ne sait pas	1	6,3

Note. N=16.

7.2. PORTRAIT DE LA FAMILLE ADOPTIVE

Le tableau 91 présente le type d'adoption, l'établissement où elle s'est finalisée et la décennie dans laquelle les personnes répondantes ont été adoptées. Les personnes répondantes ont été adoptées entre 1990 et 2013. La plupart ont d'abord été placées en famille d'accueil banque mixte ou régulière avant d'être adoptées par cette famille (*n*=11). Une personne a indiqué ne pas savoir dans quel établissement elle a été adoptée.

Tableau 91. Types d'adoption, établissement où l'adoption s'est finalisée et décennie d'adoption

Caractéristiques de l'adoption	*n*	%
Type d'adoption		
Adoption régulière	5	31,3
Adoption par l'entremise du programme banque mixte	8	50,0
Adoption par la famille d'accueil régulière	3	18,8
Établissement où l'adoption s'est finalisée		
Montréal – Centre jeunesse de Montréal	6	37,5
Capitale-Nationale	2	12,5
Laurentides	2	12,5
Bas-Saint-Laurent	1	6,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1	6,3
Mauricie	1	6,3
Estrie	1	6,3
Outaouais	1	6,3
Ne sait pas	1	6,3
Décennie d'adoption		
1990-1999	7	43,8
2000-2009	8	50,0
2010-2019	1	6,3

Note. N=16.

Le tableau 92 présente l'âge auquel les personnes adoptées répondantes sont arrivées dans leur famille adoptive ainsi que l'âge qu'elles avaient au moment du jugement d'adoption. Trois personnes adoptées répondantes sur quatre indiquent être arrivées dans leur famille adoptive entre

0 et 6 mois. En revanche, la plupart avaient 2 ans ou plus au moment où le tribunal de la jeunesse a officialisé leur adoption (*n*=10).

Tableau 92. Âge à l'arrivée dans la famille adoptive

Âge	À l'arrivée dans la famille adoptive		Au jugement d'adoption	
	n	%	*n*	%
Entre 0 et 6 mois	12	75,0	3	18,8
Entre 7 et 12 mois	1	6,3	2	12,5
Entre 13 et 18 mois	1	6,3	1	6,3
Entre 19 et 24 mois	1	6,3	-	-
Entre 2 et 5 ans	1	6,3	7	43,8
Entre 6 et 11 ans	-	-	2	12,5
12 ans et plus	-	-	1	6,3

Note. N=16.

Le tableau 93 précise certaines informations concernant les parents adoptifs. Outre leur statut conjugal au moment de l'adoption, le tableau présente également si les parents adoptifs qui étaient en couple se sont séparé ou divorcé avant que la personne adoptée atteigne l'âge de 18 ans et, le cas échéant, si au moins un des parents adoptifs est décédé depuis son arrivée dans la famille adoptive. Ainsi la quasi-totalité des personnes adoptées répondantes ont été accueillies par des parents qui étaient en couple, dont plus du quart se sont séparés ou divorcés après l'arrivée de l'enfant dans la famille adoptive.

Tableau 93. Informations concernant les parents adoptifs

Caractéristiques des parents adoptifs	*n*	%
Statut conjugal des parents adoptifs[1]		
Couple hétérosexuel	14	87,5
Couple homosexuel	1	6,3
Parent célibataire	1	6,3
Parents adoptifs séparés ou divorcés[2]	**4**	**26,7**
Parents adoptifs décédés[1]	**1**	**6,3**

Note. [1]*N=16.* [2]*N=15.*

Enfin, le tableau 94 présente les informations sur la fratrie adoptive, soit le rang de la personne adoptée répondante dans sa fratrie adoptive, la composition de cette fratrie ainsi que le lien des autres membres de la fratrie avec les parents adoptifs. La grande majorité des personnes répondantes indique avoir une fratrie adoptive (*n*=14), composée de 1 à 5 membres (*M*=1,7; *ET*=1,2). Au sein de leur fratrie, la plupart des personnes répondantes sont les benjamines, soit les plus jeunes parmi les enfants. De plus, pour la majorité des personnes répondantes (*n*=11), la fratrie adoptive est intacte, c'est-à-dire que tous les membres de la fratrie ont les mêmes parents. Pour les autres (*n*=3), leur fratrie adoptive est composée entièrement ou partiellement d'une demi-fratrie.

Enfin, la plupart des personnes répondantes vivent au sein de familles où elles sont le seul membre qui est adopté (*n*=10).

Tableau 94. Informations sur la fratrie adoptive

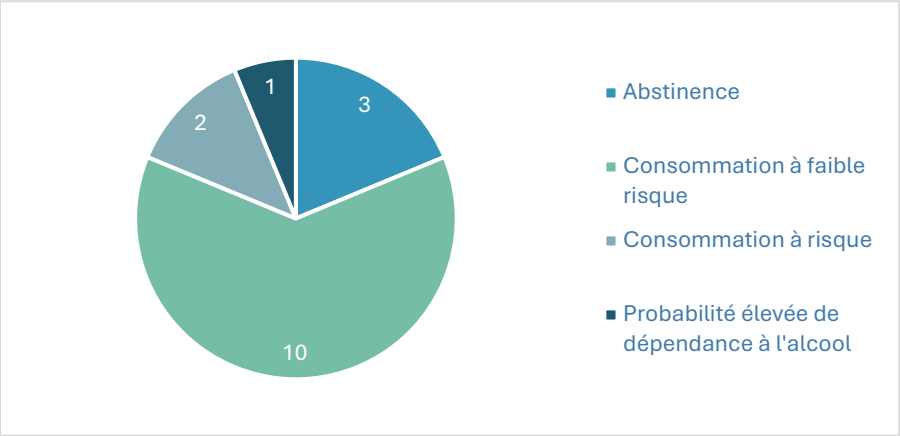
Caractéristiques de la fratrie adoptive	*n*	%
Rang dans la fratrie[1]		
Enfant unique	2	12,5
Aîné·e de la famille	3	18,8
Cadet·te (enfant du milieu)	2	12,5
Benjamin·e de la famille	9	56,3
Composition de la fratrie[2]		
Fratrie intacte	11	78,6
Demi-fratrie maternelle	1	7,14
Fratrie mixte	2	14,3
Liens de la fratrie avec les parents[2]		
Uniquement des enfants biologiques des parents adoptifs	8	57,14
Uniquement des enfants adoptés au Québec	3	21,43
Uniquement des enfants adoptés à l'international	1	7,14
À la fois des enfants biologiques des parents adoptifs et des enfants adoptés au Québec	2	14,3

Note. [1]*N=16.* [2]*N=14.*

7.3. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET COMPORTEMENTS À RISQUE DANS L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

Une version francophone de l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Gache et al., 2005; Saunders et al., 1993) a été utilisée pour mesurer la consommation d'alcool au cours des 12 mois précédant la participation à l'étude. Ce test est composé de 10 questions et le score obtenu se situe entre 0 et 40. Un score de 0 représente l'abstinence complète d'alcool. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un score de 1 à 7 représente une consommation à faible risque, un score de 8 à 14 suggère une consommation d'alcool à risque ou potentiellement dangereuse alors qu'un score de 15 et plus indique une probabilité élevée de dépendance à l'alcool. Les scores des personnes répondantes à l'AUDIT varient de 0 à 25 (*M*=4,8; *ET*=6,12). La Figure 60 montre qu'au cours des 12 mois précédant leur participation à l'étude, la majorité des personnes adoptées ont eu une consommation d'alcool à faible risque ou ont fait preuve d'abstinence (n=13).

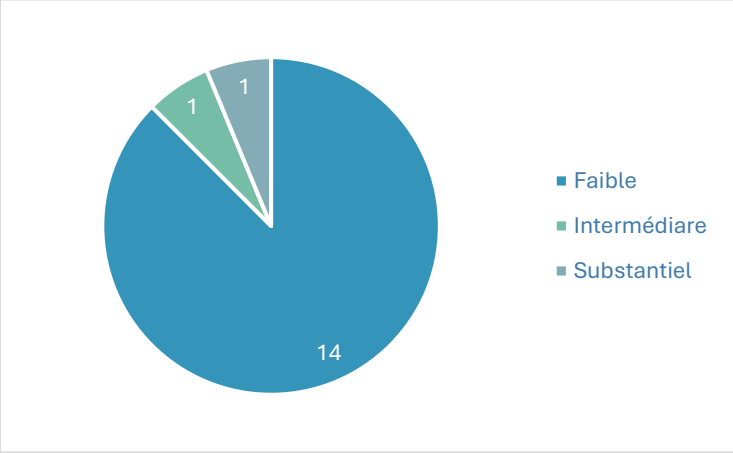
Figure 60. Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois



Note. N=16.

Une version francophone du *Drug Abuse Screening Test* à 20 items (DAST-20; Giguère et Potvin, 2017; Skinner, 1982) a été utilisée pour mesurer la consommation de drogues au cours des 12 mois précédant leur participation à l'étude. Toutes les questions sont de type « oui/non », pour un score variant de 0 à 20. Un score de 0 indique qu'aucun problème n'est rapporté en lien avec la consommation de drogues et qu'il n'y a donc pas lieu d'intervenir, alors qu'un score de 1 à 5 indique un faible niveau de problèmes, suggérant une intervention brève. Un score de 6 à 10 indique un niveau intermédiaire de problèmes liés à la consommation, soit que la personne répondante remplit probablement les critères du DSM-5 en matière de trouble de l'usage de substances psychoactives, ce qui nécessiterait une intervention en clinique externe. Un score de 11 à 15 indique des problèmes substantiels, alors qu'un score de 16 à 20 indique des problèmes graves reliés à la consommation de drogues; ces niveaux de problèmes requièrent une intervention intensive pour traiter le problème de consommation. Les scores des personnes répondantes au DAST-20 varient de 2 à 15 (*M*=3,38; *ET*=3,28). La Figure 61 montre qu'au cours des 12 mois précédant leur participation à l'étude, la majorité des personnes répondantes ont un faible niveau de problèmes liés à leur consommation de drogues (*n*=14).

Figure 61. Sévérité des problèmes liés à la consommation de drogues



Note. N=16.

Le Tableau 95 présente la présence de certains comportements à risque chez les personnes adoptées répondantes entre leur arrivée dans leur famille adoptive et leurs 18 ans. À noter qu'une même personne adoptée peut avoir rapporté plus d'un comportement à risque. Les comportements à risque affichés par le plus grand nombre de personnes adoptées répondantes sont liés au fait d'être sorties de la maison familiale sans permission, que ce soit pour une nuit (n=8) ou pour fuguer (n=6). Plusieurs ont également été interrogés par la police (n=6).

Tableau 95. Comportements à risque dans l'enfance et l'adolescence

Types de comportements à risque	*n*	%
Sortir une nuit complète sans permission	8	50,0
Fugue (s'enfuir de la maison)	6	37,5
Interrogation policière	6	37,5
Infraction sur des biens	4	25
Infraction contre une personne	1	6,3
Port d'arme	1	6,3
Vente de drogues	1	6,3

Note. N=16.

Outre les comportements mentionnés au Tableau 95, aucune des personnes adoptées répondantes ne rapporte avoir vécu une grossesse à l'adolescence (ni personnellement, ni de la part d'une partenaire sexuelle). Seule une personne adoptée affirme avoir fait partie d'un gang qui enfreint la loi.

Enfin, le *Dépistage et Évaluation du Besoin d'Aide*-Internet (DÉBA-Internet; Dufour et al., 2019) a été utilisé pour mesurer l'utilisation des écrans au cours des 12 derniers mois. Un score au-dessus de 39 sur une échelle de 0 à 100 indique un seuil clinique qui recommande une référence vers un service spécialisé pour une évaluation approfondie. Près de la moitié des personnes adoptées (*n*=7) ont un score au-delà du seuil clinique, indiquant une utilisation problématique des écrans (*M*=37,13; *ET*=15,82).

7.4. CHEMINEMENT SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL DES PERSONNES ADOPTÉES ADULTES

Le Tableau 96 présente le niveau d'études actuel des personnes adoptées répondantes ou leur plus haut niveau de scolarité complété au moment de répondre au questionnaire en ligne. Un peu plus de la moitié des personnes adoptées répondantes poursuivent actuellement ou ont complété des études postsecondaires (*n*=9).

Tableau 96. Niveau d'études actuelles et le plus haut niveau de scolarité complété

Niveau de scolarité	*n*	%
Niveau d'études actuel [1]		
Études professionnelles (DEP)	1	6,3

Niveau de scolarité	*n*	%
Formation aux adultes	1	6,3
Études collégiales	2	12,5
Études universitaires	2	12,5
Plus haut niveau de scolarité complété[2]		
Études primaires complétées	3	18,8
Classe d'adaptation scolaire au secondaire complétée	1	6,3
Diplôme d'études secondaires (DES)	2	12,5
Diplôme d'études professionnelles (DEP) ou formation professionnelle de niveau secondaire	2	12,5
Diplôme d'études universitaires	2	12,5

Note. [1]*N=6.* [2]*N=10.*

Le Tableau 97 présente les cheminements scolaires particuliers des personnes adoptées répondantes durant leur parcours scolaire primaire et secondaire. Sur le plan du cheminement scolaire au primaire et au secondaire, la moitié des personnes adoptées (*n*=8) ont fréquenté une classe spécialisée en raison de difficultés d'apprentissage, de langage ou de comportements.

Tableau 97. Cheminement scolaire particulier de la personne adoptée

Type de cheminement scolaire particulier	*n*	%
Classe spécialisée en raison de difficultés particulières		
Difficultés d'apprentissage	5	31,3
Difficultés de langage ou d'élocution	1	6,3
Troubles de comportements	2	12,5
Cheminement enrichi	**2**	**12,5**

Note. N=16.

Le tableau 98 présente les changements d'école vécus par les personnes répondantes, en excluant la transition normale entre le primaire et le secondaire, ainsi que les raisons pour lesquelles elles ont changé d'école. Plus de la moitié des personnes répondantes (*n*=9) ont vécu au moins un changement d'école au secondaire; la presque totalité d'entre elles (*n*=8) ont également vécu au moins un changement d'école au primaire. Parmi les raisons évoquées pour ces changements d'institutions scolaires, les motifs les plus fréquemment évoqués sont un déménagement ou un changement vers une école qui répond mieux aux besoins particuliers de la personne répondante.

Tableau 98. Changement d'école au primaire et/ou au secondaire

Caractéristiques du changement d'école	*n*	%
Changements d'école[1]		
Primaire	8	50,0
Secondaire	9	56,3

Caractéristiques du changement d'école	*n*	%
Raison d'un changement d'école[2]		
Déménagement	3	33,3
Besoins particuliers auxquels l'école ne pouvait pas répondre	3	33,3
Changement de programme ou de concentration	1	11,1
Changement vers une école privée ou publique	2	22,2
Intervention de la DPJ	1	11,1
Expulsion	2	22,2
Intimidation	2	22,2

Note. [1]*N=6.* [2]*N=9.*

Le tableau 99 présente la connaissance qu'avait le personnel scolaire à l'égard du statut d'adopté de la personne répondante et le niveau de satisfaction de cette dernière quant à leur sensibilité et à leur réceptivité. Pour la majorité des personnes adoptées répondantes, au moins un membre du personnel scolaire était au courant de leur statut d'adoptée (*n*=12). Trois personnes adoptées ne savent pas ou ne se souviennent plus si le personnel scolaire était au courant de leur statut de personne adoptée. Parmi les personnes adoptées ayant indiqué qu'au moins un membre du personnel scolaire était au courant de leur statut d'adoptée, la majorité (*n*=7) est satisfaite quant à la sensibilité et la réceptivité du personnel scolaire.

Tableau 99. Dévoilement du statut d'adoption en contexte scolaire et niveau de satisfaction

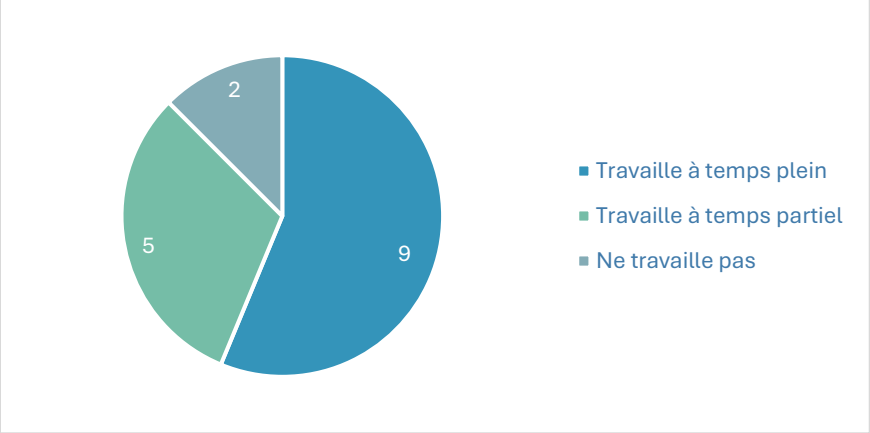
Dévoilement du statut d'adoption à l'école	*n*	%
Connaissance du personnel scolaire à l'égard du statut d'adopté de la personne répondante[1]		
Personne n'était au courant	1	6,3
La majorité du personnel scolaire était au courant	7	43,8
Quelques membres du personnel scolaire était au courant	5	37,5
Ne sait pas / Ne s'en souvient pas	3	18,8
Niveau de satisfaction[2]		
Très satisfait·e	5	41,7
Satisfait·e	2	16,7
Sentiments mitigés (plus ou moins satisfait·e)	3	25,0
Très insatisfait·e	1	8,3
Ne sait pas	1	8,3

Note. [1]*N=16.* [2]*N=12.*

Concernant le cheminement professionnel, 14 personnes adoptées répondantes occupent un emploi rémunéré au moment de participer à l'étude (voir Figure 62), pour un minimum de 15 h/semaine et un maximum de 45 h/semaine (*ET*=11,188 h). Cinq personnes travaillent à temps partiel (moins de 35 h/semaine) et neuf travaillent à temps plein (35 h/semaine et plus). Au moment

de répondre au questionnaire en ligne, deux personnes répondantes ne travaillent pas, car l'une est à la recherche d'un emploi et l'autre a des obligations personnelles ou familiales.

Figure 62. Cheminement professionnel



Note. N=16.

7.5. RELATIONS AVEC LES PARENTS ADOPTIFS ET LES PAIRS

Une version francophone, traduite par l'équipe de recherche pour les fins de la présente étude, du *Belonging and Emotional Security Tool (BEST*; Frey et al., 2008) a été utilisée pour mesurer les émotions et les comportements associés à la sécurité émotionnelle des personnes adoptées répondantes au sein de leur famille. Deux sous-échelles forment l'échelle principale *BEST*. La première consiste à mesurer la sécurité émotionnelle, soit la qualité émotionnelle de la relation entre la personne placée et son parent, alors que la deuxième mesure le sentiment d'appartenance à la famille. Le *BEST* est composé de 25 questions auxquelles la personne répondante accorde un score de 1 à 5 (complètement en accord à complètement en désaccord). Un faible score aux sous-échelles du *BEST* indique une forte sécurité émotionnelle et un fort sentiment d'appartenance. Le tableau 100 indique que la majorité des personnes répondantes présentent une forte sécurité émotionnelle, avec des scores moyens variant de 1 à 3,38 (*M*=1,5; *ÉT*=0,63), ainsi qu'un fort sentiment d'appartenance à leur famille adoptive, avec des scores moyens variant de 1 à 2,11 (*M*=1,39; *ÉT*=0,38).

Tableau 100. Résultats à l'échelle *Belonging and Emotional Security Tool* (BEST)

Score aux sous-échelles du *BEST*	*n*	%
Score moyen à la sous-échelle sur la sécurité émotionnelle		
1,00-1,99	12	75,0
2,00-2,99	3	18,9
3,00-3,99	1	6,3

Score aux sous-échelles du *BEST*	*n*	%
Score moyen à la sous-échelle de l'appartenance familiale		
1,00-1,99	15	94,8
2,00-2,99	1	6,3

Note. N=16.

Une version francophone, traduite par l'équipe de recherche pour les fins de la présente étude, du *Child to Parent Aggression Questionnaire* (Calvete et al., 2013) a été utilisée pour mesurer la violence psychologique et physique des personnes adoptées répondantes envers leurs parents adoptifs. Le test, composé de 10 questions, mesure la fréquence de l'agression physique (4 items) et psychologique (6 items) dans la dernière année envers chacun des parents, allant d'une absence complète de comportements d'agression à une fréquence élevée (6 fois et plus). Dans le contexte de la présente étude, comme les personnes répondantes sont âgées de 18 ans et plus et ne cohabitent pas nécessairement avec leurs parents, la période de référence couvrait plutôt toute l'enfance et l'adolescence, mais la fréquence était tout de même rapportée sur une année en moyenne. Le tableau 101 indique qu'une majorité de personnes adoptées répondantes ont eu au moins un comportement d'agression physique envers leurs parents adoptifs (*n*=10). Parmi les comportements les plus rapportés, 4 personnes répondantes indiquent avoir poussé ou frappé leurs parents adoptifs lors d'une bagarre 1 à 2 fois par année au cours de leur enfance ou adolescence, alors qu'une personne adoptée mentionne que cela est arrivé très souvent (6 fois ou plus par année). Également, 3 personnes répondantes rapportent avoir donné des coups de pied ou de poing à leurs parents adoptifs 1 à 2 fois par année au cours de leur enfance ou adolescence, alors qu'une personne adoptée indique que cela est arrivé 6 fois ou plus par année.

Toutes les personnes répondantes ont rapporté avoir fait vivre au moins un incident de violence psychologique à leurs parents adoptifs au cours de leur enfance ou de leur adolescence (*n*=16). Parmi les comportements les plus rapportés, la moitié des personnes répondantes (*n*=8) rapportent avoir très souvent crié après leurs parents adoptifs quand elles étaient en colère (6 fois ou plus par année), alors que d'autres mentionnent avoir eu ce comportement rarement (1 à 2 fois par année, *n*=3) ou parfois (3 à 5 fois par année, *n*=4). De plus, 5 personnes répondantes indiquent avoir insulté ou dit des mots méchants à leurs parents adoptifs parfois (3 à 5 fois par année, n=2) ou très souvent (plus de 6 fois par année, n=3), alors que 7 personnes rapportent que ces comportements se sont rarement produits (1 à 2 fois par année).

Tableau 101. Incidents d'agression par les personnes adoptées envers leurs parents adoptifs

Type d'agression	*n*	%
Agression psychologique	16	100
Agression physique	10	62,5

Note. N=16.

L'échelle du soutien social provenant de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) a été utilisée dans le cadre de la présente étude. Elle est composée de 8 items, dont certains évoquent l'absence de soutien social (p. ex., Si quelque chose allait mal, personne ne m'aiderait), alors que d'autres évoquent la présence de soutien social (p.ex. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence). Pour chaque item, un choix de réponse en 4 points est disponible, allant de « entièrement en accord » à « entièrement en désaccord ». La présence de soutien social a été calculée en tenant compte du nombre d'items pour lesquels la personne répondante a indiqué être « en accord » ou « entièrement en accord », en prenant soin d'inverser les scores des items indiquant une absence de soutien social. Le Tableau 102 présente le nombre d'items à l'échelle de soutien social pour lesquels les personnes répondantes ont indiqué percevoir qu'elles bénéficiaient de soutien.

Tableau 102. Soutien social perçu

Nb d'items pour lesquels un soutien social est perçu	*n*	%
1	1	6,3
6	1	6,3
7	2	12,5
8	12	75,0

Note. N=16.

La quasi-totalité des personnes adoptées (*n*=15) indiquent avoir un bon soutien social, dans la mesure où elles rapportent avoir du soutien social pour une majorité des items (de 6 à 8 items sur 8). Une seule personne adoptée estime avoir du soutien social pour un seul item, soit « Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence. »

7.6. EXPÉRIENCE COMME PERSONNE ADOPTÉE

Une version francophone, traduite par l'équipe de recherche pour les fins de la présente étude, du *Adoptive Identity Work Scale* (AIWS; Colaner, 2014) a été utilisée pour mesurer les efforts mis en place par une personne adoptée pour comprendre la place de son adoption dans sa vie et dans sa perception de soi. Cet outil est composé de 10 items et permet de mesurer le niveau de réflexion (5 items, p.ex. « Réfléchir aux évènements ayant mené à mon adoption a été aidant pour moi ») et de préoccupation (5 items, p.ex. « Mon adoption influence ma façon de voir le monde ») d'une personne par rapport à son adoption. Pour chaque item, la personne répondante indique être « fortement en accord » à « fortement en désaccord », sur une échelle en 5 points.

Un niveau élevé de réflexion reflète une tendance à présenter davantage d'émotions positives et moins d'émotions négatives reliées à l'adoption, ainsi qu'une meilleure estime de soi et une meilleure intégration de l'identité adoptive. Un niveau élevé de préoccupation, quant à lui, indique une tendance à avoir une identité adoptive instable, peu d'émotions positives, davantage d'émotions négatives et un niveau élevé de frustration à l'égard de son adoption, ainsi qu'une faible estime de soi.

Par conséquent, un niveau élevé de réflexion et une faible préoccupation indiquent une identité adoptive intégrée. De faibles niveaux de réflexion et de préoccupation indiquent une identité adoptive non explorée. Des niveaux élevés de réflexion et de préoccupation indiquent une exploration identitaire active. Enfin, un faible niveau de réflexion et une préoccupation élevée indiquent une identité adoptive instable.

Le tableau 103 présente les scores moyens, allant de 1 à 5, obtenus aux deux sous-échelles de l'*AIWS*, ainsi que le type d'identité adoptive auquel ces résultats correspondent. Au moment de répondre au questionnaire en ligne, la majorité des personnes adoptées indiquent un niveau élevé de réflexion par rapport à leur adoption, avec des scores moyens à cette sous-échelle variant de 2,8 à 4,6 sur 5 (*M*=3,9; *ET*=0,5). De plus, la majorité des personnes adoptées présentent un faible niveau de préoccupation par rapport à leur adoption, avec des scores moyens allant de 1,4 à 5,0 sur 5 (*M*=2,8; *ET*=1,1). Par conséquent, la plupart des personnes répondantes présentent une identité adoptive intégrée (*n*=9) ou sont en phase d'exploration active de leur identité (*n*=6).

Tableau 103. Réflexion et préoccupation de la personne adoptée par rapport à son adoption

Résultats du *AIWS*	*n*	%
Score moyen obtenu à la sous-échelle Réflexion du *AIWS*		
1,00-1,99	-	-
2,00-2,99	1	6,3
3,00-3,99	7	43,8
4,00-4,99	8	50,0
5,00	-	-
Score moyen obtenu à la sous-échelle Préoccupation du *AIWS*		
1,00-1,99	5	31,3
2,00-2,99	5	31,3
3,00-3,99	4	25,0
4,00-4,99	1	6,3
5,00	1	6,3
Types d'identité selon les scores obtenus à l'AIWS		
Identité intégrée	9	56,3
Identité non explorée	1	6,3
Exploration active	6	37,5

Note. N=16.

Le tableau 104 présente les expériences de rejet, de moqueries ou d'intimidation vécues par la personne répondante au cours de son enfance et de son adolescence en raison de son statut de personne adoptée ou de personne racisée, le cas échéant. Les trois-quarts des personnes répondantes (*n*=12) indiquent avoir vécu au moins une expérience de rejet, de moquerie ou d'intimidation en lien avec leur statut de personne adoptée ou de personne racisée, le cas échéant, et ce, avant l'âge de 18 ans. Le plus souvent, les personnes répondantes sont victimes de rejet, de

moquerie ou d'intimidation de la part de jeunes qu'elles connaissent (*n*=8) ou qu'elles ne connaissent pas (*n*=6) ainsi que d'adultes inconnus (*n*=6). Ces expériences sont majoritairement perçues comme des insultes ou autres formes d'agression psychologique (*n*=10), mais elles sont aussi fréquemment perçues comme des blagues (*n*=9).

Tableau 104. Expériences de rejet, de moqueries ou d'intimidation

Caractéristiques des expériences de rejet	*n*	%
A vécu au moins une expérience de rejet, de moquerie ou d'intimidation[1]		
Oui	12	75,0
Non	4	25,0
Personne à l'origine du rejet, des moqueries ou de l'intimidation vécue[2]		
Par un ou des adultes connus	4	33,3
Par un ou des adultes inconnus	6	50,0
Par un ou des jeunes connus	8	66,7
Par un ou des jeunes inconnus	6	50,0
Perception des expériences de rejet, d'intimidation ou de moquerie par la personne adoptée[2]		
Perçues comme des blagues	9	75,0
Perçues comme des insultes ou autres formes d'agression psychologique	10	83,3

Note. [1]*N=16.* [2]*N=12.*

Une version francophone, traduite par l'équipe de recherche pour les fins de la présente étude, de l'*Adoption Communication Openness Scale* (ACOS; Brodzinsky, 2006) a été utilisée pour mesurer la profondeur de la communication entre la personne adoptée et ses parents adoptifs, soit le degré de confort, la fréquence et l'aisance à discuter de sujets liés à l'adoption. L'ACOS est composé de 14 items (p.ex. Mon parent est à l'écoute quand je lui parle de mes pensées et de mes émotions à propos du fait d'être adopté·e), que la personne adoptée cote séparément pour chaque parent sur une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Un score moyen de 3 ou moins indique une communication fermée alors qu'un score moyen supérieur à 3 indique une communication ouverte.

Le tableau 105 présente les scores moyens obtenus séparément par rapport à la mère et par rapport au père. Rappelons que, parmi les personnes adoptées répondantes, 14 ont été adoptées par un couple hétéroparental, une a été adoptée par une mère célibataire et une a été adoptée par un couple homoparental composé de deux pères. Ainsi, pour la mesure de la communication à propos de l'adoption selon chacun des parents, l'échantillon est composé de 15 personnes adoptées ayant une mère adoptive et de 15 personnes adoptées ayant au moins un père adoptif. À noter que, parmi les personnes adoptées qui ont au moins un père adoptif, 3 personnes ont préféré ne pas répondre aux questions de l'ACOS en ce qui concerne leur père (*n*=12). Également, la personne adoptée par

un couple homoparental a obtenu le même score (3,00-3,99) pour ses deux pères, mais elle ne compte que pour un dans le tableau ci-dessous.

Le Tableau 105 montre que la communication par rapport à l'adoption avec la mère adoptive est très ouverte, avec des scores moyens variant de 2,4 à 5,0 (*M*=4,1; *ET*=0,82). En ce qui concerne les pères adoptifs, la communication est également ouverte, mais à un degré moindre que les mères, avec des scores moyens variant de 1,8 à 5,0 (*M*=3,8; *ET*=0,85).

Tableau 105. Score moyen obtenu à l' *Adoption Communication Openness Scale* (ACOS)

	Mère[1]		Père[2]	
	n	%	*n*	%
1,00-1,99	-	-	1	8,3
2,00-2,99	2	13,3	1	8,3
3,00-3,99	3	20,0	5	41,7
4,00-4,99	7	46,7	4	33,3
5,00	3	20,0	1	8,3

Note. [1]*N=15.* [2]*N=12.*

Les personnes adoptées ont indiqué la fréquence d'utilisation de différentes sources d'information pour leur permettre de répondre à leurs questionnements à propos de leur adoption. Ces sources d'information ont été regroupées dans le Tableau 106. Les personnes adoptées se tournent principalement vers des membres de leur famille adoptive lorsqu'elles ont des questionnements à propos de leur adoption; en effet, 14 personnes répondantes sur 16 indiquent qu'elles consultent parfois, souvent ou toujours des membres de leur famille adoptive, généralement leurs parents adoptifs. La deuxième source d'information la plus utilisée regroupe le personnel professionnel (p.ex. en éducation, en santé ou en services sociaux) et les organismes communautaires ou associatifs, où 8 personnes répondantes sur 15 mentionnent y recourir parfois, souvent ou toujours. Les sources d'information les moins utilisées sont les sources externes, principalement les lignes d'aide téléphonique (14 personnes sur 16 indiquent qu'elles les utilisent rarement ou jamais).

Tableau 106. Fréquence d'utilisation de différentes sources d'information

Source d'information	Jamais ou rarement		Parfois		Souvent ou toujours	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Famille adoptive[1]	2	12,5	5	31,3	9	56,3
Famille d'origine[2]	6	50,0	4	33,3	2	16,7
Ami·es ou collègues[3]	9	60,0	1	6,7	5	33,3
Professionnel·les ou organismes[3]	7	46,7	6	40,0	2	13,3
Sources externes (p. ex., livre, site web, réseaux sociaux, ligne d'aide téléphonique, etc.)[1]	9	56,3	5	31,3	2	12,5

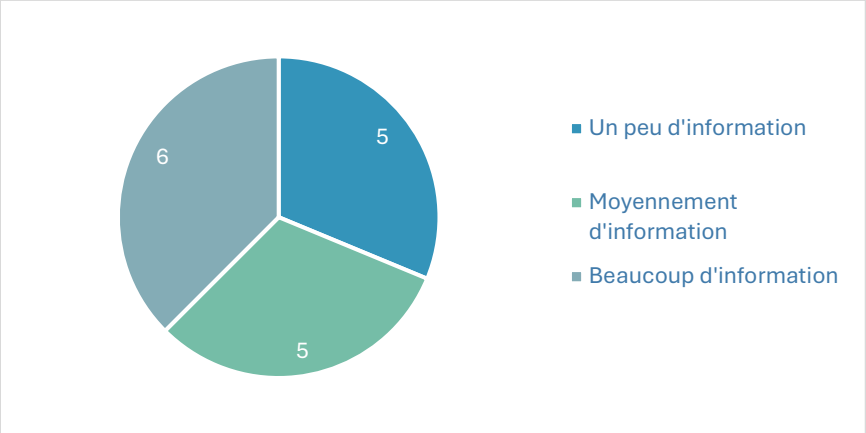
Note. [1]*N=16.* [2]*N=12.* [3]*N=15.*

7.7. CURIOSITÉ PAR RAPPORT AUX ORIGINES ET CONTACTS POST-ADOPTION AVEC LA FAMILLE D'ORIGINE

La Figure 63 présente la quantité d'information que les personnes adoptées répondantes considèrent avoir sur leurs origines et sur les circonstances de leur adoption, ainsi que leur degré de satisfaction par rapport à ces informations. Toutes les personnes répondantes indiquent avoir un minimum d'informations sur leurs origines ou sur les circonstances entourant leur adoption. La majorité (n=*11*) considère qu'elle possède moyennement ou beaucoup d'informations.

La majorité des personnes répondantes se disent satisfaites de l'information qu'elles possèdent (n=*9*), alors que d'autres sont ambivalentes (n=*5*). Une minorité se dit insatisfaite (n=*2*) à l'égard de l'information qu'elle possède sur ses origines et son adoption. Lorsque la quantité d'information est croisée avec le niveau de satisfaction, on constate que les personnes qui considèrent avoir peu d'information sont insatisfaites ou ambivalentes, alors que les personnes qui ont beaucoup d'information se disent satisfaites.

Figure 63. Niveau d'information sur ses origines et les circonstances de son adoption



Note. N=16.

Le tableau 107 présente le nombre de personnes adoptées répondantes qui ont entrepris ou envisagé entreprendre des démarches de recherche de leurs origines, les raisons de ces démarches et les moyens utilisés pour les entreprendre. À titre informatif, les personnes répondantes pouvaient identifier plus d'une raison et plus d'un moyen dans le questionnaire en ligne. La majorité des personnes adoptées (*n*=11) a entrepris ou envisage entreprendre des démarches de recherche de leurs origines. De manière plus précise, 10 personnes ont fait des démarches par le passé ou en font actuellement et une personne indique être en réflexion à cet effet. Parmi les 5 autres personnes, 3 ont préféré ne pas répondre à cette question et 2 ont indiqué ne pas avoir l'intention de faire des démarches pour le moment. Pour l'une d'entre elles, ce n'est pas un besoin puisqu'elle a toujours gardé contact avec un ou plusieurs membres de sa famille d'origine, alors que l'autre indique avoir peur de ce qu'elle pourrait découvrir à propos de ses origines.

Parmi les 11 personnes qui ont effectué des démarches de recherche ou envisagent de le faire, les principales raisons évoquées sont la volonté de rencontrer des membres de leur famille d'origine

(*n*=10), suivie du souhait de confirmer des ressemblances physiques avec des membres de la famille d'origine (*n*=8) ou de connaître leurs antécédents médicaux (*n*=6).

Parmi les 10 personnes qui ont effectué des démarches, plus de la moitié (*n*=6) ont eu recours à plusieurs moyens pour y parvenir. Les moyens les plus fréquemment utilisés sont les réseaux sociaux (*n*=6) et les services formels de recherche d'antécédents et de retrouvailles du Centre jeunesse où les personnes ont été adoptées (*n*=6). Trois personnes ont aussi indiqué avoir effectué leurs recherches par d'autres moyens que ceux qui étaient proposés dans le questionnaire en ligne, soit via des démarches à l'aide d'une tierce personne, par le biais de documents légaux ou encore avec l'aide d'un consulat international.

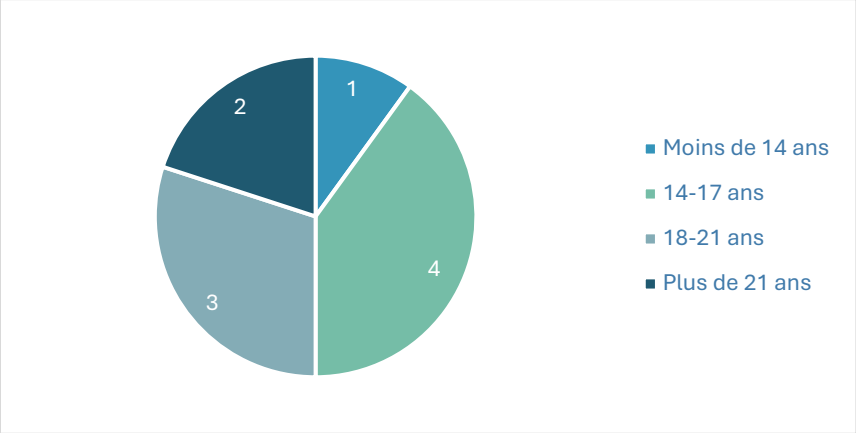
Tableau 107. Démarches de recherche des origines entreprises ou envisagées

Caractéristiques des démarches de recherche des origines	*n*	%
Ont entrepris ou envisagé entreprendre des démarches[1]	11	68,8
Raisons des démarches de recherche des origines[2]		
Connaître ses antécédents médicaux	6	54,6
Connaître l'identité d'au moins un des parents d'origine	5	45,5
Confirmer l'existence d'une fratrie d'origine	5	45,5
Effectuer des retrouvailles	10	90,9
Confirmer des ressemblances physiques avec la famille d'origine	8	72,7
Comprendre les circonstances de son adoption	1	9,1
Moyens utilisés pour entreprendre ces démarches[3]		
Réseaux sociaux	6	60,0
Site Web de recherches généalogiques à partir de l'ADN	2	20,0
Services de recherche d'antécédents et de retrouvailles du Centre jeunesse	6	60,0
Mouvement Retrouvailles	2	20,0

Note. [1]*N=16.* [2]*N=11.*[3]*N=10.*

Les personnes répondantes qui ont entrepris des démarches de recherche de leurs origines ont commencé à un âge variant de 13 à 30 ans (*M*=18,9; *ÉT*=5,73). La moitié d'entre elles (*n*=5) ont fait leurs premières démarches avant l'âge de 18 ans (voir Figure 64).

Figure 64. Âge au moment de la première démarche



Note. N=10.

Enfin, une majorité de personnes adoptées indique avoir eu au moins un contact avec un ou plusieurs membres de leur famille d'origine depuis leur adoption (*n*=11). Le Tableau 108 indique les membres de la famille d'origine impliqués dans ces contacts. Pour la plupart (*n*=7), des contacts ont eu lieu avec plusieurs membres de la famille d'origine, alors que les autres (*n*=4) ont eu au moins un contact avec leur fratrie d'origine seulement. Pour la quasi-totalité (*n*=10), la plupart de ces contacts se sont déroulés dans le cadre de retrouvailles, alors qu'une personne répondante a toujours gardé contact avec plusieurs membres de sa famille d'origine à la suite de son adoption[18]. Par ailleurs, quelques personnes répondantes indiquent avoir maintenu des contacts après leur adoption, que ce soit avec un grand-parent d'origine (*n*=1), la fratrie d'origine (*n*=2) ou un autre membre de la famille élargie d'origine (*n*=1).

Tableau 108. Contacts avec un ou plusieurs membres de sa famille d'origine depuis l'adoption

Membre de la famille d'origine	*n*	%
Mère d'origine	6	54,5
Père d'origine	4	36,4
Grands-parents d'origine	4	36,4
Fratrie d'origine (incluant la demi-fratrie)	9	81,8
Autre membre de la famille d'origine	6	54,5

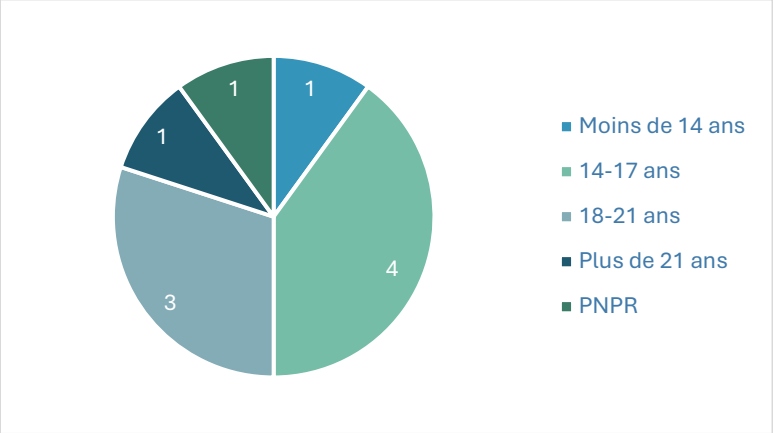
Note. N=11.

En excluant les situations où des personnes répondantes indiquent avoir maintenu un contact avec un ou plusieurs membres de leur famille d'origine après leur adoption, celles qui ont eu au moins un contact dans le contexte de retrouvailles avec un ou plusieurs membres de leur famille d'origine étaient âgées entre 13 et 28 ans au moment du premier contact (*M*=18,3; *ÉT*=4,3). La moitié (n=5) a

[18] Cette personne était placée jusqu'à majorité dans une famille d'accueil régulière. À l'âge de 14 ans, elle a été adoptée par ses parents d'accueil, à sa demande.

vécu une première retrouvaille avant l'âge de 18 ans (voir Figure 65). Une personne répondante n'a pas voulu préciser à quel âge elle avait effectué sa première retrouvaille.

Figure 65. Âge au premier contact (retrouvailles)



Note. N=10.

Les modalités de contacts sont principalement des contacts en personne, et ce, peu importe le membre de la famille d'origine. Des échanges ont également lieu par téléphone, par texto, par courriel et via les réseaux sociaux dans la plupart des cas. Il est également intéressant de noter que pour la plupart des membres de la famille d'origine, les personnes répondantes indiquent être toujours en contact au moment de leur participation à l'étude, à l'exception des mères d'origine où on observe plutôt la tendance inverse, c'est-à-dire qu'une majorité de personnes répondantes, soit 4 sur 6, indique ne plus être en contact avec leur mère d'origine au moment de leur participation à l'étude.

7.8. BESOINS ET UTILISATION DES SERVICES PAR LES PERSONNES ADOPTÉES

Le tableau 109 présente les services que les personnes adoptées ont utilisé avant et après leurs 18 ans et les raisons de leur utilisation ou non. La plupart des personnes adoptées répondantes indiquent avoir utilisé des services de relation d'aide (psychologie, psychoéducation, travail social) avant et après leurs 18 ans. Quelques personnes ont également mentionné avoir eu recours à d'autres services que ceux qui étaient mentionnés dans le questionnaire en ligne, tels que l'ergothérapie (*n*=1 avant 18 ans et *n*=1 à partir de 18 ans), la sexologie (*n*=1 à partir de 18 ans) et des soins infirmiers spécialisés en santé mentale (*n*=1 à partir de 18 ans). Avant l'âge de 18 ans, les services auxquels les personnes répondantes ont eu le plus souvent recours sont ceux d'un travailleur social ou d'une travailleuse sociale (*n*=12), suivis de services en psychologie (*n*=9), en pédopsychiatrie (*n*=6) et en psychoéducation (*n*=6). À partir de 18 ans, les services les plus fréquemment utilisés sont ceux d'un·e psychologue (*n*=9) et d'un travailleur social ou d'une travailleuse sociale (*n*=8). De façon générale, le Tableau 109 montre une diminution de l'utilisation de services à partir de 18 ans.

Le Tableau 109 montre également que les personnes répondantes identifient peu ou pas de services auxquels elles auraient eu besoin mais n'ont pas eu accès. Lorsque c'est le cas, les raisons les plus

souvent évoquées pour les services requis avant l'âge de 18 ans sont l'indisponibilité ou l'inexistence du service (*n*=2), de même que le manque d'accessibilité dans la région de résidence de la personne adoptée (*n*=2). Les mêmes raisons sont aussi mentionnées pour les services non reçus à partir de 18 ans, en plus d'autres raisons, telles que le fait d'être sur une liste d'attente ou d'avoir cessé de recevoir les services par manque de moyens financiers.

Tableau 109. Fréquence d'utilisation de différentes sources d'information

	Avant l'âge de 18 ans						À partir de 18 ans					
	Oui j'ai reçu ce service		J'en aurais eu besoin, mais je ne l'ai pas reçu		Ce n'était pas un besoin pour moi		Oui j'ai reçu ce service		J'en aurais eu besoin, mais je ne l'ai pas reçu		Ce n'était pas un besoin pour moi	
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Psychologue	9	56,3	2	12,5	4	25,0	9	56,3	1	6,3	5	31,3
(Pédo)psychiatre	6	37,5	1	6,3	7	43,8	3	18,8	2	12,5	10	62,5
Psychoéducateur/ psychoéducatrice	6	37,5	2	12,5	7	43,8	3	18,8	-	-	11	68,8
Travailleur social/ travailleuse sociale	12	75,0	-	-	4	25,0	8	50,0	-	-	7	43,8
Orthophoniste	4	25,0	-	-	9	56,3	-	-	-	-	15	93,8
Orthopédagogue	5	31,3	-	-	10	62,5	2	12,5	-	-	14	87,5
Ligne d'écoute	3	18,8	-	-	11	68,8	3	18,8	-	-	12	75,0

Note. N=16.

En termes de satisfaction par rapport aux services reçus tant avant et à partir de l'âge de 18 ans, les personnes adoptées qualifient les services de psychologie, de psychoéducation, de travail social, d'orthophonie, d'orthopédagogie et de ligne d'écoute comme étant majoritairement bons ou excellents. Les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie sont les seuls pour lesquels autant de personnes adoptées se disent satisfaites qu'insatisfaites ou davantage insatisfaites.

Enfin, les personnes adoptées répondantes devaient indiquer si elles connaissaient les organismes communautaires qui se spécialisent en adoption au Québec, ainsi que leur utilisation de leurs services. Le Tableau 110 indique qu'en majorité, les personnes répondantes ne connaissent pas l'existence des organismes communautaires en adoption, à l'exception du Mouvement Retrouvailles, qui est le plus connu (*n*=10). Par ailleurs, les personnes répondantes qui connaissent les organismes estiment ne pas avoir besoin de leurs services.

Tableau 110. Connaissance et utilisation des services en adoption

Organismes	Pas besoin de ces services		Ne savait pas que l'organisme existait	
	n	%	*n*	%
Association Emmanuel	5	31,3	11	68,8
RAIS – Ressource adoption	5	31,3	11	68,8
Mouvement retrouvailles	8	50,0	6	37,5
L'Hybridé	6	37,5	10	62,5

Note. N=16.

QUE DOIT-ON RETENIR DES QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS PAR LES PERSONNES ADOPTÉES ADULTES?

- Les personnes adoptées sont difficiles à recruter pour la recherche.
- Les résultats de cette section s'appuient sur un petit échantillon (*n*=16) non-représentatif de la population des personnes adoptées adultes au Québec.
- La majorité des personnes adoptées sondées ne présentent pas de problèmes en termes de consommation d'alcool ni de drogues, mais près de la moitié présentent un usage problématique des écrans et certains ont rapporté des comportements à risque dans l'enfance et l'adolescence, tels que sortir une nuit complète sans permission, fuguer ou être interrogé par la police.
- Sur le plan scolaire, plus de la moitié ont complété ou poursuivent des études postsecondaires, alors que la moitié ont fait partie de classes spécialisées en raison de difficultés. Pour la majorité des personnes répondantes, au moins quelques membres du personnel scolaire étaient au courant de leur statut de personne adoptée, et elles se disent satisfaites ou très satisfaites de la sensibilité et de la réceptivité du personnel scolaire à leur endroit.
- La quasi-totalité de l'échantillon présente un fort sentiment d'appartenance à sa famille adoptive ainsi qu'une forte sécurité émotionnelle. Par ailleurs, la plupart rapporte des comportements d'agression psychologique et physique à l'égard de leurs parents adoptifs. La majorité rapporte une communication ouverte à propos de l'adoption avec leur mère adoptive, et dans une mesure un peu moindre, avec leur père adoptif également.
- La quasi-totalité de l'échantillon présente une identité adoptive intégrée ou en exploration active.
- Une majorité des personnes répondantes ont vécu du rejet, des moqueries ou de l'intimidation en lien avec leur statut de personne adoptée ou de personne racisée, le cas échéant.
- Une majorité des personnes répondantes se réfèrent à leurs parents adoptifs pour obtenir de l'information à propos de leur adoption, et dans une moindre mesure, elles se réfèrent à des professionnel·les de la santé et des services sociaux.
- Une majorité des personnes répondantes considèrent avoir moyennement ou beaucoup d'information à propos de leurs origines et s'en déclarent satisfaites.

- Une majorité des personnes répondantes ont entrepris des démarches de recherche de leurs origines, principalement dans un but de retrouvailles ou de confirmation des ressemblances physiques avec leur famille d'origine. Les personnes adoptées utilisent tant les réseaux sociaux que les services de recherche d'antécédents et de retrouvailles pour arriver à ces fins. Plusieurs commencent leurs démarches avant d'avoir 18 ans.
- Une majorité des personnes répondantes ont eu au moins un contact avec un ou plusieurs membres de leur famille d'origine, principalement par retrouvailles mais aussi, dans certains cas, parce que des contacts ont été maintenus après l'adoption. La fratrie, la mère ainsi que les autres membres de la famille d'origine sont ceux avec qui les personnes répondantes ont principalement des contacts. Plusieurs vivent un premier contact avant l'âge de 18 ans. Les contacts sont souvent en personne, par téléphone ou texto, ainsi que par courriel ou via les réseaux sociaux. Ces contacts se maintiennent pour la plupart, à l'exception du contact avec la mère d'origine.
- La totalité de l'échantillon a eu recours à des services, tant dans l'enfance et l'adolescence qu'à l'âge adulte. Il s'agit surtout de services en travail social et en psychologie. Les besoins de services tendent à diminuer à l'âge adulte. Les personnes répondantes identifient peu de besoins de services non répondus.
- En général, les personnes répondantes ne connaissent pas les organismes communautaires qui offrent des services aux membres de la triade adoptive ou considèrent ne pas avoir besoin de leurs services.

CHAPITRE 8. ENTREVUES QUALITATIVES AVEC LES MEMBRES DE LA TRIADE ADOPTIVE

Geneviève PAGÉ
Claudia FOURNIER
Daphné FALLU
Lyzanne THIBEAULT
Angélik LEPAGE-CABECEIRAS
Karine TREMBLAY

Ce chapitre présente les résultats des entrevues réalisées avec les parents adoptifs, les personnes adoptées et les parents d'origine. Après avoir présenté les résultats des entrevues pour chacun de ces groupes, quelques constats transversaux seront soulignés.

8.1 RÉSULTATS DES ENTREVUES AVEC LES PARENTS ADOPTIFS

Pour rappel, 23 parents adoptifs ont été rencontrés, soit 16 mères et 7 pères, provenant de 21 familles adoptives différentes et ayant adopté 30 enfants en contexte québécois. Ces parents sont issus de 13 couples hétéroparentaux, 5 couples homoparentaux et 3 projets soloparentaux. La quasi-totalité a adopté en banque mixte (*n*=18), à l'exception d'une expérience d'adoption comme FAP et d'une expérience d'adoption régulière. Une famille a également adopté en banque mixte et en adoption régulière. Un peu plus de la moitié des enfants sont adolescents (*n*=6) ou adultes (*n*=11), alors que les autres sont d'âge scolaire (*n*=8) ou préscolaire (*n*=5).

Les résultats sont organisés autour des thèmes suivants : 1) les motivations à adopter; 2) la préparation à l'adoption; 3) l'expérience de l'évaluation psychosociale; 4) le parcours de vie de l'enfant avant son arrivée dans la famille; 5) les aspects sociaux et judiciaires du processus d'adoption; 6) les contacts de l'enfant avec la famille d'origine avant l'adoption; 7) les relations entre la famille adoptive et la famille d'origine; 8) les services formels autres que la DPJ; 9) les relations avec les personnes intervenantes de la DPJ; 10) les représentations qu'ont les parents adoptifs du système de la DPJ; 11) le soutien informel et les réactions de l'entourage par rapport à l'adoption; 12) le parcours scolaire de l'enfant adopté; 13) le recours aux services de la DPJ après l'adoption; 14) les représentations de l'enfant adopté; 15) les relations familiales adoptives; 16) l'ouverture des parents adoptifs par rapport à l'adoption et aux origines; 17) l'expérience des contacts post-adoption et des retrouvailles; 18) la transition de l'enfant adopté vers l'autonomie, le cas échéant; et 19) les recommandations des parents adoptifs.

8.1.1. MOTIVATIONS À ADOPTER

Dans l'ensemble des récits, l'adoption s'inscrit dans un projet parental clairement affirmé, mais les raisons d'y recourir varient selon les configurations familiales, l'âge et l'état de santé. Chez plusieurs couples hétérosexuels, l'adoption survient après un parcours marqué par des enjeux de fertilité,

souvent associé à des années d'essais infructueux ou de complications ayant mené à mettre fin aux tentatives de grossesse.

> *On a essayé d'avoir des enfants pendant à peu près 12 ans. [...] À un moment donné, on était juste tannés, puis on voulait passer à autres choses. (PAQ018)*

Dans d'autres cas, il s'agit d'un choix d'éviter la grossesse pour des raisons médicales, notamment en raison d'une condition de santé ou d'un risque de transmission génétique.

Dans les couples de même sexe et dans certains projets soloparentaux, la conception biologique avec un·e partenaire n'était pas envisageable. L'adoption faisait alors partie des options considérées d'emblée.

Parmi les différentes avenues d'adoption, la plupart des parents ont exploré l'adoption internationale ou régulière en plus de la banque mixte. Les coûts, la complexité des démarches et, pour certains couples de même sexe, la faible accessibilité à l'international ont constitué des freins importants. Les longs délais d'attente pour l'adoption régulière au Québec, souvent estimés à près de dix ans, sont également souvent mentionnés, particulièrement par des parents plus avancés en âge. La banque mixte apparaît alors pour plusieurs comme une avenue plus accessible et plus rapide. Pour quelques parents, elle est aussi décrite comme un choix cohérent avec leurs convictions :

> *C'est ce qui allait avec nos besoins, avec nos valeurs, avec nos attentes, c'est-à-dire de devenir famille d'accueil au départ pour des enfants qui sont dans le besoin, et les adopter. (PAQ048)*

8.1.2. PRÉPARATION À L'ADOPTION

La préparation à l'adoption s'amorce généralement par les démarches officielles auprès de la DPJ ou du CIUSSS : inscription, séances d'information et premières rencontres d'évaluation. Pour plusieurs familles, ces étapes servent à comprendre le fonctionnement du programme banque mixte et à se préparer à ses exigences. Toutefois, certains parents estiment que l'information transmise demeure limitée ou trop alarmiste, et auraient préféré un discours à la fois lucide et mobilisateur.

Pour plusieurs, la DPJ exigeait une modification des lieux pour l'accréditation en tant que FABM, allant du simple aménagement de chambre à des rénovations majeures pour répondre aux normes de sécurité.

En parallèle, les parents entreprennent une préparation personnelle soutenue. Beaucoup s'informent sur l'adoption, l'attachement ou les défis développementaux afin d'anticiper les besoins de l'enfant. Ils consultent différentes ressources (livres, sites web, balados, vidéos), et s'informent aussi auprès de leur entourage, de familles adoptives ou de groupes de soutien pour mieux s'outiller.

> *J'ai beaucoup parlé avec les gens qui adoptaient. J'avais un collègue qui avait adopté. Et lui m'avait mis les points sur les i assez rapidement, il m'a dit : « Est-ce que t'es capable d'adopter un enfant qui lui, peut-être, ne t'aimera jamais? [...] Informes-toi beaucoup avant. » (PAQ093)*

Enfin, la période d'attente entre l'accréditation et le jumelage est marquée par une forte variabilité. Pour certaines familles, l'incertitude entourant l'âge, le profil ou les besoins de l'enfant freine la préparation matérielle et s'accompagne de stress, de hâte ou de questionnements constants.

> *Le défi c'est que tu attends, mais tu attends qui? Quand ? Quoi? À quel âge ? Tu ne sais pas. [...] Ok, il faut une pièce dans ta maison pour faire une chambre, mais la chambre, ça va être pour un bébé de 6 mois ou un enfant de 4 ans ? [...] On s'en vas en voyage, ou on garde nos sous parce que peut-être qu'il va y avoir un enfant qui va arriver dans 6 mois? [...] C'est tout le temps là à quelque part dans notre organisation, de penser à quand est-ce que ça va se présenter. (PAQ045)*

D'autres vivent cette période plus sereinement ou amorcent une préparation progressive.

Dans quelques cas, les parents ont dû refuser des propositions de jumelage lorsque les besoins de l'enfant dépassaient leurs capacités ou ne correspondaient pas à leurs critères, une décision souvent décrite comme difficile et déchirante.

8.1.3. EXPÉRIENCE DE L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

L'évaluation psychosociale est décrite par les parents comme généralement exigeante, mais l'expérience varie considérablement selon le contexte, la personne qui évalue, et les attentes initiales. Plusieurs familles se disent satisfaites ou surprises positivement, estimant que l'exercice, bien que parfois perçu comme intrusif en amont, s'est avéré plus simple ou plus respectueux qu'anticipé. D'autres adoptent une position plus neutre, percevant l'évaluation comme une formalité visant à vérifier la stabilité du milieu de vie. Toutefois, pour une proportion importante de parents, l'expérience demeure teintée de stress ou de malaise. Certains rapportent avoir eu l'impression d'être jugés ou évalués sur des aspects personnels délicats, générant de la nervosité, de la frustration ou un sentiment d'injustice. Ces réactions découlent autant de la nature des questions posées que de la posture de la personne qui faisait l'évaluation.

> *Ils m'ont dit qu'ils avaient failli ne pas me prendre parce que j'étais trop émotive… J'ai trouvé ça discriminatoire. (PAQ039)*

Plusieurs familles remettent aussi en question la pertinence ou la profondeur de certaines dimensions évaluées. Certaines trouvent les questions superficielles ou inadéquates, d'autres soulèvent l'absence de sujets pourtant centraux pour leur réalité (ex. capacité financière, travail, situation familiale) ou la présence de questions intrusives, notamment en lien avec la sexualité. Les parents issus de la diversité sexuelle soulignent que les grilles d'évaluation étaient parfois

hétérocentrées et mal adaptées à leur situation, ce qui teinte négativement leur perception du processus.

> *Le deuil de l'enfant biologique… Regarde, ça ce deuil-là, on l'avait fait probablement des décennies avant. […] D'autres questions qui auraient probablement été pertinentes n'ont pas été posées. Exemple : est-ce qu'on est out dans nos milieux de travail? […] L'évaluation puis les conseils que des TS donnaient n'étaient absolument pas adaptés à ce genre de réalité. (PAQ027)*

Enfin, l'expérience varie aussi selon les caractéristiques des familles et le fonctionnement du système à ce moment-là. Par exemple, des familles déjà connues des services rapportent une démarche plus rapide, alors que certains groupes de parents (ex. couples de même genre, personnes célibataires) ont dû se soumettre à une pré-évaluation additionnelle. L'évaluation apparaît également plus exigeante pour ceux ayant rencontré des personnes intervenantes perçues comme rigides ou portées sur des mises en garde répétées. Les délais sont aussi très inégaux, allant de quelques semaines à plusieurs mois, parfois en raison de facteurs administratifs ou de changements de personnel. En général, les parents qui ont connu un processus d'évaluation plus rapide sont ceux qui ont été en mesure d'adapter leur horaire pour avoir des rencontres plus longues et condensées.

8.1.4. PARCOURS DE VIE PRÉ-PLACEMENT DE L'ENFANT

Le parcours de vie des enfants avant leur arrivée dans leur famille adoptive est très diversifié, bien qu'ils aient presque tous été exposés à des situations familiales difficiles ayant motivé la prise en charge par la DPJ. Les parents adoptifs décrivent notamment des contextes de consommation, d'instabilité, de négligence ou de violence, qui ont limité la capacité des parents biologiques à assurer la sécurité et la continuité des soins à l'enfant. Dans quelques cas particuliers, la mère biologique exprimait déjà le souhait que l'enfant soit confié à la famille adoptive, ou le retrait est survenu dans un contexte d'urgence.

> *Elle s'est fait enlever trois enfants avant la naissance de notre garçon. Et quand elle est devenue enceinte de son fils, elle et son conjoint de l'époque se sont enfuis [dans une autre province] parce qu'elle voulait essayer d'éviter de le perdre. Mais bon, ça n'a pas marché. (PAQ028)*

Avant leur arrivée dans leur famille adoptive, la plupart des enfants ont transité par une FA temporaire ou de dépannage. Les expériences rapportées à l'égard de ces milieux sont contrastées : certaines FA sont décrites comme très investies et compétentes, alors que d'autres présentaient des conditions de vie ou des pratiques de soins jugées préoccupantes (ex. exposition à la fumée, routines inadéquates, peu de disponibilité), soulignant des enjeux de qualité et de cohérence dans les milieux d'accueil préplacement.

Un autre élément marquant concerne la multiplicité de milieux de vie traversés par certains enfants avant l'adoption. Pour certains, les changements de placement étaient nombreux et rapprochés, ce que les parents associent à des risques accrus de difficultés d'attachement ou d'adaptation.

> *Six familles en vingt mois, c'est dur pour un bébé. (PAQ086)*

Enfin, les modalités de transition vers la famille adoptive varient fortement. Pour certains, le placement s'est réalisé rapidement en raison du contexte d'urgence ou à un changement de FA devenu nécessaire. Pour d'autres, l'intégration s'est faite graduellement, à travers des visites progressives sur quelques jours ou semaines. Selon les parents, ces phases transitoires étaient facilitantes lorsque les visites se passaient bien, mais pouvaient être difficiles lorsque les retours dans le milieu d'origine entraînaient de la détresse.

> *J'ai dit : « Écoutez, cet enfant-là, à chaque fois qu'on le retourne là, il est en crise dans l'auto, il ne veut pas. Arrêtez ça. » (PAQ093)*

8.1.5. ASPECTS SOCIAUX ET JUDICIAIRES DU PROCESSUS D'ADOPTION

Entre l'appel de jumelage et le jugement d'adoption, les parents traversent une séquence rapide d'étapes qui transforme leur quotidien. L'appel arrive souvent de manière inattendue, avec des délais très courts pour se préparer, ce qui génère un mélange d'urgence, d'excitation et de désorganisation. Pour plusieurs, cette période marque la réalisation concrète du projet d'adoption.

> *On a eu 48 heures. Le samedi on a tout acheté, on n'avait rien. Ça a été un GO GO GO pendant deux jours. (PAQ003)*

Après le placement, les parents doivent composer avec les suivis réguliers à domicile, la présence de différents professionnels, les appels administratifs et les ajustements à la nouvelle routine. Plusieurs décrivent un rythme exigeant où il faut s'occuper de l'enfant tout en répondant aux attentes du réseau.

Dans le contexte de la banque mixte, les visites supervisées avec la famille d'origine représentent un élément particulièrement chargé sur le plan émotionnel. Elles rappellent la possibilité de réunification et contribuent à entretenir un climat d'incertitude. Cette crainte demeure présente tant que le projet d'adoption n'est pas formalisé.

> *Il était tellement petit puis vulnérable, j'avais vraiment peur pour son avenir puis sa sécurité. Tu te lèves la nuit, puis tu fais des cauchemars qu'il va repartir. Tu te le fais dire souvent : « Tu sais, ça se peut qu'il reparte. » (PAQ020)*

Certains parents soulignent aussi que les délais prévus pour régler la situation de l'enfant, normalement autour de deux ans, ne sont pas toujours respectés, ce qui prolonge considérablement l'incertitude et la charge émotionnelle vécues pendant le processus. Quelques parents rapportent également des variations importantes selon les régions ou les équipes, tant dans les pratiques que dans l'accès aux services, ce qui contribue à des parcours inégaux d'une famille

à l'autre. À cela s'ajoute, pour certains, la difficulté d'obtenir une information complète sur l'histoire ou la situation médicale de l'enfant, alimentant un sentiment d'avancer dans le processus sans toujours disposer de tous les éléments nécessaires.

Le processus judiciaire constitue une autre source majeure de stress. Les parents mentionnent le manque d'information sur ce qui les attend en Cour, l'inconfort lié au fait de témoigner, et la difficulté d'anticiper la décision du juge. La lourdeur des procédures et les délais variables accentuent ce stress, surtout lorsque plusieurs audiences sont nécessaires ou lorsque la situation juridique évolue lentement. Pour plusieurs familles, le soulagement survient au moment où le projet devient juridiquement sécurisé.

> *Quand j'ai eu les documents de la Cour, que je voyais noir sur blanc que cet enfant-là était à nous autres : là, j'ai pu respirer. (PAQ039)*

Avec le recul, les parents décrivent cette période comme dense et émotionnellement exigeante, mais essentielle à la concrétisation de leur projet familial.

8.1.6. CONTACTS DE L'ENFANT AVEC LA FAMILLE D'ORIGINE AVANT L'ADOPTION

Les contacts entre l'enfant et sa famille d'origine, réalisés durant le placement, constituent l'une des étapes les plus difficiles du processus. Ils se déroulent principalement en contexte supervisé, généralement d'une à trois fois par semaine pour une durée d'une à deux heures, et la période totale varie d'environ deux mois à près de cinq ans. Les visites se déroulent le plus souvent avec la mère biologique, mais peuvent aussi impliquer le père ou d'autres membres de la famille, comme la fratrie ou les grands-parents. L'assiduité de la famille d'origine est très variable, et plusieurs parents adoptifs doivent parfois assurer le transport ou procéder à l'échange de l'enfant directement avec la famille d'origine, ajoutant une charge logistique supplémentaire.

Selon les parents, ces visites se passent mal pour l'enfant dans la grande majorité des cas. Plusieurs rapportent que l'enfant manifeste une forte anxiété anticipatoire, pleure, refuse de partir ou présente des symptômes physiques parfois importants. Pendant les visites, beaucoup se figent, résistent ou cherchent la présence rassurante du parent d'accueil, sans pouvoir y accéder. Après, plusieurs présentent de la détresse, de l'irritabilité, des troubles du sommeil, un besoin accru de proximité, ou diverses régressions.

> *Il s'auto-mutilait, puis il se faisait vomir avant de partir, comme quoi qu'il est malade, il ne peut pas y aller. [...] Puis une semaine après qu'il était allé la voir, il était colleux, on l'avait tout le temps dans les bras, puis il ne voulait pas nous lâcher. Donc là il était bien pour une semaine, puis il fallait le re-préparer, parce qu'il revoyait sa mère [biologique]. (PAQ086)*

Les parents adoptifs vivent ces moments comme profondément éprouvants. Ils décrivent un conflit intérieur constant entre leur rôle de pourvoyeur de soins et l'obligation légale de permettre les

contacts, surtout lorsqu'ils voient leur enfant en grande détresse, sans pouvoir intervenir pour le réconforter.

> *Tu t'en vas, tu l'entends pleurer puis tu le laisses là… C'est comme si tu le laissais mourir sur le bord de la rue. (PAQ039)*

Bien que ce portrait domine, quelques enfants vivaient malgré tout les visites de manière plus sereine. Selon les parents, certains enfants souvent plus âgés ou ayant déjà connu leur famille d'origine avant le placement ne manifestaient pas de détresse ou de réactions importantes.

Les contacts diminuent ou cessent généralement en raison du désengagement des parents biologiques, de la détérioration de leur situation ou des impacts négatifs observés chez l'enfant. Leur interruption est souvent vécue comme un soulagement significatif, tant pour l'enfant que pour ses parents adoptifs.

> *Quand il a cessé de la voir, ça a fait beaucoup de bien. (PAQ028)*

8.1.7. RELATIONS ENTRE LA FAMILLE ADOPTIVE ET LA FAMILLE D'ORIGINE

La relation entre les parents adoptifs et la famille d'origine varie considérablement selon les dossiers. Pour plusieurs, cette relation s'inscrit dans un souci du bien-être de l'enfant et repose sur une certaine collaboration, voire d'affection dans certains cas. D'autres parlent plutôt de conflits et rapportent un fort désintérêt à cultiver une quelconque relation. Certains parents adoptifs ont rencontré la famille biologique avant ou après l'adoption, et plusieurs entretiennent encore une entente de communication prévoyant l'envoi de photos, de nouvelles ou de rencontres ponctuelles. D'autres n'ont aucun contact, que ce soit par choix, par contexte ou en raison de l'absence d'implication du parent biologique.

Dans plusieurs cas, la relation avec la famille d'origine est positive, marquée par la confiance, la reconnaissance ou la gratitude exprimée par les parents biologiques.

> *Ils nous disaient : « Merci de vous en occuper, il est tellement beau et tellement bien habillé. […] On est tristes de perdre notre enfant, mais on est contents que ça soit avec vous. ». (PAQ020)*

Certaines relations se sont même améliorées avec le temps, passant d'une méfiance initiale à un lien plus ouvert et respectueux. Dans certains cas, la reconnaissance claire du rôle parental des parents adoptifs par la famille d'origine a favorisé une relation plus harmonieuse et valorisante.

> *La dernière fois, quand je suis allée la voir pour aller chercher des cadeaux, elle avait ses enfants. Elle m'a regardée et a dit : je vous présente la maman de votre grand frère. […] Ça m'a tellement fait du bien qu'elle me reconnaisse, puis qu'elle reconnaisse le travail que j'ai fait! (PAQ018)*

D’autres familles ont toutefois vécu des relations plus tendues ou difficiles. Des parents adoptifs ont été confrontés à des propos hostiles, des critiques, de la colère ou de la désorganisation du parent biologique. Dans quelques cas, ces tensions ont mené à l’arrêt complet des contacts ou à la nécessité d’établir des limites fermes pour protéger l’enfant ou préserver un climat sécuritaire : contrôle de la fréquence des contacts, refus de certaines demandes ou protection de leur vie privée, surtout quand la famille biologique dépasse les frontières ou adopte des comportements envahissants.

> *Pendant peut-être un an, [le père biologique] m'a texté, il m'a texté. J'ai mis un terme à ça, c'est fini, je l'ai bloqué. Je me suis dit : « Je dois quoi à lui? Je ne lui dois rien. ». (PAQ018)*

Les émotions des parents adoptifs envers la famille d’origine sont souvent ambivalentes. Plusieurs décrivent le paradoxe du rôle FABM : souhaiter que le parent d’origine aille mieux pour le bien de l’enfant, tout en sachant qu’un rétablissement pourrait mener à un retour de l’enfant dans son milieu d’origine. Plusieurs expriment également de l’empathie face aux difficultés vécues par les parents biologiques, même lorsque la relation est complexe. D’autres vivent de la culpabilité, un déchirement ou de la tristesse en constatant la souffrance liée à la perte d’un enfant.

> *On veut tellement les protéger, puis on ne veut tellement pas les renvoyer là-dedans parce qu'on voit la misère de ce monde-là. En même temps, on ne veut pas que l'enfant quitte, mais [...] on ne souhaite à personne de perdre son enfant. C’est une position inhumaine. (PAQ015)*

8.1.8. SERVICES FORMELS HORS DPJ

Les familles ont eu recours à divers services d’instances autres que la DPJ, que ce soit dans le réseau public, privé, communautaire ou scolaire. Les besoins touchaient surtout la santé physique, la santé psychosociale ainsi que les difficultés scolaires ou neurodéveloppementales. Certains suivis se sont prolongés sur plusieurs années, parfois jusqu’à l’adolescence ou à l’âge adulte.

Plusieurs enfants ont eu accès à des soins médicaux ou à des suivis spécialisés dès leur arrivée, à la suite d’hospitalisations, d’évaluations ou de préoccupations de santé. Pour la majorité, ces services sont décrits comme accessibles et relativement rapides lorsqu’un besoin médical clair est présent. Certains parents ont toutefois dû composer avec des délais d’attente, des ruptures de services ou la nécessité de se tourner vers le privé lorsque les ressources publiques n’étaient pas disponibles. Dans plusieurs cas, les évaluations médicales ont mené à des références vers d’autres services spécialisés.

De nombreux parents ont également sollicité des services psychosociaux pour répondre à des difficultés comportementales, émotionnelles ou développementales de l’enfant. Cette multiplicité de suivis est décrite comme exigeante, tant sur le plan émotionnel qu’en raison de la coordination qu’elle exige : appels, relances, plans d’intervention, attentes ou transitions entre services. L’accès aux ressources publiques s’est parfois révélé complexe, en raison de critères d’admissibilité

restrictifs ou de délais jugés trop longs, amenant certains parents à se tourner vers le privé pour ces services également. Malgré ces obstacles, plusieurs parents estiment que les services reçus ont contribué à apaiser la situation ou à améliorer le fonctionnement de leur enfant.

> *J'avais fait les démarches pour l'orthophonie. Au CLSC, ils me disent : « On ne les prend pas avant 3 ans ». J'ai dit : « Non, non ! Moi, à 3 ans, je vais avoir d'autres problèmes ! Je veux que ça soit réglé là. » [...] Je me suis battue beaucoup pour être capable d'avoir des services pour elle. (PAQ026)*

Les expériences avec les professionnels hors DPJ sont contrastées. Plusieurs rapportent des rencontres positives, marquées par une compréhension fine du contexte adoptif et des interventions adaptées.

> *Je n'aurais même pas eu besoin de raconter mon histoire. Elle est tellement typique, dans un cadre d'adoption. [...] Tu arrives chez des gens spécialisés, ça ne les étonne pas, ce que tu racontes. Ils te croient. [...] Ça lui a pris 10 min, puis il m'a dit : « Votre fille, elle a un trauma ». Puis j'avais des médicaments, puis un plan d'intervention. (PAQ017)*

Dans d'autres cas, les recommandations tenaient peu compte de l'histoire adoptive (ex. enjeux d'attachement), renforçant l'impression d'un manque de spécialisation des services.

Pour finir, plusieurs parents ont aussi cherché du soutien psychosocial ou judiciaire pour eux-mêmes afin de faire face à l'isolement, à l'épuisement, à la charge mentale ou à la complexité du parcours.

> *Je suis allé chercher de l'aide et des outils quand j'en avais besoin, quand je sentais que ça n'allait pas, que je ne savais plus quoi faire, que j'étais au bout du rouleau. (PAQ048)*

8.1.9. RELATIONS AVEC LES PERSONNES INTERVENANTES DE LA DPJ

Dans l'ensemble, les parents décrivent des relations plutôt positives avec le personnel d'intervention de la DPJ, bien que l'expérience varie selon les personnes rencontrées et selon les moments du parcours. Les premières interactions avec la personne intervenante, souvent lors de l'évaluation psychosociale, orientent pour plusieurs la façon dont ils se sentent en relation avec elle. Lorsque les parents perçoivent une attitude respectueuse et professionnelle, le contact s'établit plus facilement. À l'inverse, des propos perçus comme intrusifs ou inappropriés peuvent laisser une impression durable et teinter le début du lien, même si le suivi est ensuite assuré par quelqu'un d'autre.

> *Des commentaires comme : « Ah, vous deviez avoir un problème avec la nourriture », parce que je suis mince. Elle dit : « Ah vous et votre mari, vous êtes un couple bizarre, parce que lui, il est gros et vous, vous êtes mince. » (PAQ003)*

Par la suite, le suivi régulier constitue pour plusieurs parents le moment où la relation se construit réellement. Ils décrivent le plus souvent une personne intervenante attentive, présente et rassurante, capable d'expliquer les démarches et d'offrir un soutien émotionnel dans les périodes plus exigeantes. La stabilité du lien, particulièrement lorsque la même personne suit la famille pendant un certain temps, renforce ce sentiment d'appui.

> *Elle était empathique, elle nous mettait au parfum, elle me rassurait quand elle voyait que j'allais moins bien. Elle me disait : « Continue ça, tu fais de la bonne job ». (PAQ039)*

Certaines familles connaissent toutefois des difficultés liées au roulement du personnel, à des suivis surtout téléphoniques ou à une disponibilité variable. Quelques parents perçoivent également un parti pris en faveur de la mère d'origine, ce qui peut compliquer le lien avec la personne intervenante.

8.1.10. REPRÉSENTATIONS DU SYSTÈME

Les parents expriment différentes représentations du système d'adoption et de la DPJ. Plusieurs parents disent d'emblée percevoir que la mission du système de PJ est d'identifier la meilleure solution pour l'enfant. Certains ont l'impression que cette finalité s'est renforcée au fil des années, passant d'un modèle davantage axé sur le retour dans la famille d'origine à une attention plus marquée pour la stabilité et le bien-être de l'enfant. Toutefois, la cohérence entre ce principe et certaines pratiques observées est parfois remise en question, en particulier lorsque les visites supervisées avec la famille d'origine se poursuivent malgré la détresse manifeste de l'enfant :

> *On m'a expliqué que quand on ne peut pas dégager un 6 mois d'abandon clair, il faut qu'on prouve que la relation qui perdure dans le temps est néfaste pour l'enfant. Et la seule façon de faire ça, c'est de faire mal à l'enfant, et de documenter que ça lui fait du mal. Et ça, ça reste la chose la plus difficile. (PAQ027)*

Pour plusieurs, la banque mixte est associée à un projet de valeurs : offrir une famille à un enfant qui en a besoin, même si le processus comporte une part d'incertitude. Quelques parents décrivent aussi la banque mixte comme un engagement exigeant, où accueillir un enfant signifie assumer une partie des difficultés qu'il porte déjà.

> *Pour moi, la banque mixte, c'est le parent qui enlève le fardeau du dos de l'enfant. (PAQ027)*

En parallèle, certains notent une discordance dans la perception de leur rôle. Ils ont l'impression que le système les voit surtout comme des familles d'accueil qui ne doivent pas trop s'attacher à l'enfant, alors qu'eux se sentent déjà parents en devenir, ce qui donne parfois l'impression que leurs sentiments et leur engagement ne sont pas pleinement pris en compte.

> *« On n'est pas là pour vous trouver un enfant puis faire en sorte que cet enfant-là devienne votre enfant adopté; on est là pour trouver la meilleure situation pour l'enfant. » Mais le parent futur a certaines aspirations et espoirs aussi. Mais ça, on ne tient pas compte de ça. (PAQ027).*

Enfin, quelques parents souhaitent nuancer l'image négative qui circule souvent au sujet de la DPJ et du programme banque mixte. Ils trouvent que les discours publics mettent surtout l'accent sur les difficultés, alors qu'ils ont eux-mêmes été témoins de parcours réussis.

8.1.11. SOUTIEN INFORMEL ET RÉACTIONS DE L'ENTOURAGE

Les parents adoptifs décrivent un éventail de soutien informel qui se déploie avant, pendant et après l'arrivée de l'enfant. Plusieurs ont néanmoins préféré rester discrets tant que le placement n'était pas confirmé, afin de se protéger de questions répétitives ou d'un suivi constant de leur entourage pour préserver leur équilibre émotionnel.

Dans l'ensemble, les parents rapportent un accueil très positif : joie, soutien matériel, organisationnel et moral, parfois des gestes symboliques comme un *shower*. Les proches s'investissent, participent à certaines démarches et s'attachent rapidement à l'enfant. Cette implication s'accompagne toutefois d'inquiétudes quant à la possibilité qu'il reparte, ce qui crée parfois une tension affective dans l'entourage.

> *Il a été accueilli, il a été accepté, puis il était très attendu, autant par ma famille, que la famille à [conjoint]. Ils nous ont vraiment soutenus. Ils suivaient un peu les péripéties. Quand il est arrivé, avec les contacts supervisés, c'est sûr que ça venait les insécuriser. Tout ce qu'on entend… « Ah, la DPJ peut reprendre l'enfant ». (PAQ034)*

Pour d'autres familles, le soutien du réseau est plus limité. Certains évoquent la distance géographique, les contraintes liées à la pandémie, des liens familiaux ou amicaux moins solides, ou une incompréhension du projet d'adopter. Une minorité mentionne aussi des réactions teintées de préjugés sur l'adoption ou sur les parents d'origine, ce qui les amène parfois à recadrer les échanges afin d'éviter que l'enfant soit exposé à des propos sensibles sur son histoire.

> *Quand j'ai dit : « On va adopter un 2e enfant, puis c'est le frère biologique de [autre enfant], sa première réaction : « My God, elle connaît pas ça, les moyens de contraception, la mère biologique !? » […] Là j'ai juste fait : « Wo, la mère biologique de mes enfants mérite du respect, et parler contre la mère biologique de mes enfants, c'est parler contre mes enfants, puis je tolère pas ça ». (PAQ034)*

Quelques-uns mentionnent avoir trouvé du soutien émotionnel et des trucs pratiques dans des groupes en ligne sur les réalités de l'adoption et des traumatismes, et qui correspondaient à leurs valeurs. D'autres ont rapidement quitté ces groupes lorsque les échanges étaient trop négatifs ou redondants.

Quelques parents décrivent un décalage entre la présence affective de leur entourage et le type de soutien dont ils auraient besoin. Même lorsqu'ils sont entourés, leurs besoins plus spécialisés ou plus constants dépassent parfois ce que leur réseau peut offrir, les obligeant à chercher d'autres formes d'aide.

Par ailleurs, certains mentionnent des associations de parents ou des réseaux communautaires. Peu utilisés, ceux-ci offrent parfois un soutien ponctuel, et quelques parents en ont créé pour briser l'isolement.

8.1.12. PARCOURS SCOLAIRE DE L'ENFANT

Le parcours scolaire des enfants adoptés en banque mixte est souvent plus complexe et nécessite des ajustements, souvent dès les premières années. Plusieurs parents retardent l'entrée à l'école ou envisagent un redoublement précoce pour réduire les transitions et faciliter l'adaptation de leur enfant. Les enfants fréquentent une variété de milieux, publics ou privés, et certains parents se tournent vers des environnements plus encadrants ou plus structurés. D'autres doivent ajuster le milieu scolaire en cours de route lorsque l'environnement initial s'avère moins adapté. Dans plusieurs cas, l'école devient un partenaire précieux lorsqu'elle reconnaît et s'ajuste aux besoins particuliers de l'enfant.

> *Il y a encore été question cette année qu'on l'envoie en classe spécialisée, mais l'école, ils veulent la garder dans le quartier, ils veulent être ceux qui vont faire une différence. Ça me touche vraiment beaucoup. Je ne me sens plus seule aujourd'hui. (PAQ017)*

Des difficultés scolaires se révèlent au fil du parcours dans la majorité des cas, souvent liées à des profils neurodivergents. Plusieurs parents notent que, même si leurs enfants peinent, leurs notes paraissent suffisantes pour l'école, ce qui limite l'accès aux services et les pousse à se tourner vers le privé. Quelques jeunes vivent un parcours plus fluide, mais ils représentent une minorité.

Les relations avec les pairs sont généralement possibles, mais souvent marquées par une appartenance plus fragile ou des amitiés changeantes, reflétant une socialisation moins stable. Pour plusieurs jeunes, la combinaison de difficultés d'apprentissage, de comportements et de changements d'école mène parfois à un décrochage précoce ou à des parcours alternatifs. À travers ces trajectoires, les parents soulignent l'importance déterminante d'un adulte scolaire significatif, capable de reconnaître les forces de l'enfant et d'adapter ses attentes, ce qui peut stabiliser son expérience et soutenir sa réussite.

> *La première enseignante qu'il a eue, elle l'aimait. Et ça, ça l'a beaucoup sauvé. Encore à ce jour, il parle de cette enseignante-là avec affection. Elle l'aimait, puis elle disait : « Je t'abandonnerai pas, tu vas voir, on va avancer ». (PAQ028)*

8.1.13. SERVICES DPJ APRÈS L'ADOPTION

Quelques parents rapportent avoir sollicité les services de la DPJ après l'adoption, principalement lorsque les difficultés de leur enfant prenaient de l'ampleur : fugues, fréquentations à risque, comportements agressifs, crises répétées ou situations où ils ne se sentaient plus capables d'assurer seuls sa sécurité. Pour certains, l'intervention est arrivée à un moment critique et a constitué un soutien concret.

> *La DPJ est rentrée dans le dossier quand elle avait 15 ans. Tout le monde a peur de la DPJ, mais moi je les aimais. (rires) J'étais contente qu'ils soient là. Les filles étaient super fines, elles la rencontraient à toutes les semaines. [...] Ça a été la première fois, je pense, dans toute l'aventure, où est-ce que je n'étais plus toute seule avec mon problème. (PAQ026)*

Plusieurs parents décrivent aussi des signalements faits par l'école ou par eux-mêmes, notamment pour absentéisme, fugues ou comportements jugés inquiétants. Certains signalements ont été retenus rapidement; d'autres ont exigé de répéter les démarches pour qu'une intervention soit déclenchée. Dans plusieurs cas, la DPJ a offert des suivis à domicile auprès d'adolescents, ou a procédé à un retrait temporaire du milieu familial adoptif, lorsque les comportements ou l'épuisement parental rendaient la situation difficilement gérable. Certains jeunes ont été placés en famille d'accueil ou en CR.

> *Il a été placé à temps plein de décembre à mars. Puis là, ça marchait pas dans la famille d'accueil. La Madame n'en dormait plus, ne mangeait plus, n'était plus capable. Il fuguait, il menaçait les gens. Il allait jamais à l'école. [...] J'en ai fait des signalements, mais ça donnait rien. Finalement, il y a un signalement de l'école qui a été retenu. Il a été placé en unité jusqu'à ses 17 ans et demi, puis après ça, il était dans un organisme en transition vers la vie adulte. (PAQ043)*

Ces placements ont parfois offert un répit et un encadrement structurant, même si certains parents regrettent l'absence de services spécialisés pour traiter les traumas ou les enjeux d'attachement.

8.1.14. REPRÉSENTATIONS DE L'ENFANT ADOPTÉ

Les parents adoptifs expriment différentes représentations de leur enfant adopté, souvent en le comparant à ce qu'ils perçoivent du fonctionnement habituel des enfants de leur entourage, ou à ce qu'ils s'attendent d'un enfant issu de la banque mixte. D'un côté, ils normalisent certains comportements en les associant au développement typique des enfants, sans lien direct avec l'adoption. D'un autre côté, ils associent certaines caractéristiques au parcours préadoptif, comme des difficultés d'attachement, une anxiété plus marquée ou une sensibilité accrue face aux ruptures. Pour plusieurs parents, un enfant de la banque mixte n'arrive jamais « sans histoire » : il porte déjà des marques et une vulnérabilité perçue comme plus grande que celle d'un enfant sans parcours de placement.

Des bébés parfaits, il n'y en a pas à la DPJ. Des bébés parfaits, c'est des gens normaux qui gardent l'enfant, qui ont des suivis, qui veillent aux soins de l'enfant. (PAQ039)

Dans les familles ayant plusieurs enfants adoptés, les parents expliquent les différences entre leurs enfants non pas par leur environnement familial, identique pour tous, mais par leur histoire préadoptive et leurs caractéristiques biologiques propres, qui façonnent leurs forces et leurs défis.

Ils ne se ressemblent pas, malgré qu'on les ait élevés du pareil au même. [...] Les deux sont devenus deux personnes complètement différentes. (PAQ048)

Par ailleurs, certains parents ayant la même origine ethnique que leur enfant notent que son identité adoptive peut passer inaperçue, renvoyant à l'attente qu'un enfant devrait partager les traits physiques de ses parents. D'autres anticipent plutôt le moment où il constatera qu'il ne leur ressemble pas.

8.1.15. RELATIONS FAMILIALES ADOPTIVES

Le lien affectif entre l'enfant et ses parents adoptifs se développe à des rythmes variables selon son vécu préadoptif et ses ruptures antérieures. Certains arrivent méfiants, d'autres recherchent vite la proximité, et chez quelques parents, la possibilité que l'enfant reparte freine l'attachement au début. Avec le temps, la présence stable des parents et leurs gestes d'attention instaurent un climat sécurisant, de sorte que la relation reste généralement chaleureuse malgré les tensions ou les crises.

Au sein de la fratrie, les réactions à l'arrivée d'un enfant adopté varient : certains enfants développent rapidement des liens chaleureux ou protecteurs, tandis que d'autres vivent des frictions liées à l'anxiété, au tempérament ou aux effets du traumatisme. Les parents ne relèvent aucune différence selon que les frères et sœurs soient biologiques ou adoptés. À l'adolescence et à l'âge adulte, plusieurs fratries s'entendent bien lorsqu'elles sont réunies, mais entretiennent peu de contacts autrement.

Leur relation s'est développée comme n'importe quels frères et sœurs. Ils s'adorent et deux secondes plus tard, ils se détestent mortellement. Quand ils se battaient trop : « Ok, on va vous séparer ». Puis là c'était : « Bien, pourquoi ? ». On ne pouvait pas faire, ça c'était comme la pire chose. Encore, ils sont très solidaires. (PAQ027)

Dans les familles hétéroparentales, les relations diffèrent aussi selon le parent. Certains enfants, surtout ceux ayant vécu plusieurs ruptures avec des figures maternelles, établissent plus facilement un lien avec le père ou les hommes en général, alors que le lien avec la mère est plus long à se construire.

Ça faisait six mamans avant moi qui l'abandonnaient. Il ne voulait rien savoir de moi, c'était juste Papa. [...] Ce n'est pas moi qui ai pris le congé de maternité, c'est mon conjoint, parce qu'il ne voulait rien savoir des femmes. (PAQ086)

La relation entre parents adoptifs peut aussi être mise à l'épreuve par le stress du placement ou les comportements de l'enfant. Pour préserver l'équilibre, certaines familles redistribuent les rôles parentaux, alternent les nuits, consultent en thérapie ou, après une séparation, instaurent une garde partagée et des logements proches pour maintenir la coparentalité.

À l'âge adulte, plusieurs enfants oscillent entre se rapprocher et s'éloigner, parfois en adoptant des comportements difficiles, tandis que les parents tentent de maintenir le lien en restant présents et en posant des limites, malgré la fatigue que cela entraîne.

> *Il y a pas longtemps, il est parti. Ça a pas été sans douleur, parce que ça a été six mois où il était violent verbalement avec moi. Je disais : « Va-t'en ». Il partait vivre je sais pas où. Et puis il revenait. C'est moi qui décidais quand est-ce qu'il pouvait revenir. J'ai joué un peu au ping-pong avec lui par rapport à ça. [...] J'ai fait du mieux que je pouvais. (PAQ028)*

8.1.16. OUVERTURE DES PARENTS ADOPTIFS PAR RAPPORT À L'ADOPTION ET AUX ORIGINES

Les parents adoptifs décrivent généralement une grande ouverture à parler de l'adoption et des origines avec leur enfant. Pour la majorité, l'enfant a « toujours su » qu'il était adopté, et les parents répondent aux questions au fur et à mesure. Cette transparence n'exclut pas des hésitations : plusieurs décrivent la nécessité de trouver une manière adaptée et bienveillante de transmettre des informations difficiles sur les parents d'origine ou les circonstances du retrait, afin d'éviter que l'enfant se sente honteux ou rejeté.

> *S'il pose une question, admettons : « Moi, j'étais dans ta bedaine, maman ? ». « Bien non, t'étais pas dans ma bedaine ». Peut-être que trois jours plus tard, il va me dire : « Pourquoi j'étais pas dans ta bedaine ? » Là, c'est d'autres réponses qui vont survenir. [...] Je lui dirai pas : « Ta mère, c'est une droguée, puis ton père arrêtait pas de la battre. T'es le cinquième, tu étais même pas voulu, tu es un accident, puis elle t'a gardée. » Même si c'est la réalité, c'est pas ce qu'il mérite d'entendre. Il mérite d'entendre : « Ton père et ta mère, ils t'ont fait; puis ils avaient pas les ressources pour t'élever, ça fait que ta maman a pris la décision de te donner à moi, puis, c'est nous qui s'occupons de toi ». (PAQ039)*

Certains parents choisissent aussi d'être transparents auprès d'autres adultes (enseignants, intervenants, famille élargie) pour éviter les malentendus ou les explications confuses que l'enfant pourrait donner. D'autres préfèrent rester plus discrets dans ces contextes pour ne pas exposer leur enfant à des informations qu'il ne serait pas encore prêt à comprendre.

Selon les parents, l'ouverture des enfants à parler de leur adoption ou de leurs origines varie beaucoup. Certains en parlent librement ou posent spontanément des questions, alors que d'autres préfèrent ne pas aborder le sujet avec leurs pairs et ne manifestent de curiosité qu'à certains

moments. Les parents disent attendre que l'enfant montre lui-même de l'intérêt avant d'aller plus loin.

> *Ils ne posent pas de questions. [...] La journée que ça va venir, on va répondre. J'aime mieux être transparent, j'aime mieux être franc, que cacher puis qu'ils découvrent un moment donné. (PAQ067)*

8.1.17. CONTACTS POST-ADOPTION ET RETROUVAILLES

Les expériences relatives aux contacts post-adoption sont très variables, autant d'une famille à l'autre que pour un même enfant à différents moments de sa vie. Qu'il s'agisse de contacts maintenus au fil du temps, de retrouvailles plus tardives ou encore de simples échanges à distance (messages, photos), ces moments peuvent, selon les parents adoptifs, aider l'enfant à accéder à ses origines, mieux comprendre son histoire et faciliter son développement identitaire.

> *Juste le fait de voir que l'autre personne te ressemble physiquement, c'est déjà ça. Ça peut permettre d'avoir un lien d'appartenance à quelque chose, à quelqu'un. Comprendre quelle était ta situation, comprendre toute la petite histoire des neuf mois de grossesse, mais aussi les trois semaines où il a été à l'hôpital, puis un petit peu dans ses bras. Je trouve que c'est toujours intéressant de connaître le passé puis de pouvoir grandir mieux avec notre histoire. (PAQ048)*

Lorsque des contacts post-adoption existent, ils demeurent ponctuels et encadrés. Les parents adoptifs se montrent généralement ouverts, tout en posant des balises pour protéger l'enfant, surtout lorsque les rencontres le confrontent à des réalités difficiles du milieu d'origine. Dans les situations où aucun contact n'a été maintenu et où des retrouvailles surviennent plus tard, ces démarches soulèvent parfois des inquiétudes quant à la maturité de l'enfant, au risque de déceptions ou à la possibilité d'un refus du parent biologique, parfois vécu comme une nouvelle blessure. Les réactions des jeunes sont très contrastées : curiosité, ambivalence, désintérêt, colère ou désillusion. L'enthousiasme d'un premier contact peut céder la place au retrait après une rencontre physique ou une période de rapprochement qui expose l'écart entre les attentes et la réalité.

> *Il a rencontré sa grand-mère, sa sœur, sa mère biologique. Il a même été vivre avec sa mère biologique. C'est une période difficile et je ne voulais pas le retenir. Sa mère est encore dans le même bateau, elle vivait dans les sous-sols avec des rats, puis elle consommait, puis elle était dealer. Puis sa grand-mère, elle disait que c'était nous autres qui l'avait enlevé de là. [...] Je n'ai jamais parlé contre les parents biologiques. Il a fait ses propres jugements lui-même. (PAQ086)*

Dans tous les cas, les parents adoptifs jouent un rôle de soutien et de protection, préparant l'enfant aux différentes issues possibles et l'aidant à comprendre ce qu'il traverse et encadrant les démarches lorsque nécessaire. Plusieurs apprécient l'accompagnement des services de recherche

d'antécédents et de retrouvailles de la DPJ, tout en notant des limites (délais, manque de continuité, disponibilité restreinte des personnes intervenantes).

8.1.18. TRANSITION DE L'ENFANT VERS L'AUTONOMIE

La majorité des parents rencontrés décrivent des jeunes désormais majeurs ou en fin d'adolescence, pour qui l'autonomie demeure difficile à atteindre. Leur niveau de maturité ou leur fonctionnement quotidien reste souvent en décalage avec ce qui est attendu pour leur âge, même si certains progressent. L'adoption de saines habitudes de vie apparaît difficile pour plusieurs, qui, par exemple, consomment du cannabis ou d'autres substances, et peinent à maintenir leur hygiène personnelle ou faire l'entretien ménager.

Le passage vers la vie adulte s'accompagne aussi d'une instabilité marquée de l'emploi, des finances et du logement. Bon nombre ont du mal à conserver un rythme de travail, vivent des difficultés relationnelles avec leurs collègues ou perdent rapidement leurs emplois. Cette précarité se reflète dans la gestion financière, souvent chaotique. Bien qu'ils vivent presque tous en appartement et que certains connaissent une stabilité résidentielle, plusieurs vivent des déménagements répétés ou sont à risques d'évictions.

Sur le plan relationnel, les parents estiment que leur enfant est souvent porté à se tourner vers des profils eux-mêmes en difficulté, ayant des trajectoires instables ou constituant de mauvaises fréquentations.

> *Il s'est fait une blonde : oh my God, c'était épouvantable. Un autre problème aussi grand que le sien, finalement. [...] Son ami d'enfance, [...] c'est un petit criss dans la fraude, puis dans tout ce que tu voudras. [...] Ses fréquentations sont très mauvaises. J'ai beau essayer de lui expliquer que ce n'est pas bon, « change d'amis »; il n'y a rien à faire. (PAQ095)*

À travers ces difficultés, le soutien parental demeure essentiel, mais plusieurs parents atteignent parfois le bout de leurs capacités et font simplement ce qu'ils peuvent pour éviter que la situation dégénère. Ils continuent d'intervenir quand c'est nécessaire, tout en ressentant la fatigue de devoir constamment rattraper les choses lorsqu'elles dérapent.

> *La semaine passée, j'ai dit : « Ok, je vais t'aider encore une fois. Je vais t'aider à nettoyer l'appartement parce que tu ne peux pas vivre dans des vidanges comme ça. [...] Je ne veux plus jamais voir ça chez toi. Jamais. Là, les chaudrons, on va les jeter aux poubelles, puis on va t'acheter des assiettes en carton ». [...] On essaie encore de l'épauler, mais... Les choix qu'il fait, ce n'est pas des bons choix. (PAQ095)*

8.1.19. RECOMMANDATIONS

Plusieurs parents rencontrés ont porté un regard rétrospectif sur leur propre expérience au moment de réfléchir aux recommandations qu'ils souhaitaient émettre. Quelques témoignages concluent à

une expérience somme toute positive et enrichissante puisque, malgré les pleurs, l'anxiété et les remises en question, elle leur aura permis de réaliser leur rêve d'avoir une famille. Toutefois, la plupart font plutôt état d'une expérience mitigée, voire négative. Deux principaux enjeux sont évoqués, soit le sentiment que le système de la DPJ ne les a pas suffisamment soutenus ou a manqué de transparence quant aux réelles problématiques de l'enfant, ainsi que le fait de s'être sentis dépassés par l'ampleur de ces problématiques.

> *On n'a peut-être pas été chanceux parce qu'on a eu la totale. [...] Nous autres on faisait une belle vie. Tout allait bien là. [...] Moi je ne recommencerais pas, savoir ce que je sais aujourd'hui. C'est sûr et certain, parce que ça a été trop difficile. (PAQ095)*

Certains reconnaissent que l'expérience de devenir parent par adoption n'aura pas répondu à leurs attentes, mais se consolent lorsqu'ils constatent que l'enfant a, malgré tout, évolué positivement ou lorsqu'ils sont parvenus à maintenir une relation malgré les difficultés.

Les parents adoptifs formulent plusieurs recommandations à l'intention des personnes postulant à l'adoption banque mixte et régulière. Pour la plupart, l'objectif est de bien les préparer quant aux éventuels défis qu'ils sont susceptibles de rencontrer. Ils soulignent d'emblée l'importance d'un travail autoréflexif avant de s'engager dans le processus, notamment en clarifiant ses motivations et ses attentes. Quelques-uns insistent sur la nécessité de faire le deuil de l'enfant biologique :

> *Si tu veux avoir des enfants biologiques mais que tu ne peux pas, ne va pas dans le processus. Il faut que tu sois capable de dire : « Je veux des enfants ». Ça peut être un enfant de couleur, ça peut être un enfant gros, ça peut être un handicapé. [...] Donc il faut avoir l'esprit ouvert, une relation solide, et d'accepter d'avoir des enfants qui ne sont pas biologiques. (PAQ078)*

Plusieurs recommandent d'être proactifs dans la préparation à l'adoption et de s'informer en amont, citant les ouvrages de Johanne Lemieux comme incontournables pour comprendre les réalités de l'adoption. Ils soulignent l'importance de se renseigner sur les difficultés d'attachement, les effets de l'exposition prénatale aux drogues et à l'alcool, ainsi que sur la construction identitaire de l'enfant adopté, et ce, afin d'éviter de s'engager dans l'adoption de manière naïve et à mieux anticiper les défis à venir.

> *Peut-être d'avoir une formation. Ça se peut que ça aille bien, mais ça se peut que ça dérape aussi. L'amour ne règle pas tout. [...] (PAQ026)*

Les parents suggèrent aussi de bien s'entourer, notamment en échangeant avec leurs proches ou avec d'autres parents adoptifs en ligne ou au sein d'associations. Cela aide à traverser le temps d'attente, souvent vécu comme long et hors de leur contrôle.

Pour la période suivant l'arrivée de l'enfant, les parents rappellent que la parentalité adoptive en banque mixte comporte inévitablement des imprévus et des remises en question. Ils encouragent à demander et accepter l'aide pour ne pas être seuls face aux difficultés, et soulignent qu'un enfant

adopté nécessite un encadrement différent, plus sécurisant et bienveillant, moins punitif. Quelques parents recommandent de défendre activement les droits de l'enfant auprès de la DPJ ou de l'école afin qu'il obtienne les services nécessaires, quitte à contourner certaines règles. La collaboration avec la DPJ est généralement jugée importante, même si elle est parfois vécue comme à sens unique; être parent banque mixte exige ainsi une capacité de lâcher-prise.

> *Dans la rencontre d'information, on nous disait : « Là, c'est l'intervenant qui va avoir les mains sur le volant. Vous allez même pas être du côté passager, parce que des fois, c'est plus le parent [d'origine] qui est là. Vous allez être sur le backseat ». Non, on n'est pas sur le backseat : on est dans le trailer, il n'y a pas de suspension, puis il est plus ou moins bien attaché. Ça revole. (PAQ034)*

Après le jugement d'adoption, certains parents déplorent une rupture de services parce que la DPJ se retire, leur laissant le sentiment de revenir à la case départ et d'être noyés dans la masse. Considérant les difficultés spécifiques aux parcours de ces enfants, plusieurs souhaitent un soutien spécialisé continu. D'autres valorisent plutôt un recours aux services réguliers pour retrouver une certaine normalité.

QUE DOIT-ON RETENIR DES ENTREVUES AVEC LES PARENTS ADOPTIFS?

- Les raisons pour recourir à l'adoption sont variées selon les configurations familiales : pour les couples hétéroparentaux, l'adoption est souvent la solution aux problèmes d'infertilité ou de santé, alors que pour les couples homoparentaux, elle fait partie des options pour fonder une famille. La plupart des parents ont aussi exploré l'adoption internationale ou régulière. La banque mixte apparaît comme une solution rapide, accessible et peu couteuse comparativement aux autres options.
- La préparation à l'adoption repose à la fois sur des démarches officielles et sur un important travail personnel des parents. Les familles doivent composer avec une information parfois insuffisante ou anxiogène, des exigences matérielles pour l'accréditation, et une préparation émotionnelle soutenue pour anticiper les besoins de l'enfant. À cela s'ajoute une période d'attente très incertaine quant à l'âge, le profil ou l'arrivée de l'enfant, ce qui génère stress, hésitations et ajustements constants. Dans certains cas, les parents doivent même refuser un jumelage lorsque les besoins dépassent leurs capacités, une décision décrite comme déchirante.
- L'évaluation psychosociale est généralement perçue comme exigeante. Plusieurs familles en gardent une impression positive ou neutre, y voyant une simple formalité. Toutefois, pour plusieurs parents, le processus génère du stress, un sentiment d'être jugés ou une impression d'inadéquation des questions posées. Certains soulignent aussi des grilles d'évaluation mal adaptées, notamment pour les familles issues de la diversité sexuelle.
- Avant leur arrivée, le parcours de vie des enfants adoptés diffère. Certains sont arrivés au sein de la famille graduellement, d'autres dans un contexte d'urgence. Tous les enfants avaient connu des conditions de vie difficiles.

- La longueur du processus d'adoption, les démarches judiciaires ainsi que les contacts de l'enfant avec la famille biologique sont de grandes sources de stress pour les adoptants de la banque mixte. Tant que l'adoption n'est pas formalisée, les parents adoptifs vivent avec la crainte que l'enfant retourne dans son milieu d'origine.
- Les relations entre parents adoptifs et parents d'origine sont généralement harmonieuses lorsque ces derniers collaborent et reconnaissent pleinement le rôle parental des parents banque mixte; autrement, les échanges peuvent devenir tendus. Les parents adoptifs se trouvent d'ailleurs dans une position particulièrement délicate : ils souhaitent sincèrement que le parent d'origine aille bien, tout en sachant que cette amélioration pourrait entraîner un retour de l'enfant dans son milieu d'origine.
- Les parents rapportent recevoir beaucoup de soutien et d'enthousiasme de la part de leur entourage lors de l'arrivée de l'enfant. Toutefois, la famille élargie et les ami·es demeurent souvent prudents, par crainte que l'enfant quitte éventuellement. Par ailleurs, les besoins plus spécialisés ou plus constants de l'enfant dépassent parfois ce que leur réseau peut offrir, obligeant les parents à chercher d'autres formes d'aide.
- Le parcours scolaire des enfants adoptés en banque mixte est souvent complexe et nécessite des ajustements précoces, que ce soit par le choix du milieu scolaire, le report de l'entrée à l'école ou des changements en cours de route. Les difficultés d'apprentissage et les profils neurodivergents sont fréquents, limitant parfois l'accès aux services publics et poussant plusieurs familles vers le privé. Les relations avec les pairs sont possibles mais fragiles, et la présence d'un adulte scolaire significatif peut jouer un rôle déterminant pour stabiliser le parcours et soutenir la réussite.
- Dans quelques cas, la DPJ s'est réimpliquée auprès de la famille adoptive en lien avec des problématiques de délinquance, d'absentéisme scolaire, de fugue, etc. Ces interventions sont décrites comme bénéfiques.
- Les parents adoptifs considèrent qu'un enfant du programme banque mixte arrive toujours avec une histoire et une vulnérabilité propre à lui et cela explique certaines de leurs difficultés. Pour ceux qui ont adopté plus d'un enfant, les différences entre leurs enfants adoptés s'expliquent davantage par leur parcours antérieur et leurs caractéristiques génétiques que par l'environnement familial.
- Le lien affectif entre l'enfant et ses parents adoptifs se construit à des rythmes variables, influencé par les ruptures antérieures, la méfiance initiale ou, chez certains parents, la crainte que l'enfant reparte, mais il tend à devenir chaleureux et sécurisant grâce à la stabilité et aux soins quotidiens. Les parents ne notent pas de différence entre une fratrie biologique ou adoptée au niveau des liens.
- Les parents adoptifs sont ouverts à discuter de l'histoire d'adoption et des origines de l'enfant avec bienveillance en répondant à leurs questions. Pour une majorité, leurs enfants ont toujours su qu'ils étaient adoptés.
- La majorité des parents sont ouverts aux contacts post-adoption et aux retrouvailles. Ils jouent un rôle de soutien et de protection, préparant l'enfant aux différentes issues possibles et l'aidant à comprendre ce qu'il traverse et encadrant les démarches lorsque nécessaire. Plusieurs

apprécient l'accompagnement des services de recherche d'antécédents et de retrouvailles, tout en notant des limites (délais, manque de continuité, disponibilité restreinte des personnes intervenantes).

- La majorité des jeunes désormais majeurs peinent à atteindre l'autonomie : leur fonctionnement quotidien, leurs habitudes de vie et leur stabilité demeurent fragiles autant sur les aspects du travail, de l'éducation ou du logement. Ils s'entourent souvent de pairs eux-mêmes en difficulté, ce qui accentue leur vulnérabilité. Malgré leur soutien constant, plusieurs parents se sentent à bout de ressources et tentent surtout de prévenir que la situation ne dérape davantage.
- Considérant les parcours fragiles de leurs enfants adoptés, plusieurs participants déplorent qu'aucun support formel n'existe à la suite de l'adoption. Les participants recommandent aussi une plus grande réflexion et préparation en amont de l'arrivée de l'enfant.

8.2. RÉSULTATS DES ENTREVUES AVEC LES PERSONNES ADOPTÉES ADULTES

Pour rappel, 6 personnes adoptées adultes ont été rencontrées individuellement en entrevue. Ces personnes proviennent toutes de familles adoptives différentes et ont été adoptées par le biais du programme banque mixte.

Les résultats de ces entrevues sont organisés autour des thèmes suivants : 1) leurs connaissances par rapport à leur famille d'origine et aux raisons qui ont mené à leur adoption; 2) leur arrivée dans la famille adoptive; 3) leurs relations avec la famille d'origine avant leur adoption; 4) leurs relations avec leur famille adoptive; 5) leur parcours scolaire; 6) leurs relations d'amitiés et amoureuses; 7) leur expérience des services; 8) leur construction identitaire en tant que personne adoptée; 9) leur degré de curiosité par rapport à leurs origines; 10) leurs recommandations.

8.2.1. CONNAISSANCES LIÉES À LA FAMILLE D'ORIGINE ET LES RAISONS DE L'ADOPTION

La plupart des personnes rencontrées connaissent certaines informations sur leurs parents d'origine, en particulier la mère, comme leur nom, leur âge approximatif, leur lieu d'origine ou, dans un cas, l'année de décès. Toutes savent qu'elles ont une fratrie partageant les deux parents biologiques ou un seul, et certaines évoquent également des liens passés avec des membres de la famille d'origine élargie (p. ex., tante, grands-parents).

Lorsque questionnées sur leur compréhension des motifs ayant conduit à leur adoption, la moitié des personnes rencontrées rapportent en savoir très peu à ce sujet. Les autres évoquent différentes circonstances ou problématiques vécues par les parents biologiques qui faisaient obstacle à leur capacité de s'occuper d'enfants, incluant le jeune âge de la mère, des troubles liés à l'usage de drogue ou d'alcool ou d'autres troubles de santé mentale, de la violence conjugale ou de l'exploitation sexuelle au sein du couple ou encore des situations de négligence et de maltraitance dans le milieu familial.

Elle consommait pendant que j'étais dans son ventre, du crack, du cannabis, peut-être d'autres substances. Puis mon père biologique la forçait à faire ça, pour coucher avec d'autres hommes, tout ça. Puis il la battait. (EAQ009)

8.2.2. ARRIVÉE DANS LA FAMILLE ADOPTIVE

Les récits relatifs à l'arrivée dans la famille adoptive varient selon l'âge au moment du placement et selon la présence de souvenirs personnels. Une seule personne, arrivée vers l'âge de cinq ans, conserve des souvenirs directs. Si elle décrit aujourd'hui son arrivée comme un beau moment, elle se rappelle avoir beaucoup pleuré et cherché sa mère biologique, ce qui laisse entrevoir une expérience initiale empreinte de détresse malgré la qualité ultérieure du lien développé avec ses parents adoptifs.

Les autres personnes rencontrées, arrivées plus jeunes, indiquent ne conserver aucun souvenir direct de cette période, ou leur compréhension de leur arrivée repose surtout sur les récits transmis par leurs parents adoptifs. L'arrivée est alors décrite comme une période marquée par un retrait important, même en très bas âge. Certaines personnes évoquent un état de fermeture ou d'inhibition, parfois interprété à l'époque comme un trouble développemental ou sensoriel :

Quand je suis arrivée dans ma famille adoptive, j'étais comme un peu traumatisée donc je parlais pas, je disais rien, j'avais juste comme un blank state. Ça a fait croire à mes parents adoptifs que j'étais sourde. [...] C'est juste que c'est comme si je m'étais refermée. (EAQ009).

8.2.3. RELATIONS AVEC LA FAMILLE D'ORIGINE AVANT L'ADOPTION

Les personnes participantes conservent très peu de souvenirs directs des contacts avec leur famille biologique avant l'adoption. Elles savent toutefois que des visites supervisées ont eu lieu, information transmise par leurs parents adoptifs. Certaines rapportent également avoir appris que leur mère biologique ne se présentait pas toujours aux rencontres prévues.

Une personne participante, arrivée plus tardivement dans sa famille adoptive, garde des souvenirs fragmentaires des visites avec sa mère biologique jusqu'à la finalisation de l'adoption vers l'âge de cinq ans. Elle décrit une détresse marquée lors des visites :

Oui, c'est du traumatisme que j'ai vécu à cause de [mère biologique] parce qu'au début, [mère adoptive] n'était pas allowed dans la pièce avec nous, et puis je hurlais, jusqu'à m'en péter les poumons. J'étais comme : « Non, c'est [mère adoptive], ma mère ». (EAQ002)

Une autre personne participante décrit ces visites comme des moments peu investis affectivement, qu'elle percevait davantage comme une activité encadrée que comme une rencontre avec un parent :

J'ai comme oublié que j'avais une autre famille, puis j'allais aux rencontres de la DPJ. C'était juste comme... Je joue avec une Madame qui me regarde, puis c'est tout. (EAQ009)

8.2.4. RELATIONS AVEC LA FAMILLE ADOPTIVE

Les relations avec les parents adoptifs sont décrites de manière contrastée, allant de très positives à très négatives. Plusieurs personnes participantes rapportent un fort sentiment d'appartenance et l'absence de distinction ressentie par rapport aux familles biologiques :

Je voyais toujours d'autres enfants avec leurs parents biologiques et je ressentais le même amour pour mes parents [...]. Je savais que j'étais adopté mais genre... Il fallait que j'y pense pour m'en rappeler. (EAQ012).

Dans d'autres cas, le climat familial est marqué par des difficultés importantes, notamment des problèmes de consommation, de santé mentale, de violence ou de dynamique malsaine au sein de la famille (ex. aliénation parentale).

Mon père n'avait plus personne contre qui se défouler, donc c'était contre moi. La violence physique, l'intimidation, la violence psychologique à répétition... (EAQ049)

L'évolution des liens varie dans le temps : certaines relations tendues à l'adolescence se sont apaisées à l'âge adulte, tandis que d'autres se sont fragilisées. Par exemple, pour une personne participante qui présentait des comportements agressifs, un placement en CR a contribué à une détérioration temporaire des liens parentaux, suivie d'une amélioration après la fin du placement.

Enfin, les relations avec la fratrie adoptive sont peu abordées, et apparaissent plutôt distantes. Une personne souligne la rupture symbolique vécue à la majorité :

Depuis que j'ai 18 ans, on dirait qu'elle est comme : « Écoute, t'as 18 ans, tu n'es plus ma sœur. » (EAQ002).

8.2.5. PARCOURS SCOLAIRE

Les parcours scolaires des personnes participantes divergent. Une moitié décrit une expérience globalement positive, malgré certaines périodes plus difficiles liées au stress, à des enjeux relationnels ou au contexte de la COVID-19. Pour certaines, la pratique sportive a joué un rôle structurant et protecteur:

Je n'ai jamais été une première de classe, mais ça allait, je me débrouillais à l'école. [...] L'école était beaucoup mon safe space, où j'étais vraiment bien. [...] Puis j'avais des activités, je pratiquais du sport. (EAQ049).

L'autre moitié des personnes rencontrées présentent des parcours plus difficiles, marqués par des troubles neurodéveloppementaux affectant l'apprentissage (dyslexie, dysorthographie,

dyscalculie, dysphasie, TDA/H, TSAF). Deux ont emprunté des voies parallèles (FMS ou DEP) sans terminer le secondaire.

L'intimidation constitue par ailleurs un élément central de plusieurs récits. Presque toutes les personnes rencontrées rapportent en avoir vécu en lien avec leur origine culturelle, leur adoption, l'orientation sexuelle de leurs parents adoptifs ou un diagnostic particulier. Certaines rapportent également avoir subi de l'intimidation ou des micro-agressions de la part d'adultes à l'école.

> *Je me faisais dire que j'avais pas de famille… Je parlais en classe, ils me lançaient des « ta gueule », des trucs de même. De la violence physique. Mon père avait vomi du sang, j'étais comme marqué par ça; j'avais des flashbacks auditifs et visuels, puis il y a une prof qui faisait tout pour que je fasse des crises de panique. […] Elle avait mis un film sur les hémorragies internes. Clairement, elle était venue me prendre par l'épaule, me shaker et elle me disait que j'avais pas de futur. (EAQ009)*

Enfin, l'ensemble des personnes participantes associe fortement la qualité de leur expérience scolaire à la présence ou non d'amitiés significatives, celles-ci ayant parfois varié au fil du temps selon les périodes, les milieux scolaires ou les dynamiques d'intimidation et d'intégration. Par exemple, cette personne explique que son intégration a été facilitée après que son diagnostic de TSAF ait été expliqué aux autres élèves :

> *L'intimidation a cessé, ou en tout cas, très diminué parce que là c'était comme : « Oh ok, on comprend. C'est pas tant de ta faute si tu agis de telle ou telle façon. » […] C'était plus facile pour moi de m'intégrer. (EAQ002)*

8.2.6. AMITIÉS ET RELATIONS AMOUREUSES

Lorsque questionnées sur leurs relations amicales, plusieurs décrivent un cercle restreint composé d'une ou deux personnes proches, parfois maintenues depuis l'enfance ou l'adolescence. Pour certaines, les équipes sportives ont facilité la création de liens, tandis que d'autres évoquent une tendance à l'isolement ou une difficulté à maintenir des relations dans le temps.

La question de la confiance apparaît centrale dans plusieurs témoignages. La moitié des personnes rencontrées insistent sur l'importance de relations fiables, bienveillantes et sans jugement.

> *Je sais qu'ils sont des vrais amis parce que même quand je ne parlais pas trop, ils étaient quand même là. […] Ils disaient : « OK, tu peux rester, nous on va parler, toi tu peux regarder ta série télé ». Et ils m'acceptaient comme ça. (EAQ012)*

La moitié des personnes participantes abordent également leurs relations amoureuses. Dans ces récits, le lien de couple apparaît fortement investi et associé à un besoin important de sécurité affective. Si une personne décrit une relation actuelle marquée par la confiance et l'écoute, les autres évoquent des relations au sein desquelles la séparation apparaît difficile malgré des expériences d'abus et d'isolement, ou de conflits répétés :

Souvent, on va se chicaner. Dans ma tête, je suis comme : « OK, décaliss, vas-t-en, c'est terminé. » Mais mon cœur me dit : « Non, on peut pas vivre sans lui. » C'est super compliqué. (EAQ002)

8.2.7. SERVICES REÇUS

L'ensemble des personnes participantes a eu recours à différents services dans leur parcours, notamment en lien avec des besoins de santé physique, de santé psychosociale et neurodéveloppementale, de soutien scolaire, de PJ, ainsi que de soutien en contexte de violence familiale ou conjugale. Si l'accès aux services est fréquent, les expériences rapportées varient quant à leur continuité, leur adéquation aux besoins et la qualité du lien avec le personnel d'intervention.

Sur le plan de la santé physique, la plupart ont reçu des soins rapidement, notamment à la naissance ou durant l'enfance, à la suite d'hospitalisations ou de suivis spécialisés. Ces services sont généralement décrits comme accessibles.

En santé psychosociale, la majorité rapportent avoir reçu des services au fil de leur trajectoire, souvent auprès de nombreuses personnes intervenantes. Malgré cette multiplicité, plusieurs expriment une insatisfaction quant aux retombées perçues, évoquant l'absence d'amélioration, le fait que l'intervention visait davantage le parent que l'enfant ou encore une difficulté à établir un lien de confiance. Certaines mentionnent également des services spécialisés non obtenus ou interrompus, notamment en raison de critères d'admissibilité, de délais d'attente ou de la transition vers la majorité :

J'ai pas fait la thérapie à cause de la COVID puis parce que c'était pour les mineurs. J'ai eu mes 18 ans pendant la COVID, j'ai pas terminé mon secondaire 5, j'ai pas eu ma thérapie. Je suis en attente depuis mes 18 ans pour une autre thérapie qui dure trois ans. Je n'ai plus de psychiatre. C'est hell of compliqué. (EAQ002)

Quelques expériences positives sont néanmoins évoquées, notamment lorsque la stabilité d'une personne intervenante a été maintenue ou lorsqu'un lien significatif a pu se développer. Près de la moitié indiquent par ailleurs avoir reçu des services scolaires, surtout au primaire, en lien avec des difficultés d'apprentissage ou des troubles neurodéveloppementaux, qu'elles décrivent comme structurés et aidants.

Certaines parlent aussi d'interactions avec le système de PJ à l'adolescence. L'une relate un placement en CR dans un contexte de rupture du milieu familial, vécu de manière contrastée selon les milieux, incluant un transfert en centre fermé et des épisodes de contention, tout en soulignant le rôle déterminant d'une éducatrice dans son parcours. Une autre rapporte un auto-signalement pour violence familiale non retenu par la DPJ et mentionne avoir reçu ultérieurement du soutien du CAVAC et de l'IVAC dans le cadre de démarches juridiques.

Enfin, une participante rapporte avoir reçu de l'aide en contexte de violence conjugale à l'âge adulte, incluant du soutien psychosocial et un accompagnement lié aux conséquences financières et relationnelles.

La majorité estiment que, dans leur trajectoire de consultation, leur vécu adoptif n'a pas été suffisamment pris en compte :

> *On ne revenait jamais au point que j'ai été adoptée. Vivre de la violence, c'est difficile pour tout le monde; vivre la violence en étant adoptée, c'est quand même aussi difficile. [...] Je l'ai toujours dit, mais ça n'a jamais été comme : « Oh, ok, en plus il y a ça. » (EAQ049)*

8.2.8. IDENTITÉ ADOPTIVE

L'identité adoptive occupe une place significative dans le discours de l'ensemble des personnes participantes. Loin d'être un simple événement du passé, l'adoption demeure une dimension active dans la construction de soi, dans les relations et dans les choix de vie. Toutes les personnes rencontrées ont grandi en sachant qu'elles étaient adoptées. Dans leurs récits, l'adoption est généralement comprise comme une décision prise dans leur intérêt, compte tenu des difficultés présentes dans leur milieu d'origine. Pour plusieurs, elle constitue une composante importante de leur histoire, sans pour autant définir entièrement qui elles sont.

> *C'est une partie de moi, puis ça va toujours rester là, c'est mon parcours. Mais en même temps. Je suis ma propre personne à moi, puis mon adoption ne définit pas qui je suis au complet. (EAQ009)*

Certaines expriment également de la reconnaissance pour les possibilités offertes par leur trajectoire adoptive, notamment sur le plan scolaire ou affectif. Toutefois, cette reconnaissance coexiste parfois avec une réflexion critique sur leur parcours, particulièrement lorsque la famille adoptive a été marquée par de la violence, de l'instabilité ou un manque de soutien.

Pour au moins la moitié des personnes participantes, l'adoption est associée à des enjeux relationnels persistants, notamment en matière d'attachement, de peur du rejet ou d'abandon. Ces enjeux sont explicitement reliés à l'expérience d'abandon initial ou à la rupture du lien biologique.

> *Je me disais : « Si ta propre mère biologique pouvait t'abandonner, il n'y a rien qui arrête des personnes qui sont des amies [...] de faire la même chose. (EAQ012).*

Les questions d'appartenance ethnoculturelle occupent également une place importante dans plusieurs récits. Pour certaines personnes dont les traits ethnoculturels diffèrent de ceux de la majorité ou de ceux de leurs parents adoptifs, cette différence a été source d'intimidation ou de malaise durant l'enfance et l'adolescence. La réappropriation de leurs origines s'est parfois faite progressivement, au contact de membres de la fratrie d'origine ou d'autres jeunes issus du même groupe ethnoculturel. Un participant décrit s'être longtemps senti en décalage, ne se reconnaissant

ni pleinement dans son environnement familial adoptif ni dans le groupe ethnoculturel associé à ses origines :

> *Je me sentais comme si j'étais un faux, parce que je connaissais rien de la culture, j'avais pas le nom de famille, j'avais même pas le prénom. (EAQ012)*

Pour d'autres, les ressemblances physiques découvertes lors des retrouvailles ont été vécues comme profondément significatives. Voir des traits communs avec des membres de la famille d'origine a permis de donner une matérialité à leur histoire et de réduire un sentiment d'étrangeté ou d'isolement, comme si certaines pièces identitaires trouvaient enfin leur place. Dans certains cas, toutefois, les contacts avec la famille d'origine ont ravivé des inquiétudes sur certaines ressemblances non souhaitées.

> *En ce moment, je me sens très mal, parce que je suis sur le BS. [Mère biologique], elle est sur le BS. Puis j'ai peur de devenir comme elle. (EAQ002)*

Le rôle des parents adoptifs apparaît déterminant dans la manière dont ces enjeux identitaires ont été vécus. Lorsque l'ouverture, la transparence et la disponibilité émotionnelle étaient présentes, les questionnements liés aux origines ou aux retrouvailles semblent avoir été traversés avec davantage de sécurité. À l'inverse, certaines décrivent un sentiment persistant de manque lorsque les interrogations étaient minimisées ou redirigées :

> *« Ah mais tu vis avec nous, c'est moi ta mère puis toi t'es ma fille, puis je t'aime ». Oui, mais je suis quand même curieuse. Puis il y a quand même un sentiment de manque, de vide à l'intérieur. (EAQ049)*

Enfin, l'identité adoptive influence les projections vers l'avenir. Pour certaines personnes, elle nourrit un désir éventuel d'adopter à leur tour. Pour d'autres, elle suscite des questionnements importants quant au désir d'être parent, notamment par crainte de reproduire certaines dynamiques vécues. Dans un cas, elle a orienté un choix de carrière en droit de la famille.

8.2.9. CURIOSITÉ EN LIEN AVEC LES ORIGINES ET RETROUVAILLES

La curiosité envers la famille biologique traverse l'ensemble des récits, avec des intensités variables selon les moments de vie. Pour la majorité, les questions émergent tôt et portent sur l'identité des parents d'origine et les circonstances de l'adoption : qui sont-ils, pourquoi l'adoption a-t-elle eu lieu, m'ont-ils oublié? Chez certaines personnes, ces questionnements deviennent envahissants, avec l'impression qu'il est impossible d'avancer sans réponses. À l'inverse, d'autres tentent de les tenir à distance en imaginant leurs parents décédés ou en évitant d'en savoir davantage, stratégie rendant l'histoire plus supportable :

> *J'aime mieux rester dans le secret que d'en apprendre trop, puis d'être fâché [...] puis de pas être capable de leur pardonner. (EAQ016)*

Toutes ont entrepris des démarches de recherche, à différents moments et par diverses voies. Les réseaux sociaux occupent une place importante, offrant un accès direct et rapide à la famille d'origine. Pour certaines, ce canal a facilité des retrouvailles significatives; pour d'autres, il a mené à un contact avant qu'elles ne se sentent prêtes :

> *Quand je lui écrivais, c'était comme : « Je t'aime maman! » [...] Mais la petite [prénom de la participante] n'est pas consciente qu'elle a été battue par sa belle petite maman gentille. Je pense que ce n'était pas le bon moment, c'était beaucoup trop jeune. (EAQ048)*

Certaines ont utilisé les services RAR, d'autres ont privilégié des démarches autonomes. Au-delà du canal, plusieurs soulignent l'importance de pouvoir décider du moment, du rythme et des modalités des contacts.

Au moment de l'entretien, la moitié des personnes participantes avaient rencontré au moins un parent biologique, et une seule avait rencontré les deux. Les premières rencontres sont fortement contrastées. Certaines sont décrites comme un grand moment positif de retrouvailles :

> *On était là, puis on pleurait. J'ai couru dans les bras de tout le monde. [...] Il y a une photo prise par ma mère [adoptive], il y a tout le monde qui pleure, puis moi j'ai juste un gros sourire, je suis juste tellement contente! (EAQ009)*

Pour d'autres, les retrouvailles sont ambivalentes ou décevantes :

> *Aucune émotion de ma part. Ça a duré 1h, je n'ai même pas osé poser de questions. On est restée en surface pendant 1h, puis après ça, on s'est dit « bye ». (EAQ048)*

Lorsque l'expérience ne correspond pas aux attentes ou que les dynamiques relationnelles ne conviennent pas, certaines réévaluent la place accordée à ces liens, allant parfois jusqu'à rompre le contact.

Les liens avec la fratrie sont généralement vécus plus positivement. Presque toutes ont rencontré au moins un membre de leur fratrie biologique, même si les contacts demeurent souvent épisodiques.

Aujourd'hui, les trajectoires restent diversifiées. Pour certaines, la quête s'est apaisée après l'obtention de réponses ou des rencontres. Pour d'autres, le processus se poursuit, dans l'attente de réponses officielles ou de l'acceptation éventuelle d'un parent ayant auparavant refusé le contact.

8.2.10. RECOMMANDATIONS

Les recommandations formulées par les personnes participantes convergent vers la nécessité de reconnaître la spécificité de l'expérience adoptive et d'offrir un accompagnement adapté, tant pour les jeunes que pour leurs parents. La recommandation la plus récurrente concerne la mise en place

de services spécialisés en adoption. Plusieurs estiment que l'adoption ne devrait pas être considérée comme un simple événement du passé, mais comme une réalité ayant des effets durables sur l'identité, le sentiment d'appartenance et certaines réactions comportementales.

> *Je trouve que j'ai été traitée trop normalement. [...] On a trop oublié que j'ai été adoptée et qu'être adoptée, bien il y a des besoins qui viennent avec ça. (EAQ049)*

Plusieurs recommandent qu'un accompagnement soit offert d'emblée aux jeunes, sans dépendre uniquement de l'initiative parentale, et qu'un suivi soit assuré après l'adoption afin de vérifier que leur situation évolue favorablement. Certaines personnes soulignent l'importance d'avoir accès à des ressources professionnelles neutres, notamment en milieu scolaire, pour exprimer leurs questionnements ou leurs émotions, ou encore à des espaces de rencontre entre jeunes adoptés, afin de réduire le sentiment de différence ou d'isolement et de favoriser le partage d'expériences communes.

Il est également recommandé d'offrir des services spécialisés afin d'aider les parents à mieux comprendre les réactions et les besoins spécifiques liés à l'adoption, et à éviter d'en minimiser l'impact, ainsi que de développer des structures institutionnelles de sensibilisation à l'adoption afin que cette responsabilité ne repose pas uniquement sur les parents.

Les personnes participantes soulignent aussi l'importance d'une plus grande stabilité dans les interventions et les milieux de vie, les changements fréquents de foyers ou d'intervenants étant perçus comme particulièrement déstabilisants pour des jeunes déjà confrontés à des ruptures.

> *Pourquoi changer d'intervenante ? [...] Quand tu grandis dans un environnement instable, tu deviens une personne instable. (EAQ009)*

Dans l'ensemble, ces recommandations traduisent un besoin de continuité, de stabilité et de reconnaissance explicite des enjeux propres à l'adoption, au-delà du moment formel de placement ou d'intégration dans la famille adoptive.

QUE DOIT-ON RETENIR DES ENTREVUES AVEC LES PERSONNES ADOPTÉES ADULTES?

- Les personnes adoptées disposent d'informations fragmentées sur leur famille d'origine et connaissent rarement les raisons exactes de leur adoption, lesquelles impliquent fréquemment violence, négligence ou problèmes graves chez les parents d'origine.
- La majorité des personnes adoptées n'ont pas de souvenir de leur arrivée dans leur famille adoptive étant donné leur bas âge. Elles détiennent certaines informations qui sont rapportées par la famille adoptive : majoritairement, leur arrivée est marquée par une certaine détresse, même si par la suite l'intégration est positive.
- Les souvenirs des visites pré-adoption sont rares, mais lorsqu'ils existent, ils sont souvent associés à de la détresse, à un faible investissement affectif, voire à une incompréhension du sens ou de l'utilité de ces visites.

- Les relations avec la famille adoptive varient fortement, allant d'un fort sentiment d'appartenance à des environnements marqués par d'importantes difficultés familiales. Les relations avec la fratrie sont décrites comme distantes.
- Les expériences scolaires sont à l'opposé pour les personnes participantes; pour certaines, l'expérience fut positive, alors que pour d'autres, le parcours scolaire a été semé d'embûches (difficultés d'apprentissage liées à des troubles neurodéveloppementaux, tels que dyslexie, dysorthographie, dyscalculie, dysphasie, TDAH, TSAF). Plusieurs rapportent avoir subi de l'intimidation dans le milieu scolaire en lien avec leurs origines, leur adoption ou l'orientation sexuelle de leurs parents adoptifs. La présence (ou non) d'amitiés positives semble venir influencer leur expérience.
- D'ailleurs, les relations amicales autant qu'amoureuses reposent fortement sur la confiance et la sécurité affective, avec parfois des difficultés à maintenir des liens ou à quitter des relations malsaines.
- Les personnes adoptées ont reçu une grande variété de services psychosociaux, mais décrivent un parcours fragmenté, instable et souvent inadéquat, marqué par des ruptures de suivi, des critères d'accès restrictifs et un manque de prise en compte de leur réalité adoptive. En contraste, les services reçus dans le milieu scolaire et les soins de santé physique sont décrits comme efficaces et structurés.
- L'identité adoptive reste une dimension centrale et active dans la vie des personnes rencontrées : elle influence leur sentiment d'appartenance, leurs relations et leurs choix de vie. Elle s'accompagne souvent d'enjeux d'attachement et de questions liées aux origines, y compris ethnoculturelles. Le soutien des parents adoptifs joue un rôle déterminant dans la manière dont ces enjeux sont vécus. Enfin, cette identité façonne aussi les projections vers l'avenir, notamment le rapport à la parentalité.
- Les personnes adoptées demandent des services spécialisés, continus et sensibles à la réalité adoptive, tant pour elles que pour leurs parents. Plusieurs estiment que l'adoption ne devrait pas être considérée comme un simple événement du passé, mais comme une réalité ayant des effets durables sur l'identité, le sentiment d'appartenance et certaines réactions comportementales.

8.3. RÉSULTATS DES ENTREVUES AVEC LES PARENTS D'ORIGINE

Pour rappel, 6 parents d'origine ont été rencontrés en entrevue, soit 4 mères et 2 pères. À noter qu'une mère et un père d'un même couple de parents d'origine ont été rencontrés ensemble. Les données sont donc issues de 5 familles d'origine différentes. Ce sont toutes des expériences d'adoption par le biais du programme banque mixte.

Les résultats sont organisés en fonction des thèmes suivants : 1) leur relation avec l'enfant avant le placement; 2) l'arrivée de la DPJ dans leur vie; 3) leur situation au moment où l'enfant a été placé; 4) les services reçus pendant le placement; 5) le soutien informel reçu pendant le placement; 6) les contacts avec l'enfant pendant le placement; 7) l'expérience du processus d'adoption; 8) les représentations et les relations avec la famille d'accueil; 9) les relations avec le personnel de la DPJ;

10) les représentations du système de la DPJ; 11) leurs expériences au tribunal; 12) les contacts après l'adoption; 13) leurs représentations des retrouvailles; et 14) leurs représentations de leur rôle parental après l'adoption.

8.3.1. RELATION ET CONTACT AVEC L'ENFANT AVANT LE PLACEMENT

Les parents d'origine décrivent leur relation avec leurs enfants avant le placement à partir d'expériences de parentalité contrastées. Ces expériences varient notamment selon la durée du contact avec l'enfant, le contexte de vie et les conditions psychosociales dans lesquelles la parentalité s'est exercée.

Chez certains parents, la relation avec l'enfant a été interrompue très tôt, parfois dès la naissance, ce qui limite la construction du lien et la possibilité de se représenter la relation dans la durée.

> *J'ai pas eu de lien maternel, à cause qu'ils me l'ont enlevé tout de suite. (POQ004)*

À l'inverse, certains parents ayant vécu une période plus longue avec leur enfant rapportent une expérience de parentalité perçue comme simple ou sans difficulté, décrivant un enfant calme et facile, en insistant sur leur capacité à répondre à ses besoins.

> *Avec moi, c'était un enfant modèle. Elle pleurait jamais pour rien. Elle était tout le temps de bonne humeur. (...) Seul moment où elle chignait un peu : quand sa couche était humide. Je changeais sa couche. Puis elle était contente, elle jouait avec ses affaires. J'ai jamais eu un problème avec mon enfant. (POQ001)*

Pour d'autres, l'expérience parentale est décrite comme plus difficile, marquée par des défis liés à la santé de l'enfant, à l'épuisement et à un sentiment d'être dépassé.

> *J'ai souffert beaucoup de dépression. J'ai essayé d'avoir soin d'eux autres, j'ai essayé d'avoir soin de moi, mais [enfant], elle ne m'écoutait pas non plus, c'était très difficile. (POQ005)*

8.3.2. ARRIVÉE DE LA DPJ

L'ensemble des parents décrit l'arrivée de la DPJ dans leur vie comme un moment déchirant, vécu sur le mode de la violence et de l'incompréhension. Ils décrivent l'intervention comme un moment marqué par une incompréhension des motifs et du déroulement de l'intervention, vécue comme arbitraire et injuste. Qu'elle soit soudaine ou anticipée, l'intervention est racontée comme un événement traumatisant où les parents se sentent rapidement piégés dans un processus dont les règles leur échappent.

> *Ils sont comme : « On a eu un signalement de négligence. On est venus la chercher. » Je suis comme : « As-tu un papier qui dit que ma fille est négligée? » Elle me dit : « Non. [...] Tu n'auras pas le choix de coopérer. ». [...] Quand eux, ils ont emmené ma petite, ça m'a démoli bien raide. (POQ006)*

Ce participant explique avoir lui-même signalé la situation de sa fille en raison des comportements de son ex-conjointe, mais que cette demande d'aide s'est retournée contre lui :

> *J'ai appelé la DPJ. (...) « Vous êtes inapte à vous occuper de votre enfant? » « Je suis pas inapte à m'occuper de mon enfant, j'ai juste besoin d'aide temporairement. » (...) « Bon bien c'est ça, juste écrire que vous êtes inapte à vous occuper de votre enfant. » À partir du moment qu'il a écrit « inapte à s'occuper de mon enfant », la DPJ s'est mis à interpréter ça d'un paquet de manières qui existent pas pour me faire paraître comme une mauvaise personne. (POQ001)*

Les parents expliquent que même leurs réactions face au retrait de leurs enfants ne sont pas perçues comme de la détresse légitime, mais plutôt comme une preuve de leur inadaptation et de leur incompétence parentale.

> *J'ai lâché un méchant cri de mort. Je pense que j'ai peut-être réveillé le quartier parce qu'il y a un ciboire que j'ai crié. Ils ont appelé la police et ils l'ont fait venir chez nous parce qu'ils pensaient que j'allais me suicider. (...) Ça, ça m'a salie auprès de la justice après ça. (...) Ils ont dit que j'avais réagi très fort. (POQ007)*

8.3.3. SITUATION AU MOMENT DU PLACEMENT

Au moment du placement, les parents décrivent des conditions de vie difficiles, marquées par une précarité matérielle et financière et des problèmes de santé physique ou psychologique. Ces difficultés s'inscrivent dans une trajectoire de vie déjà fragilisée et constituent le contexte immédiat dans lequel survient le retrait de l'enfant.

> *La place où je vivais avant, c'était vraiment insalubre. C'était pas adéquat, même pour moi. [...] Il commençait à y avoir de la moisissure dans les murs. [...] J'aurais voulu aller travailler, mais avec l'état de santé que j'ai, je ne sais pas si j'aurais été capable. » (POQ006).*

À ces difficultés s'ajoutent, pour certains, des relations conjugales instables ou marquées par la violence, qui contribuent à accentuer la vulnérabilité au moment du placement.

Enfin, certains participants situent leur vécu parental dans une trajectoire de vie marquée par des événements traumatiques plus anciens, notamment des violences subies durant l'enfance :

> *Je suis une fille qui a été battue par son propre père, qui a été violée par son oncle. (POQ007)*

8.3.4. SERVICES REÇUS PENDANT LE PLACEMENT

Au moment du placement de l'enfant, quelques parents indiquent avoir eu accès à certains services, principalement par l'entremise d'organismes communautaires ou de CLSC, notamment pour des besoins matériels ou alimentaires (ex. programme OLO, aide ponctuelle). Certains

rapportent également avoir entrepris des démarches de leur côté afin d'obtenir des services psychosociaux ou spécialisés, comme des suivis psychologiques ou des séjours en centre mère-enfant.

Par ailleurs, plusieurs participants décrivent avoir suivi différents cours, thérapies ou programmes, parfois à répétition. Du point de vue des parents, ces démarches sont souvent perçues avant tout comme des conditions à remplir dans l'espoir de revoir leurs enfants, plutôt que comme des interventions répondant à leurs besoins.

> *On m'a dit : « Tu veux ravoir tes enfants? Fais ci, fais ça. » Je suis allée à tous mes rendez-vous et je n'ai jamais eu mes enfants. J'ai arrêté, y'a rien qui ne donnait rien. (POQ005)*

D'autres rapportent n'avoir reçu aucun service de soutien, malgré leurs demandes d'aide. Certains expriment une méfiance à l'égard des services offerts, perçus comme étant en connivence avec la DPJ. Dans ces situations, les services ne sont pas vécus comme des espaces de soutien indépendants, mais plutôt comme une prolongation du processus décisionnel, renforçant l'impression, chez certains parents, que le système est orienté contre eux.

> *C'est la DPJ qui ont leur psychologue puis il m'a fait (...) un rapport faussé. (...) J'en n'ai pas eu de service. J'ai juste eu de l'oppression. (POQ001)*

8.3.5. SOUTIEN INFORMEL PENDANT LE PLACEMENT

Les parents décrivent des situations contrastées en matière de soutien informel. Certains rapportent avoir bénéficié d'un appui de la part de membres de leur famille ou de leur entourage (ex. aide matérielle, soutien émotionnel). D'autres, au contraire, évoquent l'absence de soutien, en raison de réseaux familiaux limités, de proches eux-mêmes en difficulté ou de relations déjà fragilisées.

Cependant, les témoignages montrent que le contexte de l'intervention de la DPJ n'est pas neutre dans ces dynamiques. Pour plusieurs parents, le placement ou les démarches entourant la DPJ entraînent une détérioration des relations avec leurs proches, marquée par des tensions, des jugements ou des ruptures.

> *Mon père l'a mal pris [annonce de la mise en adoption], puis il m'a raccroché la ligne au nez. Depuis ce temps-là, il m'a renié. Ça lui a vraiment faite mal. Il m'a dit : « Tu es une mauvaise mère, tu es une ci, tu es une ça. » Il ne m'a pas supporté du tout. (POQ006)*

Dans d'autres situations, ce sont plutôt des membres du réseau familial qui ont directement contribué à l'intervention de la DPJ en effectuant eux-mêmes un signalement :

> *Ma mère et ma sœur, c'est elles qui ont dit à la DPJ que je faisais des choses. C'est eux autres qui ont causé le trouble. (POQ005)*

8.3.6. CONTACTS PENDANT LE PLACEMENT

À la suite du placement, tous les parents rencontrés avaient des contacts supervisés avec leur enfant. Ces contacts sont globalement vécus comme des expériences difficiles. Plusieurs parents soulignent un manque de flexibilité dans l'organisation des contacts, notamment en ce qui concerne les horaires et les lieux de visite, rendant les interactions parent-enfant plus difficiles. La nécessité de s'absenter du travail, les déplacements requis parfois sur de longues distances et des annulations de visites en cas de retard sont d'autres situations vécues comme rigides et décourageantes.

> *J'étais camionneur. Donc ce n'est pas comme si je peux faire des demi-journées de travail. Pour les visites, ça me faisait perdre 2 jours de travail. (...) Ils m'ont fait des visites où j'arrivais, puis j'avais pas la salle de jeu. J'étais obligé de jouer dans une salle de conférence avec des chaises puis des tables. Ou bien, un moment donné, (...) je suis arrivé 16 minutes en retard. Vu que ça faisait une minute de trop, ils ont cancellé la visite (POQ001)*

Sur le plan émotionnel, les contacts sont souvent associés à une détresse importante. Les parents décrivent un sentiment d'abattement après les visites et une remise en question de leurs capacités parentales. Certains rapportent que leurs enfants manifestaient de l'inconfort ou de la détresse lors des visites, accentuant leur sentiment d'impuissance et rendant plus difficile le maintien ou la reconstruction du lien dans un cadre supervisé.

> *Je me sentais comme démolie, démoralisée. J'arrêtais pas de me dire dans ma tête : « On dirait que tu es une mauvaise mère. » (...) J'ai dit : « Je ne sais vraiment plus quoi faire de ma vie. Mes visites passent mal. Ma petite, on dirait qu'elle ne me connaît pas. On a de la misère à créer une connexion ensemble. » (POQ006)*

8.3.7. PROCESSUS D'ADOPTION

Pour la plupart des parents, l'adoption s'inscrit dans un processus graduel plutôt que dans une annonce soudaine. Chez certaines mères déjà connues des services, l'éventualité d'un retrait définitif est évoquée très tôt, parfois dès la grossesse. Dans d'autres situations, l'adoption se laisse deviner avant d'être formellement nommée, à travers les propos des intervenants ou l'orientation donnée au dossier :

> *« Le retour des filles auprès de vous est sombre. » Moi, j'ai allumé tout de suite que je ne les récupérerai pas. J'aurais beau remuer ciel et terre, je ne les récupérerai pas. (POQ007)*

À ce stade du parcours, les réactions décrites sont moins marquées par l'explosion émotionnelle que lors de l'intervention initiale. Plusieurs parents parlent plutôt d'abandon ou de résignation.

> *Je me suis sentie impuissante. (...) Dans ma tête à moi, je le savais que j'avais pas le choix. (POQ004)*

Certains affirment même avoir considéré l'adoption comme la meilleure option pour leur enfant, malgré la souffrance que cela impliquait.

8.3.8. REPRÉSENTATIONS ET RELATIONS AVEC LA FAMILLE D'ACCUEIL BANQUE MIXTE

Les informations dont disposent les parents d'origine au sujet de la famille d'accueil banque mixte varient considérablement. Certains connaissent peu ou pas la famille qui a accueilli leur enfant et rapportent n'avoir eu que peu d'occasions d'échange. Dans quelques cas, les parents disent ne plus savoir où se trouve leur enfant après un changement de milieu.

D'autres parents ont rencontré la famille d'accueil banque mixte et en gardent une impression positive. Ils décrivent une relation respectueuse et expriment de la confiance quant aux soins offerts à leur enfant.

> *Ils sont gentils, je les aime. Ils prennent soin de ma fille. (...) Je leur fais confiance. (POQ006)*

À l'inverse, certains témoignages sont marqués par la méfiance ou la colère. Quelques parents remettent en question les motivations des familles d'accueil ou critiquent certaines pratiques observées.

> *Il y a beaucoup de ces gens-là qui veulent être familles d'accueil parce que ça donne du cash. Des vaches à lait. (POQ001)*

Les relations peuvent aussi évoluer avec le temps. Dans certains cas, un lien minimal ou cordial avec la famille d'accueil banque mixte se détériore à la suite de l'intervention d'un intervenant ou d'un changement dans le dossier.

> *Aussitôt que l'intervenante est rentrée dans le dossier, je n'avais plus de contact avec la famille d'accueil. (...) Ça allait super bien, on se parlait, puis ça a tout chié. (POQ008)*

8.3.9. RELATIONS AVEC LES INTERVENANTS DE LA DPJ

Les relations avec les intervenants de la DPJ sont majoritairement décrites comme tendues et conflictuelles. Plusieurs parents disent avoir eu le sentiment d'être provoqués, jugés ou piégés, avec l'impression que leurs démarches et leur version des faits n'étaient pas réellement prises en compte.

> *C'était l'intervenante qui venait peser sur mes pitons pour me faire réagir, pour après écrire dans le dossier. (...) Il n'y a pas personne qui veut entendre ma version des faits. (...) Ils ont toujours fait des choses pour soit me perturber intentionnellement, ou bien compter des menteries pour que ça tourne à leur avantage. (POQ001)*

Chez certains, la méfiance va plus loin et prend la forme d'une représentation très négative des intentions des intervenants, perçus comme cherchant avant tout à retirer les enfants plutôt qu'à soutenir les familles. Le roulement fréquent des intervenants est aussi décrit comme déstabilisant et comme un frein à l'établissement d'un lien minimal de confiance.

> *Ça fait 18 fois que je change d'intervenant en 5 ans. (...) Je suis écœurée de me faire salir d'un bord puis de l'autre par du monde qui apparaissent dans ta vie deux semaines, puis qui décalissent. (POQ007)*

Cela dit, certains parents distinguent une intervenante en particulier qu'ils décrivent comme soutenante et aidante, montrant que la relation peut être vécue différemment selon la personne en poste.

> *La seule qui m'a aidé c'est (intervenante DPJ). (...) Elle sait quand je suis stressée, elle sait quand j'ai de la peine. (POQ005)*

8.3.10. REPRÉSENTATIONS DU SYSTÈME DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

Au-delà des relations individuelles avec les intervenants, plusieurs participants développent une représentation très négative du système de protection de la jeunesse dans son ensemble. La DPJ est décrite comme une institution puissante, difficile à contester, voire corrompue. Ils estiment que le système protège ses propres décisions et que les recours sont limités, voire illusoires. Dans certains discours, cette lecture du système s'intensifie et s'accompagne d'un sentiment d'injustice sociale, prenant la forme d'accusations très graves à l'égard de l'institution :

> *La DPJ, en réalité, c'est du trafic d'enfants légal. (...) C'est pas pire : le gouvernement finance un organisme qui fait du trafic d'humains. (...) Il faudrait qu'ils s'attaquent aussi à ceux qui ont de l'argent. Autant les médecins que les avocats, ils sont pas blancs comme neige. Mais c'est toujours ceux qui sont sous le seuil de pauvreté [qui sont visés]. (POQ008)*

8.3.11. EXPÉRIENCES DU TRIBUNAL

Tous les parents ont participé aux procédures judiciaires entourant le placement et l'adoption de leur enfant. Certains insistent sur le fait qu'ils se sont présentés aux audiences et qu'ils ont coopéré au processus, malgré les contraintes personnelles que cela impliquait.

Dans la continuité de leurs relations avec la DPJ, plusieurs décrivent toutefois un sentiment d'injustice ou d'inégalité au tribunal, avec l'impression de ne pas être réellement entendus. Pour l'un d'eux, cette impression l'a conduit à renvoyer son avocat et à se représenter seul, estimant qu'il n'avait, de toute façon, aucune chance dans un système perçu comme défavorable :

> *Je n'ai jamais été capable de parler au juge. (...) Rendu à ce point-là, mon avocat, je l'ai crissé dehors. Je me représentais seul. (...) Moi, des lectures puis toutes ces*

affaires-là, je suis pas bon. Ça fait que j'avais aucune chance contre eux autres. (POQ001)

D'autres ont l'impression que les règles de la cour sont appliquées selon un double standard :

Je me suis fait avertir que si je ne me mettais pas quelque chose sur les épaules, j'étais retirée de l'audience. Puis elle (intervenante), qui est habillée en mini-jupe, ne se fait pas avertir. (POQ007)

Cela dit, le passage au tribunal constitue aussi, pour certains, un moment où formuler des demandes précises qui ont parfois été respectées, notamment en lien avec les contacts post-adoption.

8.3.12. CONTACTS POST-ADOPTION

Aucun des parents rencontrés ne rapporte de contacts directs réguliers avec l'enfant adopté. Pour quelques parents, le seul lien maintenu consiste en l'envoi ponctuel de photos ou de brèves nouvelles.

Au début, les familles d'accueil me l'avaient proposé si je voulais avoir des photos. (...) J'ai dit oui, ça ne me dérangerait pas. Puis j'ai dit : « Avoir des nouvelles de son cheminement, ça ne me dérangerait pas non plus. » Quand eux en ont discuté avec l'intervenante, elle était d'accord avec ça. (...) Elle me les imprimait, puis elle me les mettait dans un duo-tang. (POQ006)

Dans d'autres cas, l'absence de nouvelles alimente des démarches personnelles pour tenter de savoir où se trouve l'enfant, sans qu'il s'agisse de contacts reconnus ou formels.

Peu importe où sont mes enfants, je sais exactement ce qui se passe avec eux autres et exactement ce qu'ils font. Puis j'ai des connexions dans les garderies. (...) Papa, quand il veut savoir quelque chose, il le sait. (POQ008)

Enfin, une participante rapporte des contacts indirects et non souhaités lorsque ses autres enfants, dont elle a récupéré la garde après un placement en famille d'accueil, croisent leur fratrie maintenant adoptée dans des lieux publics, ce qui crée malaise et tension.

8.3.13. REPRÉSENTATIONS DES RETROUVAILLES

La plupart des parents entretiennent l'espoir de retrouver leur enfant à 18 ans. Pour certains, cette attente prend la forme d'un véritable compte à rebours, associé à l'idée qu'une rencontre future pourrait réparer la séparation. L'espoir de retrouvailles s'accompagne parfois de la conviction que des obstacles viendront entraver ce moment :

Moi, honnêtement, j'ai l'impression que je vais voir ma fille, ça me guérirait instantanément. (...) Elle va avoir 18 ans à un moment donné. (...) Sauf que les gens dans sa vie vont l'empêcher [de me retrouver]. (POQ001)

À l'inverse, une participante ayant consenti à l'adoption envisage une éventuelle rencontre uniquement si l'initiative vient de l'enfant et lorsque celui-ci se sentira prêt.

Quand ils seront prêts à me voir, laissez mes enfants venir vers moi. (POQ006)

8.3.14. REPRÉSENTATIONS DU RÔLE PARENTAL POST-ADOPTION

Malgré l'absence physique de leurs enfants, plusieurs parents affirment que leur identité parentale demeure intacte, priorisant la filiation biologique.

Ils sont sortis du ventre à moi, pas du ventre à personne d'autre. (POQ004)

À l'inverse, d'autres décrivent une atteinte profonde à leur sentiment de compétence parentale. L'intervention de la DPJ et la perte de leurs enfants viennent confirmer, à leurs yeux, leurs craintes ou leurs doutes quant à leur capacité d'être parent.

Moi, je l'avais dit avant la naissance des filles que j'avais peur de ne pas être à hauteur. Ça m'a juste prouvé que j'avais raison. (POQ008)

Certaines trajectoires montrent toutefois une évolution différente. Une participante, dont trois enfants ont été adoptés, rapporte avoir retrouvé confiance en elle à la naissance d'un nouvel enfant et se sentir désormais compétente dans son rôle.

J'ai bien évolué après avoir fait mes cours d'habileté parentale. Moi et mon conjoint, on a eu notre première visite hier. [Intervenante des autres enfants] est venue voir comment je me débrouillais. Ils ont vu que je me suis très bien débrouillée. (POQ006)

Enfin, pour une participante dont certains enfants sont maintenant majeurs, la difficulté ne réside plus dans la reconnaissance interne du rôle de mère, mais dans le regard porté par ses enfants adultes, qui refusent d'entretenir un lien avec elle.

Moi je suis grand-mère, mais j'ai pas pu prendre ses enfants, elle me dit t'es pas ma famille. (...) J'essaie de leur dire que « le passé, c'est le passé, je ne vous ai rien fait ». Puis ils me disent : « T'étais pas capable d'avoir soin de nous autres. » Parfait, moi j'abandonne. (POQ005)

QUE DOIT-ON RETENIR DES ENTREVUES AVEC LES PARENTS D'ORIGINE?

- Les expériences parentales des parents d'origine avant l'adoption sont très variables. Pour certains, aucune relation significative ne s'est établie avec l'enfant, celui-ci ayant été retiré du milieu familial très tôt. Pour d'autres, le portrait est plus contrasté : une partie reconnaît avoir

vécu des difficultés dans leur rôle parental, tandis qu'une autre tend à idéaliser leur expérience et à mettre en valeur leurs compétences en tant que parents.

- L'arrivée de la DPJ et le retrait des enfants causent une grande détresse aux parents biologiques, détresse qui, même des années plus tard, se fait encore ressentir. Cependant, cette détresse n'est pas perçue comme légitime, mais plutôt comme un symptôme de leurs difficultés.
- Les parents avaient tous des contacts supervisés avec leurs enfants après le placement. Ces contacts sont décrits comme douloureux et ne sont pas propices à la création et au maintien du lien avec l'enfant. Les lieux, les horaires et la distance sont nommés comme étant des obstacles au bon déroulement. Une fois l'adoption ordonnée, une minorité de parents reçoivent des photos ou des nouvelles et ce, toujours via la DPJ. Un parent affirme ne pas savoir où est son enfant, ayant perdu sa trace à la suite d'un changement de milieu.
- Les parents présentent généralement des conditions de vie précaires, marquées par la pauvreté économique et l'isolement social. Issus de milieux défavorisés, beaucoup racontent avoir eux-mêmes été exposés à des expériences d'abus ou de négligence au cours de leur vie.
- Les relations avec les personnes intervenantes sont généralement très tendues et empreintes de méfiance, le roulement de personnel important est nommé comme un facteur aggravant. Cette méfiance s'élargit au système de protection de la jeunesse, perçu comme un système d'oppression qui agit en toute impunité.
- À toutes les étapes de l'intervention, les parents d'origine décrivent un sentiment de grande impuissance; même devant le tribunal, ils ne se sentent pas entendus, comme si tout était décidé d'avance.
- Les parents d'origine attendent le moment où ils pourront être réunifiés avec leur enfant. Cet évènement est perçu comme porteur d'espoir et de guérison.

8.4. SIMILARITÉS ET DIVERGENCES ENTRE LES EXPÉRIENCES DES MEMBRES DE LA TRIADE ADOPTIVE

À la lecture des résultats des entrevues avec chaque groupe de membres de la triade adoptive, quelques éléments en commun ressortent et sont exposés ici.

- Le roulement du personnel de la DPJ est nommé comme un obstacle à la création d'un lien de confiance autant par les parents d'origine, les parents adoptifs et les personnes adoptées, qui parlent tous de cette instabilité.

- Le manque de services spécialisés et adaptés est nommé par les trois groupes : les parents d'origine se sentent non accompagnés et impuissants, les parents adoptifs peinent à accéder à des ressources post-adoption et les personnes adoptées rapportent des difficultés d'accès aux services et une non-reconnaissance de leur réalité spécifique.

- Les contacts entre l'enfant et sa famille d'origine sont vécus douloureusement par les trois parties : les parents d'origine les trouvent douloureux et peu propices au maintien du lien (souvent à cause des lieux, la durée ou la fréquence); les parents adoptifs les vivent comme une source de stress et une menace à leur projet familial, et les personnes adoptées,

lorsqu'elles s'en souviennent, les associent à de la détresse et à une incompréhension de leur utilité.

- Le sentiment d'impuissance face au système est partagé par les parents d'origine et, dans une certaine mesure, par les parents adoptifs. Des deux côtés, les parents se sentent également peu soutenus institutionnellement.

Outre ces expériences communes, l'analyse du discours des membres de la triade adoptive fait également ressortir des divergences, qui sont présentées ici.

- Les relations avec le personnel de la DPJ sont vécues de façon contrastée selon les groupes : les parents d'origine décrivent ces relations comme tendues et empreintes de méfiance, tandis que les parents adoptifs les décrivent majoritairement comme positives. Cela illustre, d'une certaine manière, leurs positions à l'opposé dans le système.
- La perception de la souffrance diffère selon les groupes : la détresse des parents d'origine n'est pas reconnue comme légitime et est interprétée comme un symptôme de leurs difficultés, tandis que la détresse des parents adoptifs face aux défis de la parentalité est davantage reconnue et soutenue.
- Le vécu de l'adoption comme événement passé ou comme une réalité constante diffère selon les groupes : pour les parents adoptifs, l'adoption semble être davantage intégrée, voire invisible, dans la vie quotidienne, alors que pour les personnes adoptées, elle reste une dimension identitaire centrale. Les parents d'origine, eux, demeurent dans l'attente d'une réunification, comme si l'adoption les plaçait en veilleuse, comme une histoire inachevée.
- L'espoir de réunification des parents d'origine contraste directement avec le fort sentiment d'appartenance à la famille adoptive rapporté par une majorité de personnes adoptées.

CHAPITRE 9. RÉSULTATS CONCERNANT LA SANTÉ DES PERSONNES ADOPTÉES

Patricia GERMAIN

Roxanne BRAULT

Ce chapitre porte spécifiquement sur la **santé des enfants adoptés**. Il répond à **l'objectif 3** du projet de recherche, soit : décrire l'état de santé global d'enfants adoptés au Québec et l'utilisation des soins et services par les familles adoptives. Pour brosser ce portrait de santé, les données proviennent du portrait régional de même que des questionnaires en ligne et des entrevues réalisées auprès de personnes adoptées et de parents adoptifs.

9.1. DONNÉES DE SANTÉ CHEZ LES ENFANTS ADOPTÉS À PARTIR DU PORTRAIT RÉGIONAL

En continuité de ce qui a été présenté dans les chapitres précédents, la présente section du rapport fait état du **portrait régional** en regard de la santé chez les enfants adoptés au Québec entre 2017 et 2022. Pour ce faire, les dossiers de protection de la jeunesse et d'adoption de **248 enfants adoptés** ont été consultés.

Lors de la consultation des dossiers, les membres de l'équipe de recherche ont utilisé une liste prédéterminée d'éléments pour tenter de brosser un portrait de santé global de l'enfant, allant de la période prénatale jusqu'à l'âge de 17 ans et 364 jours. Les thèmes sélectionnés abordaient la santé physique et mentale.

À noter, lors de la lecture de cette section du chapitre, que les informations ont été **traitées selon leur disponibilité** dans les dossiers consultés, par conséquent dans les résultats obtenus de cette collecte. Ainsi, selon l'information qui est présentée, la taille de l'échantillon (*n*) peut varier et sera précisée à chaque fois. Il est donc suggéré de porter une attention particulière à ce détail afin de faciliter la compréhension. Bien que les thèmes touchant la santé abordés ci-dessous s'appuient sur des tailles d'échantillons variés, plusieurs résultats s'avèrent pertinents et permettent d'illustrer des constats importants à propos de ce portrait régional de la santé globale des enfants adoptés au Québec.

9.1.1. DONNÉES DE SANTÉ DU RAPPORT DE NAISSANCE DISPONIBLE DANS LE DOSSIER D'ADOPTION

9.1.1.1. SEXE DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Tel que mentionné dans le chapitre 5, rappelons que parmi les 248 dossiers d'enfants consultés, 52 % des enfants sont de sexe masculin (*n*=130) et 48 % des enfants sont de sexe féminin (n=118).

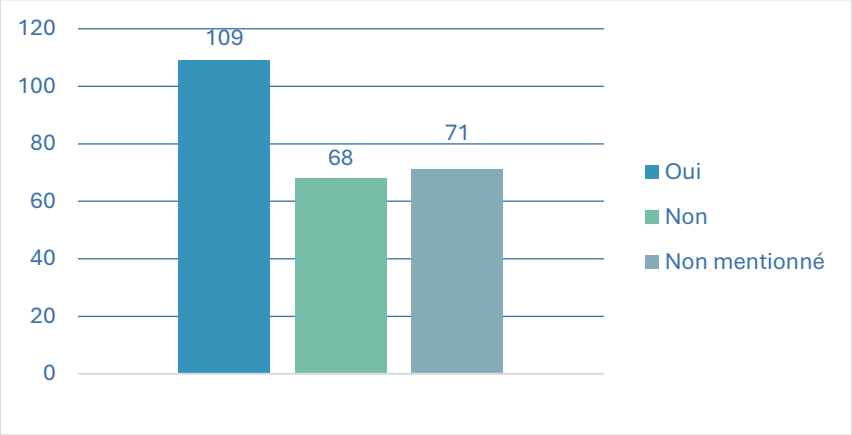
9.1.1.2. EXPOSITION PRÉNATALE À DES DROGUES

Sur un total de 248 dossiers d'enfants, il est mentionné dans 44,0 % des dossiers (*n*=109) que l'enfant a été exposé à des drogues durant la période prénatale, et dans 27,4 % des dossiers (*n*=68), que l'enfant n'y a pas été exposé. Il y a donc une grande prévalence de consommation de drogue chez les mères d'origine durant la grossesse. D'ailleurs, lorsqu'il est question de consommation de drogues dans un dossier, plusieurs drogues sont consommées en concomitance.

Dans 28,6 % des dossiers (*n*=71), l'information concernant l'exposition prénatale aux drogues est manquante. Il n'est pas possible de dire si cette information est absente des dossiers d'adoption parce qu'elle n'a pas été transmise par la mère d'origine ou parce qu'il s'agit d'une information qui n'est pas notée systématiquement par le personnel intervenant du domaine psychosocial procédant à la collecte d'informations sur la naissance de l'enfant adopté.

À noter qu'une exposition prénatale à des drogues est une information importante pour la surveillance de l'état de santé du bébé à sa naissance ainsi que pour son développement durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte.

Figure 66. Exposition prénatale à des drogues chez les enfants adoptés

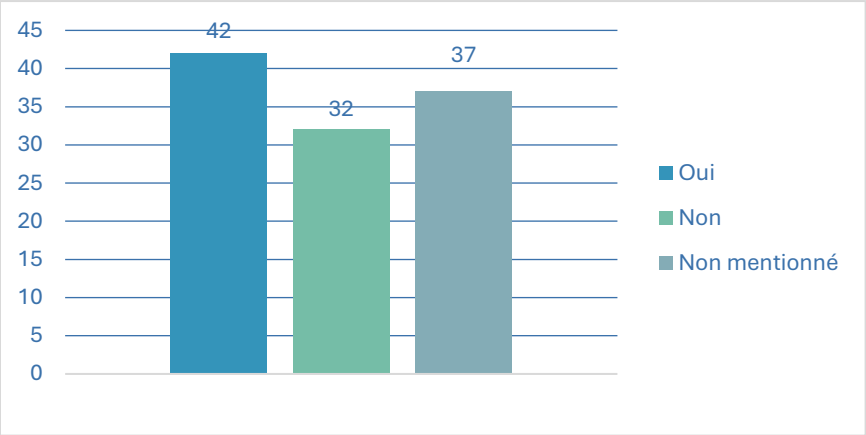


Note. N=248.

9.1.1.3. SYMPTÔMES DE SEVRAGE DE DROGUES À LA NAISSANCE

Sur les 109 dossiers où il est indiqué que l'enfant a été exposé à une consommation de drogues durant la période prénatale, 38,5 % des dossiers (*n*=42) indiquent la présence de symptômes de sevrage à la naissance. Également, 27,5 % des dossiers (*n*=30) indiquent l'absence de symptômes de sevrage à la naissance, alors que dans 33,9 % des dossiers (*n*=37), l'information n'est pas mentionnée. Considérant l'information précédente, il est préoccupant de constater que pour une proportion importante des enfants (33,9 %), on ignore s'il y a des symptômes de sevrage. Or, on sait à quel point ces éléments ont un impact sur l'état de santé et la trajectoire des besoins de l'enfant en termes de santé.

Figure 67. Symptômes de sevrage de drogue à la naissance chez les enfants adoptés

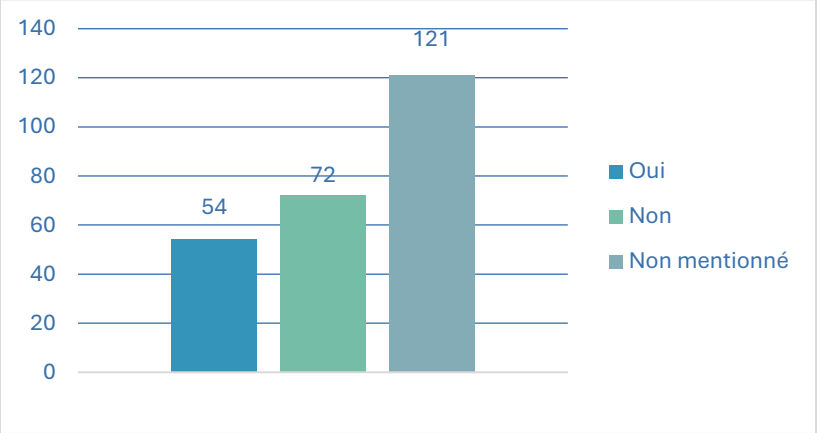


Note. N=109

9.1.1.4. EXPOSITION PRÉNATALE À L'ALCOOL

En ce qui a trait à l'exposition prénatale à l'alcool, l'information n'est pas mentionnée dans un nombre plus important de dossiers comparativement à l'exposition prénatale aux drogues. En effet, sur un total de 248 dossiers, cette information n'est pas mentionnée dans près de la moitié des dossiers consultés, soit 49 % (*n*=121). Lorsque l'information est présente au dossier, on observe une grande prévalence d'exposition prénatale à l'alcool, dans 21,9 % des dossiers (*n*=54). Enfin, dans 29 % des cas, il n'y a pas d'exposition prénatale à de l'alcool (*n*=72).

Figure 68. Exposition prénatale à l'alcool chez les enfants adoptés



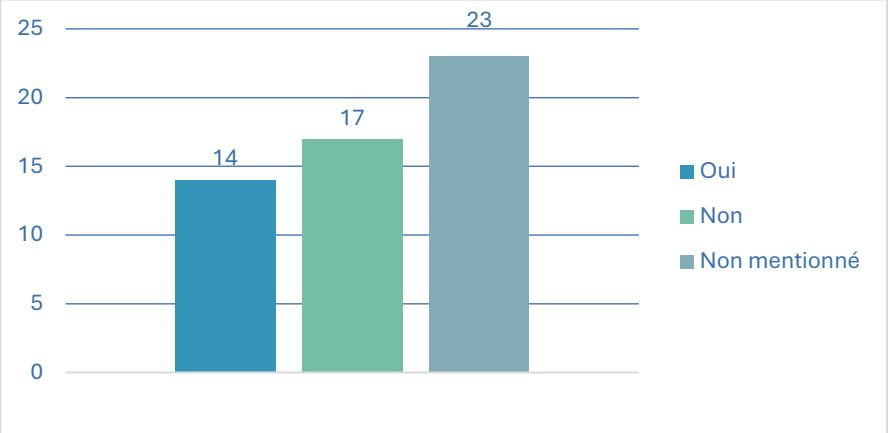
Note. N=248.

9.1.1.5. SYMPTÔMES DE SEVRAGE À L'ALCOOL À LA NAISSANCE

En ce qui concerne les symptômes de sevrage à l'alcool, les résultats indiquent une proportion similaire d'enfants ayant eu des symptômes de sevrage à alcool à la naissance (*n*=14*)* que d'enfants n'ayant pas eu de symptômes de sevrage à alcool à la naissance (*n*=17*)*. Également, tout comme pour l'exposition prénatale aux drogues, l'information concernant la présence de symptômes de sevrage à l'alcool n'est pas mentionnée dans un nombre important de dossiers (*n*=23*)*. Il s'agit d'une

information concernant les conditions de vie périnatale de l'enfant qui est tout aussi importante pour la trajectoire de soins que celle concernant l'exposition prénatale à l'alcool.

Figure 69. Symptômes de sevrage à l'alcool à la naissance chez les enfants adoptés



Note. N=54.

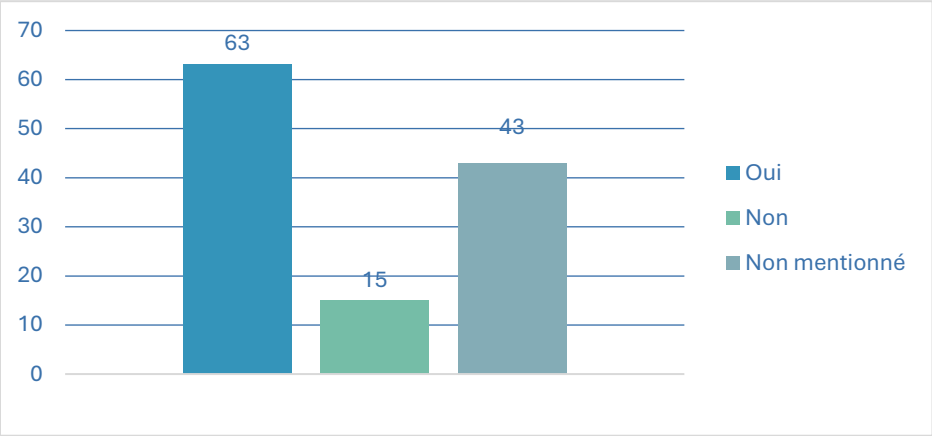
9.1.1.6. TEST DE SEVRAGE D'ALCOOL ET/OU DE DROGUE À LA NAISSANCE DANS LE DOSSIER D'ADOPTION

La présence de tests de sevrage d'alcool et/ou de drogues est documentée dans 121 dossiers. De manière plus précise, il s'agit de 67 dossiers où il est indiqué que l'enfant a été exposé aux drogues durant la période prénatale (55,4 %), 12 dossiers où il est indiqué que l'enfant a été exposé à l'alcool (9,9 %) et 42 dossiers où l'enfant a été exposé aux drogues et à l'alcool (34,7 %).

Un test de sevrage est présent dans 52,1 % des dossiers (*n*=63), alors que dans 12,4 % des dossiers (*n*=15), on note l'absence de ce type de test, ce qui signifie que l'enfant n'a pas été testé. Enfin, dans 35,5 % des dossiers (*n*=43), il n'y a pas de mention quant à la présence ou l'absence de tests de sevrage d'alcool et/ou de drogue.

À titre d'information clinique, il n'y a pas de protocole systématique pour l'utilisation des tests de sevrage d'alcool et/ou de drogue à la naissance. Cette décision est prise par le médecin soignant selon le contexte clinique à l'égard d'une suspicion d'exposition à l'alcool et/ou aux drogues. Ceci peut expliquer la disparité dans les résultats présentés.

Figure 70. Présence de test de sevrage d'alcool et/ou de drogue dans le dossier d'adoption



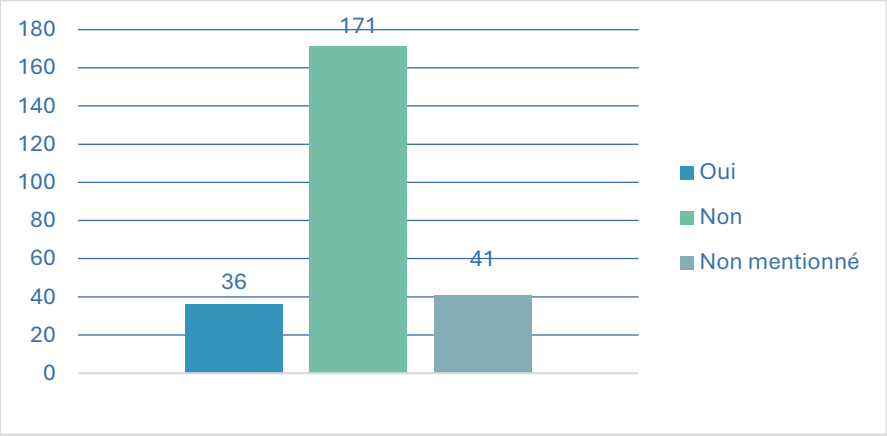
Note. N=121.

9.1.1.7. FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Un poids de naissance inférieur à 2500 g (5,5 livres) est considéré comme un faible poids de naissance. Cela peut entraîner des répercussions à plusieurs niveaux pour la santé de l'enfant, telles qu'une augmentation du risque de mortalité néonatale et infantile, des retards de croissance, des difficultés cognitives et développementales, ainsi qu'une prédisposition à certaines maladies chroniques à l'âge adulte (p. ex., obésité, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires) (World Health Organization [WHO]/Organisation mondiale de la santé [OMS], 2025). Dans 14,5 % des dossiers (*n*=36), le poids de l'enfant à la naissance était inférieur à 2500 g (5,5 livres), alors que dans 69,0 % des dossiers (*n*=171), le poids à la naissance était supérieur à 5,5 livres. Enfin, dans 16,5 % des dossiers (n=41), l'information concernant le poids à la naissance n'est pas mentionnée.

Considérant la prévalence de l'exposition prénatale aux drogues et/ou à l'alcool relevée dans les dossiers, il est surprenant qu'un si petit nombre d'enfants ait un faible poids à la naissance. En effet, ce type d'exposition est souvent un facteur de risque pour un faible poids à la naissance.

Figure 71. Faible poids à la naissance

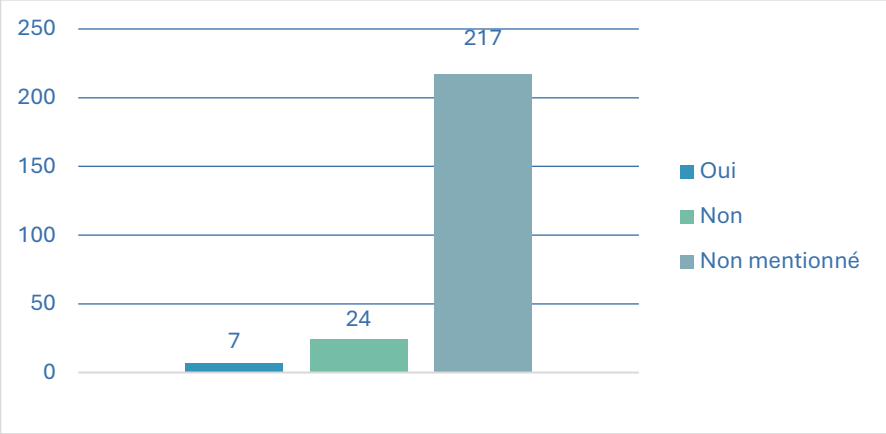


Note. N=248.

9.1.1.8. RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

En ce qui concerne la présence ou l'absence de retard de croissance intra-utérin, l'absence d'information au dossier est surprenante : dans 87,5 % des dossiers (*n*=217), l'information n'est pas mentionnée au dossier. Seulement 2,8 % des dossiers (*n*=7) mentionnent que l'enfant a un retard de croissance intra-utérin et 9,7 % des dossiers (*n*=24) mentionnent que l'enfant n'a pas de retard de croissance intra-utérin. Pourtant, l'exposition à la drogue ou à l'alcool est un des facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin (CHU de Québec - Université Laval, 2025). Considérant les autres données recueillies concernant les conditions prénatales, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une proportion plus élevée d'enfants présente probablement une condition de retard de croissance intra-utérin.

Figure 72. Retard de croissance intra-utérin



Note. N=248.

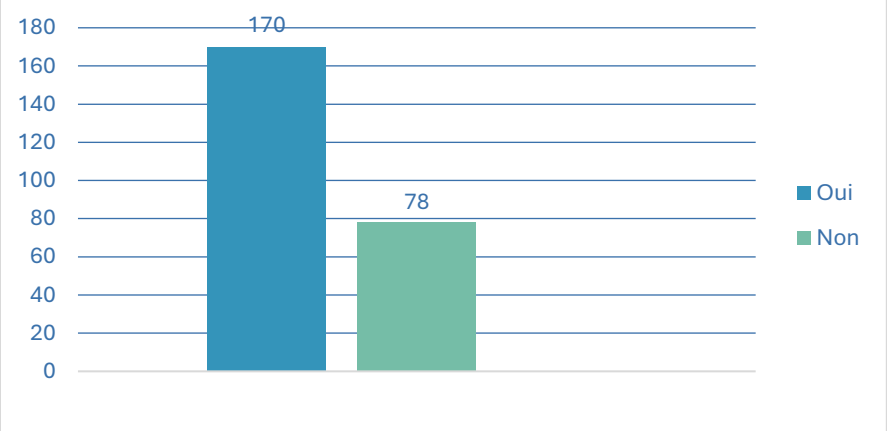
9.1.1.9. PRÉSENCE OU ABSENCE DE SCORE APGAR

Avant de présenter les résultats en regard du score APGAR, quelques précisions s'imposent. Dans les minutes suivant la naissance d'un enfant, une évaluation rapide est faite à partir du score d'APGAR. C'est une évaluation standardisée de l'état de santé d'un nouveau-né à un moment précis. Cet indice a été conçu pour évaluer la nécessité d'une intervention médicale rapide, notamment en matière de réanimation néonatale. Il s'agit d'un système de points (de 0 à 10) qui évalue le bien-être du nouveau-né. L'acronyme correspond aux mots : **a**pparence, **p**ouls, **g**rimace, **a**ctivité et **r**espiration. Par exemple, des résultats entre 0 et 3 à la naissance indiquent une grande détresse au moment de la naissance, que ce soit au niveau de la respiratoire, du tonus ou de la coloration. Le score ne doit pas être interprété isolément, mais plutôt dans une évaluation complète et doit prendre en considération des facteurs tels que le poids à la naissance, l'âge gestationnel, la sédation maternelle, les malformations congénitales. Il s'avère essentiel de reconnaître les limites du score d'APGAR. Le résultat de celui-ci ne permet pas d'émettre d'hypothèse pouvant donner des indices sur le développement physique ou neurologique de l'enfant (Simon et al., 2026). Le score peut être fait à 0, 5 et 10 minutes de vie et plus au besoin, jusqu'à 20 minutes de vie maximum, ce qui fait que ce ne sont pas tous les enfants qui ont le même nombre de résultats à leur score d'APGAR.

Dans les dossiers consultés pour le portrait régional, les scores associés à l'APGAR étaient présents pour la plupart des enfants, soit dans 68,5 % des dossiers (*n*=170). À noter que cette information, qui relate l'état de santé de l'enfant au moment de sa naissance, semble plus systématiquement consignée au dossier d'adoption, alors que d'autres informations qui ont des effets sur la trajectoire développementale de l'enfant à long terme, telles que l'exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool, semblent moins souvent mentionnées dans les dossiers.

Lorsque nous portons une attention plus particulière aux scores d'APGAR obtenus par les enfants dans les dossiers consultés, un élément ressort. Les scores présents dans les dossiers sont souvent inférieurs à 7 au moment de la naissance, ce qui fait en sorte qu'une prise de mesure supplémentaire doit se faire jusqu'à l'obtention d'une mesure supérieure à 7. Ces données illustrent une certaine souffrance à la naissance (détresse respiratoire, manque de tonus, etc.), et ce, dans de nombreux cas.

Figure 73. Présence ou absence score d'APGAR dans le dossier d'adoption



Note. N=248.

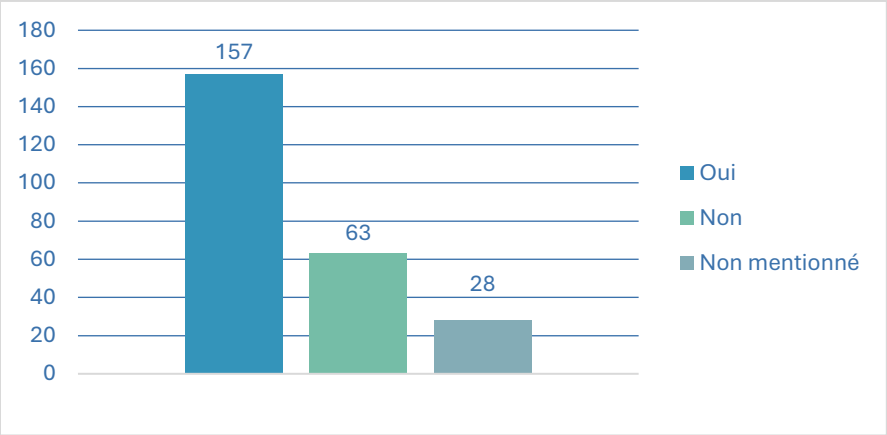
9.1.1.10. SUIVI DE GROSSESSE DE LA MÈRE D'ORIGINE

Les données obtenues à partir des dossiers d'adoption fournissent plusieurs informations au niveau des suivis de grossesse des mères d'origine.

Plusieurs mères d'origine ont eu un suivi de grossesse. En fait, selon les données obtenues, 63,6 % des mères d'origine auraient eu un suivi de grossesse (*n*=157), comparativement à 25,4 % qui n'en auraient pas bénéficié et 11,3 % des dossiers où cette information n'est pas mentionnée (*n*=28).

Lorsqu'il y a un suivi de grossesse au dossier, ce dernier commence très tardivement, soit vers la fin du 2e trimestre, même la fin du 3e trimestre de grossesse. Selon les notes ajoutées au dossier, plusieurs femmes ont également pris connaissance de leur grossesse très tardivement, c'est-à-dire au 2e ou au 3e trimestre, parfois même lors de l'accouchement de l'enfant. Un autre élément important relevé dans les notes au dossier : la plupart des suivis sont faits dans des secteurs qui tentent de venir en aide aux femmes enceintes en contexte de vulnérabilité, comme le programme SIPPE, OLO, Concerto, etc.

Figure 74. Suivi de grossesse de la mère d'origine



Note. N=248.

9.1.1.11. LA SANTÉ GLOBALE DES ENFANTS : AUTRES DIAGNOSTICS

Lors de la collecte d'informations dans les dossiers, outre les diagnostics qui ont été catégorisés dans la grille de dépouillement, les membres de l'équipe de recherche bénéficiaient d'un espace pour noter tout autre diagnostic mentionné au dossier. L'analyse de ces informations nous a permis de faire ressortir certains faits saillants concernant la santé globale des enfants. Ces aspects peuvent être associés à une prise en charge moins optimale dans les soins ou un manque de stimulation.

Ainsi, dans 25 dossiers, la présence d'une plagiocéphalie est rapportée. Il s'agit d'un aplatissement au niveau du crâne du bébé qui apparaît lorsque la tête de celui-ci a eu une pression continue exercée. Il s'agit d'une condition qui peut toucher tous les bébés. Elle est souvent associée à une position prolongée sur le dos ou encore dans le siège d'auto. Elle peut également être associée à un torticolis congénital. La façon de soigner la plagiocéphalie repose essentiellement sur du repositionnement et des exercices. Dans la population générale, la plupart des familles consultent en physiothérapie pour traiter cette condition, ce qui nécessite du temps et de l'implication pour effectuer les exercices, de même que des ressources. La prévalence de la présence de plagiocéphalie dans les dossiers est donc préoccupante puisqu'elle nous donne des éléments qui nous renseignent sur les conditions de vie et les soins aux enfants en période post-natale. À première vue, cela peut laisser sous-entendre que ceux-ci ne sont pas optimaux pour le bien-être de l'enfant.

Les notes manuscrites relevées dans les dossiers des enfants indiquent que la présence d'infection aux oreilles (otite) est fréquente et que plusieurs enfants ont nécessité l'installation de drains transtympaniques. Bien que l'otite soit un problème de santé fréquent chez l'enfant, causé par une bactérie ou un virus, certains facteurs de risques sont associés aux conditions de vie comme l'exposition à la fumée de tabac, un milieu de vie défavorisé, une alimentation au biberon en position couchée, etc. (MSSS, 2024). Or, les otites à répétition peuvent avoir un effet sur le développement de l'enfant, notamment au niveau du développement du langage.

Enfin, on note dans les dossiers que la majorité des enfants présente des retards de développement, plus particulièrement au niveau du développement moteur et langagier. Nous constatons que peu d'enfants sont exempts de défis du point de vue développemental.

QUE DOIT-ON RETENIR DES DONNÉES DE SANTÉ DANS LE PORTRAIT RÉGIONAL?

- Certaines données à propos de la grossesse de la mère d'origine sont présentes au dossier d'adoption, d'autres sont absentes. Les informations concernant le suivi de grossesse sont peu nombreuses dans les dossiers d'adoption, de même que les données concernant le développement intra-utérin de l'enfant.
- À partir des données dans les dossiers d'adoption, on observe chez les mères d'origine un pourcentage important de consommation de drogue durant la grossesse de l'enfant adopté, soit 44,0 %.
- La consommation d'alcool durant la grossesse chez la mère d'origine est une information qui est manquante dans de nombreux dossiers consultés.
- Le score d'APGAR est présent dans plus de 68,5 % des dossiers. Cette information semble être consignée de manière quasi systématique alors qu'elle ne représente pas une donnée permettant de prédire ou d'influencer le développement de l'enfant à long terme.
- Lorsqu'un suivi de grossesse est consigné au dossier d'adoption, on remarque que celui-ci débute majoritairement (63,6 %), vers la fin du 2e /début du 3e trimestre ou même à la naissance de l'enfant. Les suivis sont également réalisés en majorité par des programmes venant en aide aux femmes enceintes en contexte de vulnérabilité.
- Selon les dossiers, une proportion significative d'enfants présente des défis au niveau du développement.

9.2. PERCEPTIONS DE LA SANTÉ DE LA PERSONNE ADOPTÉE : RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES EN LIGNE

La section qui suit présente les résultats obtenus à partir de questionnaires en ligne incluant une section portant sur la santé de la personne adoptée. D'une part, la section sur la santé a été complétée par 65 parents adoptifs. À noter qu'un même parent pouvait répondre pour un ou plusieurs enfants. Par conséquent, ces parents ont répondu aux questions concernant la santé pour un total de 89 enfants adoptés. D'autre part, les mêmes questions sur la santé ont également été complétées par 16 adultes adoptés.

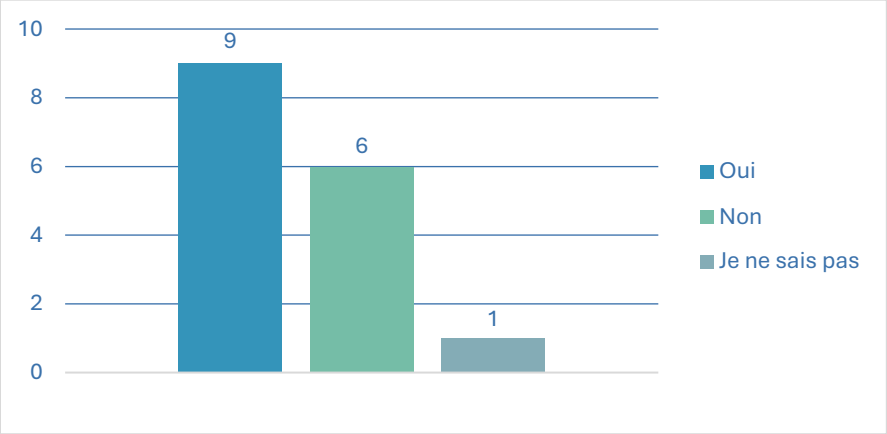
9.2.1. DONNÉES DE SANTÉ : QUESTIONNAIRE COMPLÉTÉ PAR LA PERSONNE ADOPTÉE

Les résultats présentés dans les sections suivantes proviennent du questionnaire qui a été complété par des personnes adoptées concernant leur santé physique au cours de l'enfance et de l'adolescence (0-17 ans).

9.2.1.1. EXPOSITION PRÉNATALE À DES DROGUES

Les résultats obtenus à partir du questionnaire en ligne illustrent une grande prévalence d'exposition prénatale à des drogues par rapport à l'échantillon de répondants (N=16). En effet, 9 personnes adoptées rapportent avoir été exposées à des drogues en période prénatale, 6 rapportent que non et 1 personne adoptée ne connaît pas cette information sur ses conditions de vie prénatale.

Figure 75. Exposition prénatale à des drogues

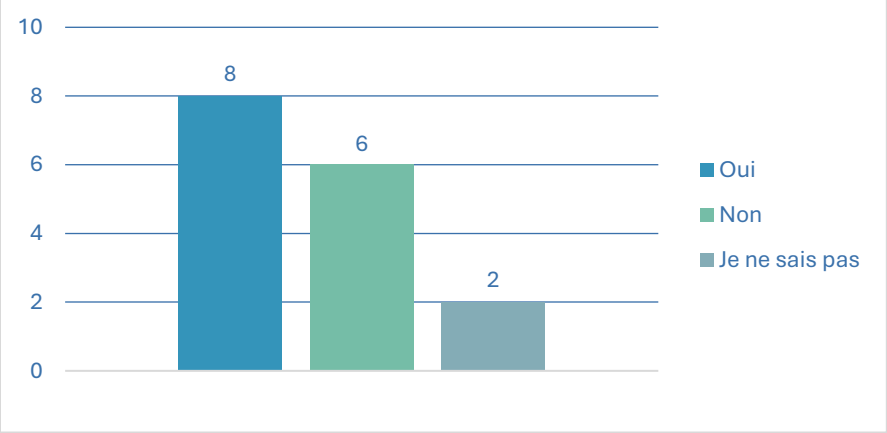


Note. N=16.

9.2.1.2. EXPOSITION PRÉNATALE À L'ALCOOL

Un nombre important de personnes participantes rapporte une exposition à l'alcool en période prénatale. On remarque qu'elles sont plus nombreuses à rapporter une exposition aux drogues comparativement à l'alcool. En effet, sur un total de 16 personnes répondantes, 8 mentionnent avoir été exposées à l'alcool en période prénatale, 6 mentionnent ne pas avoir été exposées et 2 mentionnent ne pas savoir si elles ont été exposées ou non. À noter que les 8 personnes adoptées qui disent avoir été exposées à l'alcool durant la période prénatale ont aussi toutes mentionné avoir été exposées aux drogues pendant cette même période.

Figure 76. Exposition prénatale à l'alcool

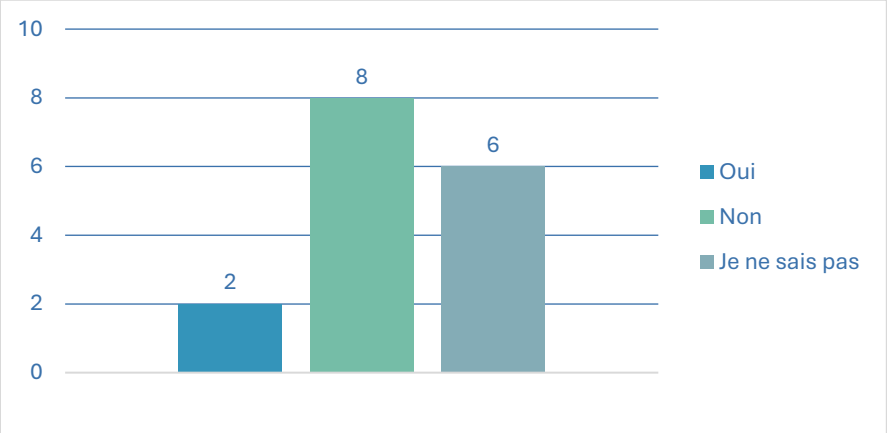


Note. N=16.

9.2.1.3. SYMPTÔMES DE SEVRAGE À L'ALCOOL OU AUX DROGUES À LA NAISSANCE

Les résultats du questionnaire en ligne auprès des personnes adoptées en ce qui a trait aux symptômes de sevrage à l'alcool ou aux drogues à la naissance illustrent deux informations intéressantes. Premièrement, seulement 2 personnes adoptées indiquent avoir présenté des symptômes de sevrage à la naissance, alors que 9 d'entre elles rapportent avoir été exposées aux drogues et/ou à l'alcool au cours de la période prénatale. Deuxièmement, plusieurs personnes adoptées (*n*=6) ne savent pas si elles ont présenté ou non des symptômes de sevrage à la naissance, dont la plupart (*n*=5) indique, par ailleurs, avoir été exposées aux drogues et à l'alcool durant la période prénatale. Comme il s'agit d'une information qui doit transiger par plusieurs personnes avant de se rendre à la personne adoptée (p.ex. du personnel soignant à l'hôpital, vers le personnel de la DPJ, vers les parents adoptifs), il est impossible de savoir à quel niveau cette information a été omise. Il est aussi possible que l'information ait été transmise à la personne adoptée mais qu'elle l'ait oubliée. Quoiqu'il en soit, cette information est importante en regard du développement de la personne adoptée, il est donc essentiel qu'elle lui soit transmise.

Figure 77. Symptômes de sevrage à l'alcool ou aux drogues à la naissance



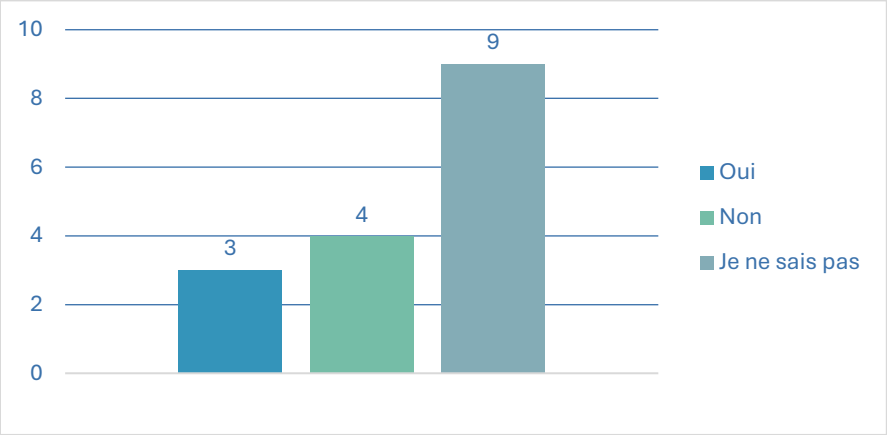
Note. N=16.

9.2.1.4. MALNUTRITION MATERNELLE PENDANT LA GROSSESSE

La présence ou l'absence de malnutrition maternelle[19] pendant la grossesse ne semble pas être une information qui est connue pour la majorité des personnes adoptées. En effet, 3 personnes savent que leur mère d'origine souffrait de malnutrition maternelle, 4 personnes affirment que leur mère n'a pas souffert de malnutrition, alors que plus de la moitié de l'échantillon, soit 9 personnes, ne connaît pas cette information.

[19] La malnutrition maternelle est le fait que la femme enceinte n'a pas suffisamment de réserves nutritionnelles ou d'apports en nutriments pour répondre à ses propres besoins et à ceux de son fœtus (Figa et al., 2024).

Figure 78. Malnutrition maternelle pendant la grossesse

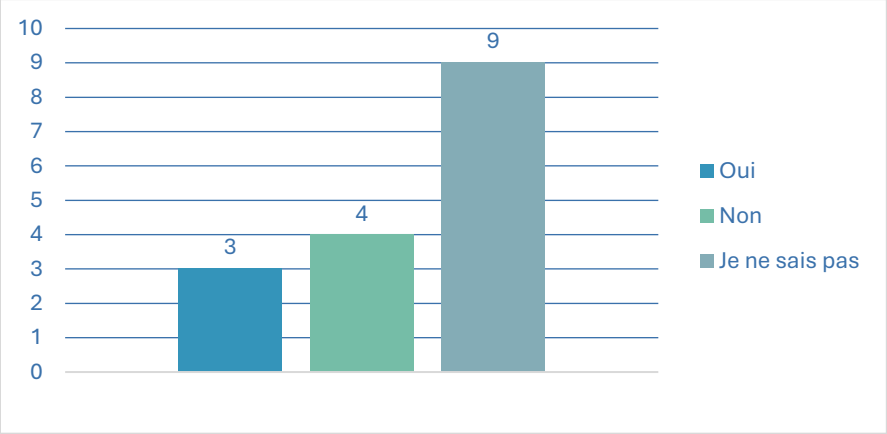


Note. N=16.

9.2.1.5. RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

Tout comme les résultats présentés ci-dessus concernant la malnutrition durant la grossesse, le même nombre de personnes adoptées (*n*=9) ne savent pas si elles ont présenté un retard de croissance intra-utérin. Il va de même pour le nombre de personnes adoptées ayant présenté un retard de croissance intra-utérin (*n*=3) et le nombre de personnes adoptées n'ayant pas présenté de retard de croissance intra-utérin (*n*=4). Un retard de croissance intra-utérin ou une malnutrition durant la grossesse auront des effets sur la santé physique et le développement de l'enfant.

Figure 79. Retard de croissance intra-utérin



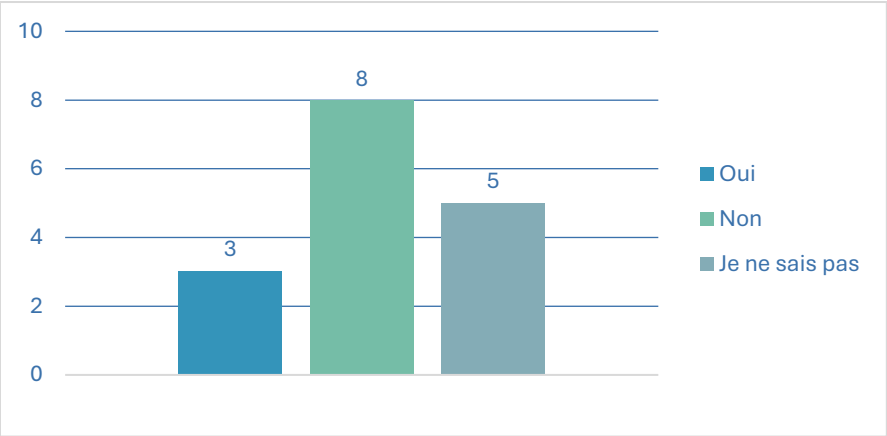
Note. N=16.

9.2.1.6. PRÉMATURITÉ

En ce qui a trait à la prématurité, ce qui signifie une naissance avant 37 semaines de gestation, 3 personnes adoptées ont indiqué être nées prématurément et 8 personnes adoptées ont indiqué avoir eu une naissance à terme. Aussi, parmi les répondants, 5 personnes ne savent pas si elles sont nées prématurément ou non. L'absence de cette information est tout de même préoccupante, comme il s'agit d'un élément ayant un impact non négligeable sur leur trajectoire développementale. En effet, la prématurité peut avoir des impacts sur le développement moteur,

cognitif et langagier qui peuvent persister dans l'enfance et à l'adolescence (Oudgenoeg-Paz et al., 2017).

Figure 80. Prématurité

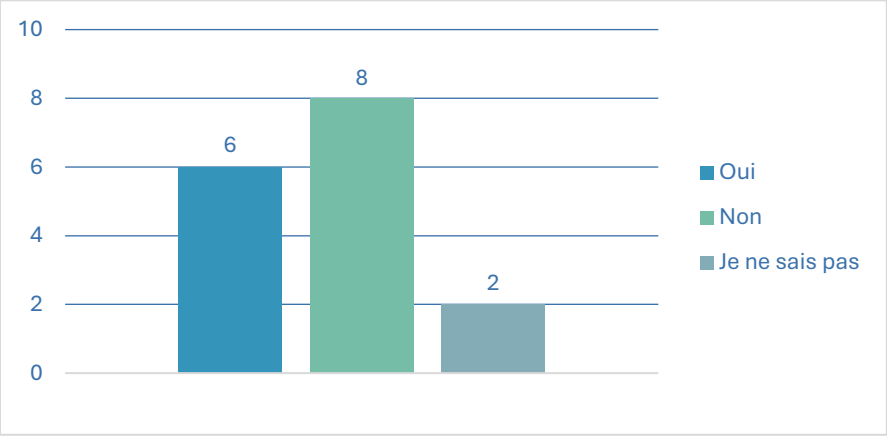


Note. N=16.

9.2.1.7. FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Plusieurs personnes répondantes semblent connaître leur poids de naissance. Les personnes adoptées participantes pouvaient identifier si elles avaient un faible poids à la naissance. En effet, 6 d'entre elles ont affirmé qu'elles avaient un faible poids à la naissance, 8 ont, quant à elles, répondu ne pas avoir eu un faible poids à la naissance et 2 n'étaient pas en mesure de répondre à la question. Ces résultats font écho aux résultats obtenus dans le portrait régional dans la section précédente, où seulement 14,5 % des dossiers indiquaient un faible poids à la naissance. Il est étonnant de voir une si petite prévalence de faible poids à la naissance compte tenu du nombre élevé d'enfants ayant été exposés à des drogues ou à de l'alcool en période prénatale.

Figure 81. Faible poids à la naissance



Note. N=16.

9.2.1.8. DONNÉES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE GLOBALE DE LA PERSONNE ADOPTÉE DURANT SON ENFANCE ET SON ADOLESCENCE (0-17 ANS)

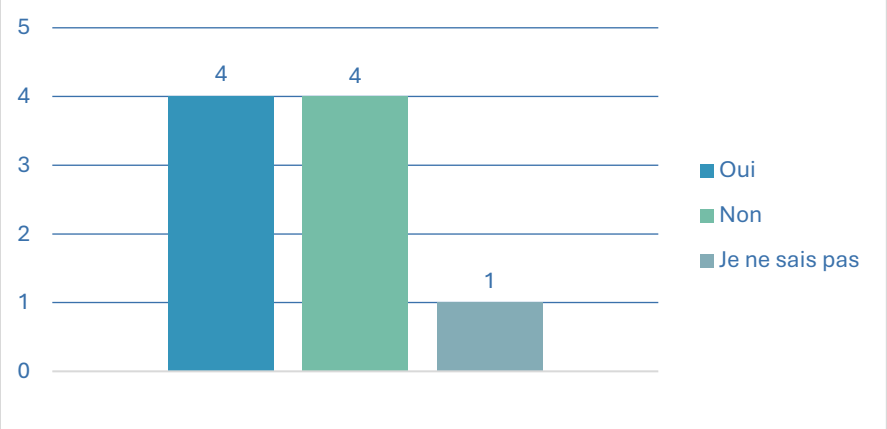
Dans le questionnaire en ligne, les problèmes de santé physique survenus avant l'âge de 18 ans ont été regroupés par catégories (p.ex., problèmes de santé, diagnostiqués ou non, affectant votre cœur [troubles cardiaques] ou vos poumons [troubles respiratoires]). Lorsque la personne répondante cochait « oui » à ces questions, alors un tableau spécifiant des problèmes précis appartenant à cette catégorie apparaissait. Cela signifie donc que les personnes participantes ne se sont pas prononcées à toutes les questions portant sur les données de santé physique globale. Ainsi, si une personne jugeait qu'une catégorie de problèmes de santé ne l'affectait pas, si elle avait oublié ou si elle ne connaissait pas l'information, elle pouvait passer à la section suivante. Par conséquent, les tailles d'échantillons (N) varient pour certaines sections de cette partie du questionnaire.

Parmi les résultats obtenus par rapport à la santé physique, à la santé mentale et au développement, certains éléments méritent d'être soulignés. Notamment, une forte présence de problèmes de santé, relativement mineurs, mais qui peuvent occasionner des conséquences si les soins et les suivis ne sont pas adéquats (p. ex., otites à répétition, infection ou entorse mal soignées) ont été remarqués. Ces conséquences affectent la santé de l'enfant adopté, mais peuvent également affecter son développement à plus long terme.

9.2.1.8.1 PROBLÈMES MINEURS DE SANTÉ

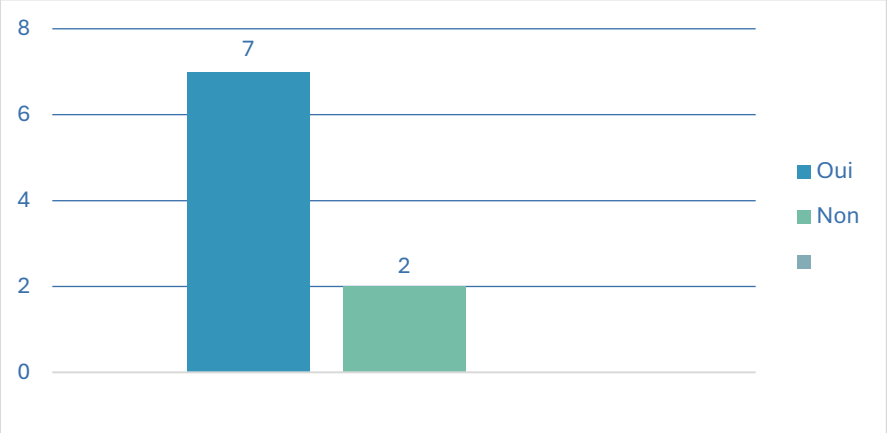
Parmi les données obtenues à partir des questionnaires complétés par les personnes adoptées, deux problèmes mineurs de santé sont souvent mentionnés. Il s'agit des otites et des conjonctivites. Ce sont deux problèmes de santé qui peuvent affecter les enfants en bas âge et à l'âge scolaire plus fréquemment. Or, ces problèmes de santé nécessitent des suivis et des soins de la part des parents. Dans l'éventualité où ces problèmes ne sont pas pris en charge rapidement, on peut observer des effets sur la trajectoire de santé de l'enfant et même son développement. Par exemple, des otites à répétition peuvent nuire à l'audition et, par conséquent, au développement du langage.

Figure 82. Conjonctivite



Note. N=9.

Figure 83. Otite

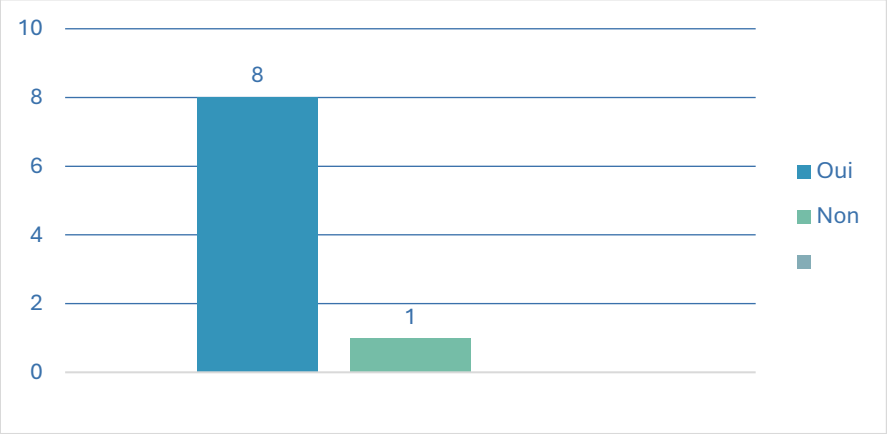


Note. N=9.

9.2.1.8.2. PROBLÈME DENTAIRE

Sur un total de 9 personnes adoptées, 8 personnes ont indiqué avoir eu un problème dentaire. Une seule personne a mentionné ne pas en avoir. La santé bucco-dentaire en bas âge est un élément qui illustre souvent un parallèle avec les conditions de vie sociosanitaire de l'enfant. Ces résultats peuvent laisser supposer une absence ou un manque au niveau des soins buccodentaires pour la majorité des enfants adoptés ou bien des difficultés à accéder à des services de soins dentaires.

Figure 84. Problème de santé dentaire

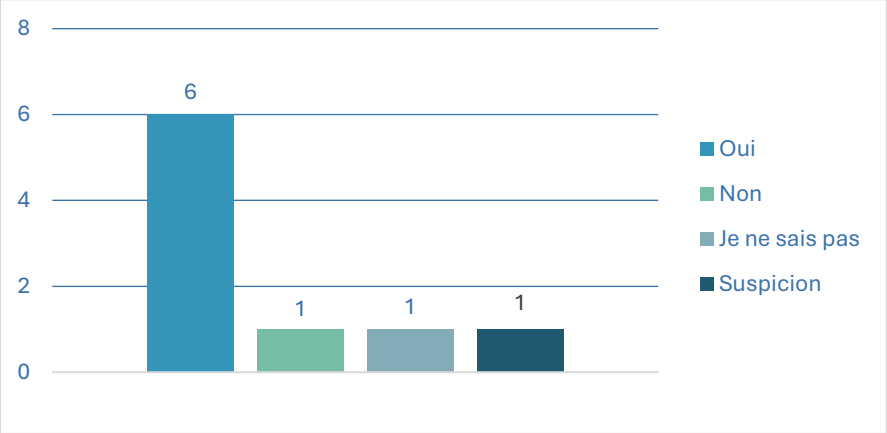


Note. N=9.

9.2.1.8.3. PROBLÈME DE PEAU : ECZÉMA OU DERMATITE

Un autre de problème de santé qui était rapporté avec une grande prévalence par les personnes adoptées est la présence d'eczéma ou de dermatite. Il s'agit, tout comme les otites et la conjonctivite, d'un problème de peau qui nécessite des soins constants. Sur un échantillon total de 9 personnes adoptées, 6 ont répondu avoir un problème d'eczéma ou de dermatite, 1 personne indiquant une suspicion de cette condition, 1 personne nommant l'absence de cette condition et 1 personne n'étant pas en mesure de répondre à la question.

Figure 85. Eczéma ou dermatite

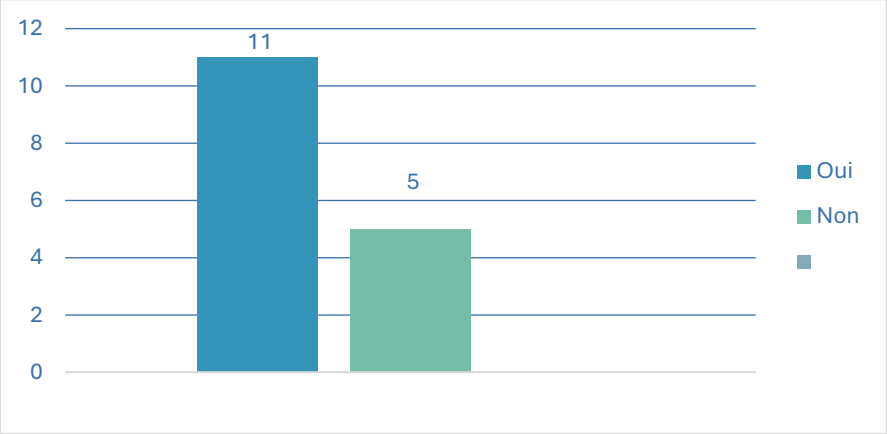


Note. N=9.

9.2.1.8.4. PROBLÈME DE SANTÉ RELIÉ AU SOMMEIL

En ce qui concerne la santé globale, un autre élément a retenu l'attention. En effet, les personnes adoptées participantes rapportent des problèmes de sommeil au cours de leur enfance et leur adolescence. Parmi les 16 personnes répondantes, 11 ont indiqué avoir un problème de santé affectant le sommeil et seulement 5 ont répondu ne pas avoir de problème en lien avec leur sommeil.

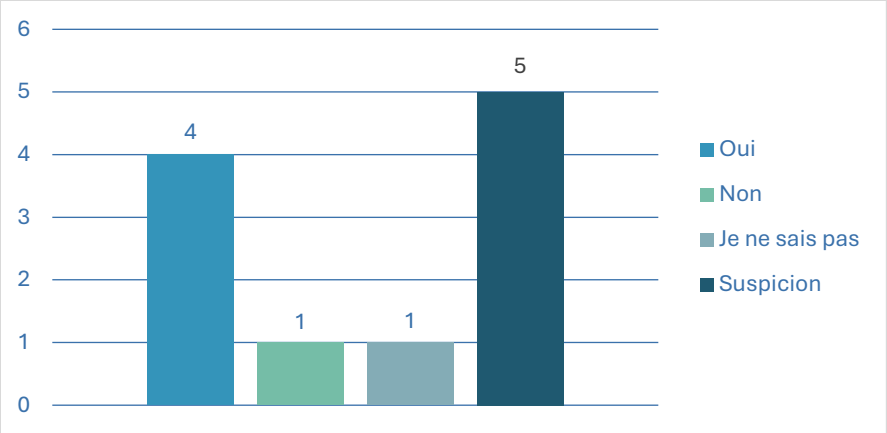
Figure 86. Problème de santé relié au sommeil avant 18 ans



Note. N=16.

Parmi les problèmes affectant le sommeil, l'insomnie semble avoir été le principal enjeu. En effet, 4 personnes indiquent avoir eu un diagnostic d'insomnie, alors que 5 personnes indiquent une suspicion d'insomnie comme cause de problème de sommeil.

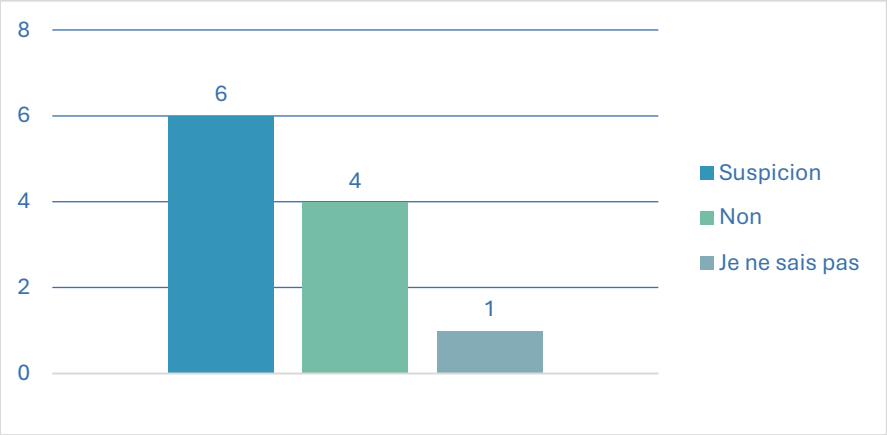
Figure 87. Insomnie



Note. N=11.

Le deuxième problème le plus répertorié par les personnes adoptées causant des enjeux au niveau de leur sommeil est les cauchemars. En effet, 6 personnes rapportent avoir eu des cauchemars affectant leur sommeil, 4 personnes indiquent que non et 1 personne n'était pas en mesure de répondre à la question.

Figure 88. Cauchemars

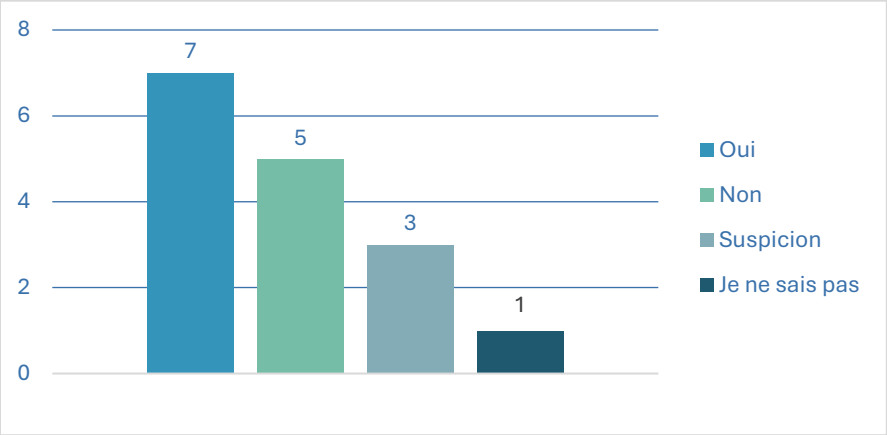


Note. N=11.

9.2.1.9. TROUBLE DU DÉFICIT D'ATTENTION (TDA) / TROUBLE DU DÉFICIT D'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ (TDAH)

Une majorité des personnes adoptées ayant complété le questionnaire en ligne identifie que le TDA/H est une condition de santé pour elles. En effet, 7 personnes répondantes indiquent avoir eu un diagnostic de TDA/H. Trois personnes ont une suspicion de TDA/H. Donc, 10 personnes adoptées sur 16 rapportent des signes reliés à cette condition. Cinq personnes ont indiqué ne pas avoir de TDA/H et 1 personne n'était pas en mesure de dire si elle avait ou non un TDA/H.

Figure 89. TDA/H

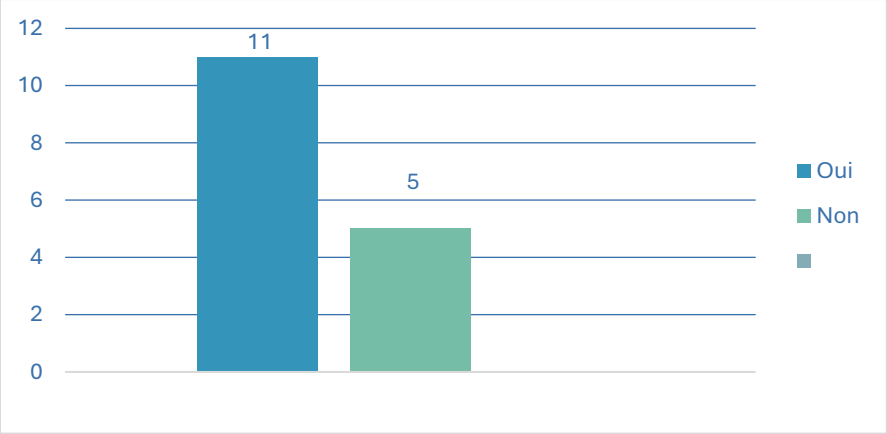


Note. N=16.

9.2.1.10. TROUBLES ANXIEUX ET/OU D'HUMEUR

Les éléments se rapportant à la santé mentale qui semblent toucher les personnes adoptées en majorité sont ceux concernant les troubles anxieux et/ou de l'humeur. En effet, parmi les 16 personnes répondantes au questionnaire en ligne, 11 indiquent avoir eu un trouble anxieux et/ou de l'humeur avant leurs 18 ans et 5 indiquent ne pas en avoir eu.

Figure 90. Troubles anxieux et/ou d'humeur



Note. N=16.

9.2.2. DONNÉES DE SANTÉ : QUESTIONNAIRE COMPLÉTÉ PAR LES PARENTS ADOPTIFS

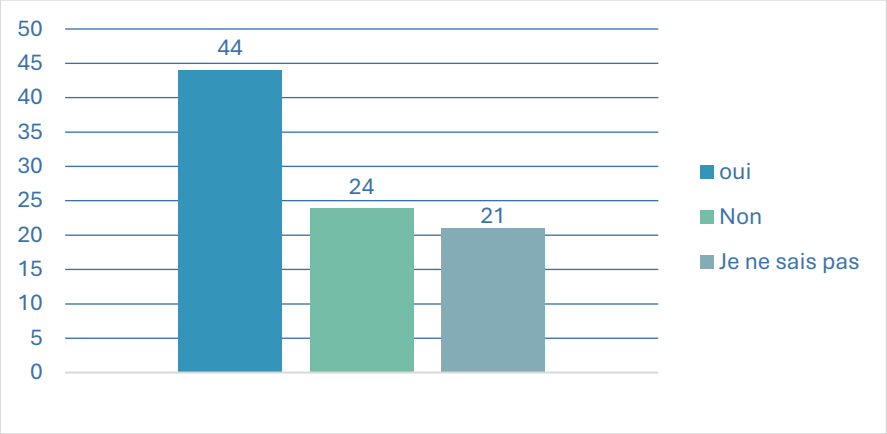
Les résultats qui sont présentés dans les sections suivantes proviennent de la section des questionnaires complétés par les parents adoptifs à propos de la santé de leurs enfants adoptés. Tout comme la section précédente, les tailles d'échantillon (N) sont variables selon les catégories de problèmes de santé que les parents adoptifs ont identifiés comme s'appliquant à leur enfant. Pour rappel, 65 parents adoptifs ont complété le questionnaire pour un total de 89 enfants adoptés, certains parents ayant répondu pour plus d'un enfant.

9.2.2.1. EXPOSITION PRÉNATALE AUX DROGUES

Pour les 89 enfants adoptés, les parents participants indiquent que 49,4 % d'entre eux auraient été exposés à des drogues en période prénatale (*n*=44). Seulement 27,0 % des enfants n'auraient pas été exposés à des drogues. Enfin, pour 23,6 % des enfants, les parents indiquent que l'information quant à l'exposition prénatale à des drogues n'est pas connue.

Il est tout de même préoccupant de constater que même pour certains parents adoptifs, l'information relative à l'exposition prénatale à des drogues ne soit pas connue. Il s'agit d'une information importante concernant le parcours de santé physique de l'enfant. L'absence de cette information serait-elle due à l'omission d'inscrire cette information dans le dossier d'adoption ou s'agit-il d'un enjeu de transmission des informations entre les services impliqués? Un autre élément qu'il ne faut pas mettre de côté est le constat qu'un grand nombre d'enfants ont été exposés à des drogues durant la période prénatale, ce qui a définitivement eu un impact sur leur trajectoire de santé et de développement. Les données obtenues par rapport à l'exposition prénatale à des drogues via les questionnaires auprès des parents adoptifs sont cohérents avec les données obtenues dans les questionnaires auprès des personnes adoptées.

Figure 91. Exposition prénatale à des drogues



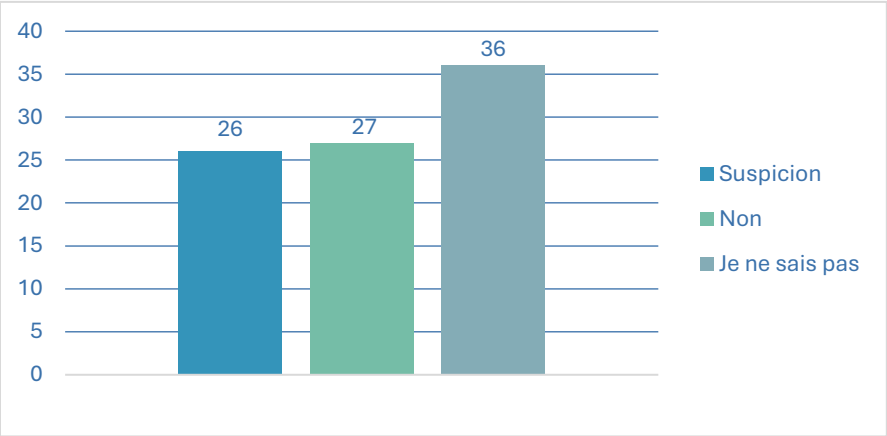
Note. N=89.

9.2.2.2. EXPOSITION PRÉNATALE À L'ALCOOL

En ce qui concerne les résultats concernant l'exposition prénatale à l'alcool chez les enfants adoptés, un plus grand nombre de parents n'avaient pas l'information sur cet élément de santé concernant les conditions de vie prénatale de leur enfant. Parmi les 89 enfants concernés par les questionnaires en ligne, les parents adoptifs rapportent que l'exposition prénatale à des drogues était présente pour 29,2 % des enfants (*n*=26). Également, les parents répondants indiquent que 30,3 % des enfants n'auraient pas été exposés à l'alcool durant la période prénatale (*n*=27) et que pour 40,4 % d'entre eux (*n*=36), l'information concernant l'exposition à l'alcool n'est pas connue. Nombreux sont les enjeux développementaux qui peuvent être reliés à l'exposition à l'alcool durant la grossesse; l'absence d'information pour un si grand nombre d'enfants est donc préoccupante et

suscite des questionnements quant à la manière dont les suivis sont réalisés par le personnel des services de la santé et des services sociaux sans cette donnée importante.

Figure 92. Exposition prénatale à l'alcool

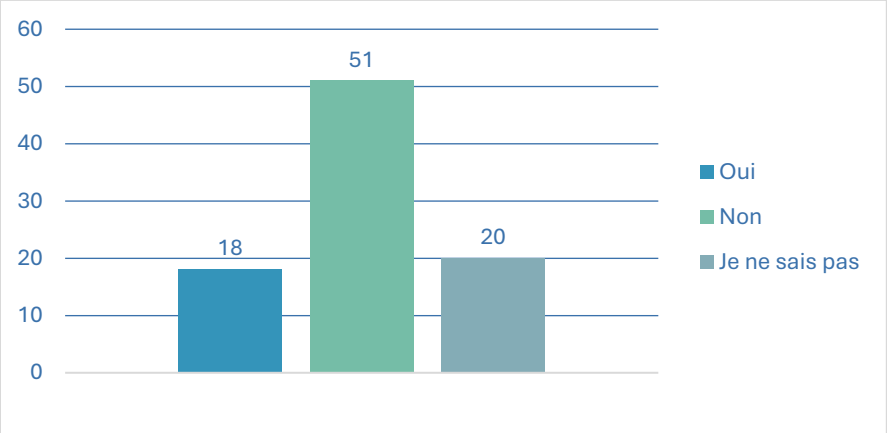


Note. N=89.

9.2.2.3. SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA NAISSANCE

En ce qui a trait aux résultats obtenus par rapport à la présence de symptômes de sevrage à la naissance, il est surprenant de constater que 57,3 % des enfants adoptés ne présentaient pas de symptômes de sevrage à la naissance (*n*=51) et que seulement 20,2 % des enfants en présentaient (*n*=18). Ce résultat surprend compte tenu de la prévalence élevée à l'exposition à des drogues et/ou à l'alcool en période prénatale présentée antérieurement dans cette section. En plus de ces résultats, l'absence d'information sur la présence ou l'absence de symptômes de sevrage à la naissance est mentionnée par les parents adoptifs pour 22,5 % des enfants adoptés (*n*=20). Ces résultats indiquent qu'une majorité de parents adoptifs ont connaissance de cette donnée sur la santé à la naissance de leur enfant adopté, comme c'était le cas pour les personnes adoptées également dans leur réponse au questionnaire.

Figure 93. Symptômes de sevrage à la naissance

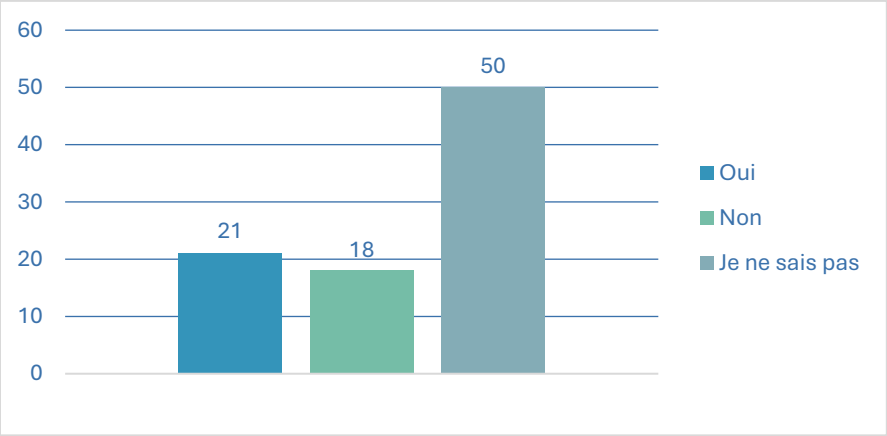


Note. N=89.

9.2.2.4. MALNUTRITION MATERNELLE DURANT LA GROSSESSE

Les données provenant des questionnaires en ligne indiquent qu'en grande majorité, les parents adoptifs n'ont pas d'information quant à l'état nutritionnel de la mère d'origine de leurs enfants adoptés. En effet, pour 56,2 % des enfants (*n*=50), l'information n'était pas connue des parents adoptifs. Toutefois, quand l'information est connue, les parents répondants rapportent un nombre similaire de cas de malnutrition maternelle (*n*=21) que de cas où il n'y avait pas de malnutrition maternelle (*n*=18). Le nombre d'enfants dont la mère d'origine présentait une malnutrition est tout de même préoccupant lorsque l'information est connue. Tel que mentionné précédemment, une malnutrition durant la grossesse peut engendrer des conséquences considérables sur la santé physique de l'enfant et son développement.

Figure 94. Malnutrition maternelle

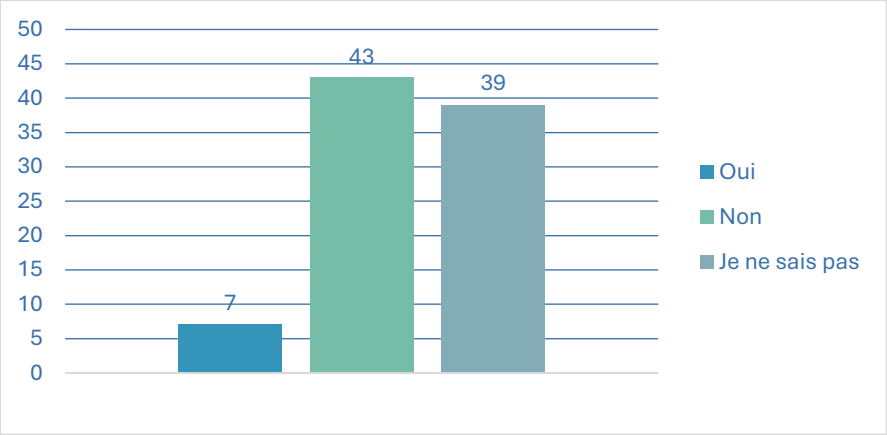


Note. N=89.

9.2.2.5. RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

En ce qui a trait aux résultats qui traitent de la présence d'un retard de croissance intra-utérin, l'absence d'information pour un grand nombre d'enfants est également notable. En effet, pour 43,8 % des enfants (*n*=39), les parents adoptifs ne sont pas en mesure de dire s'ils présentaient un retard de croissance intra-utérin ou non. Toutefois, lorsque l'information est connue par les parents répondants, il est rassurant de constater qu'il n'y a pas de retard de croissance intra-utérin pour 48,3 % des enfants (*n*=43). D'ailleurs, seulement 7,9 % des enfants auraient présenté un retard de croissance intra-utérin (*n*=7).

Figure 95. Retard de croissance intra-utérin



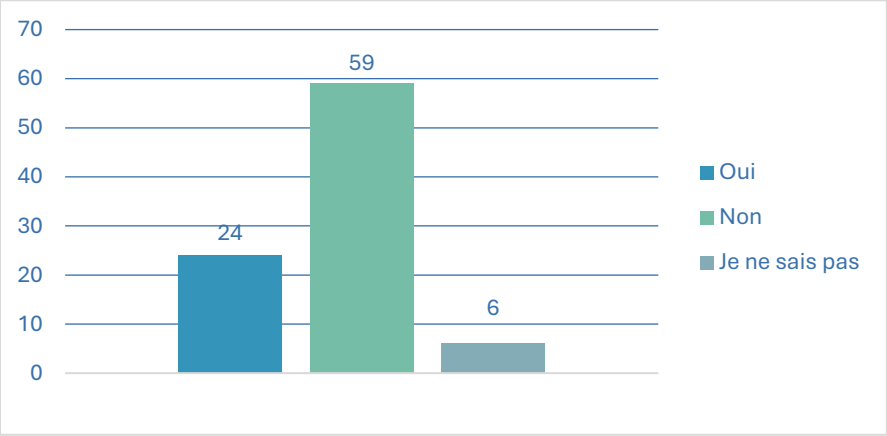
Note. N=89.

Les données présentées ci-dessus concernant la malnutrition maternelle et le retard de croissance intra-utérin montrent que peu d'informations concernant la grossesse de la mère d'origine semblent disponibles pour les parents adoptifs. Ce constat concorde avec ce qui a été soulevé par les résultats des questionnaires remplis par les personnes adoptées, mais aussi dans les données obtenues dans le portrait régional, à partir de la consultation des dossiers d'adoption.

9.2.2.6 NAISSANCE PRÉMATURÉE

Les questionnaires en ligne complétés par les parents adoptifs indiquent que pour 27,0 % de l'échantillon d'enfants adoptés (*n*=24), la naissance était prématurée. Donc, ces enfants sont nés avant 37 semaines de grossesse. Ensuite, les résultats montrent que pour 66,3 % des enfants, la naissance était à terme (*n*=59). Finalement, pour 6,7 % des enfants, l'indication quant à la naissance prématurée ou à terme n'était pas connue des parents adoptifs.

Figure 96. Naissance prématurée

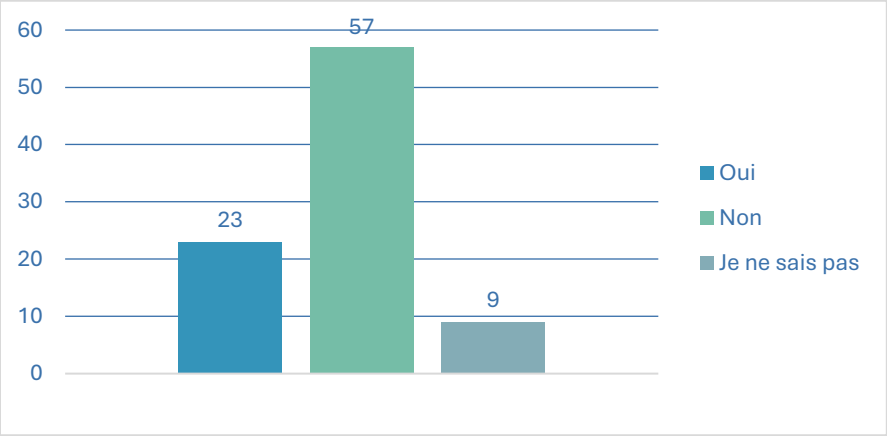


Note. N=89.

9.2.2.7. FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Les résultats obtenus en lien avec un faible poids à la naissance concordent avec les cas de naissances prématurées rapportés dans la section précédente. En effet, 25,8 % des enfants présentaient un faible poids à la naissance (*n*=23), alors que 64,0 % des enfants présentaient un poids dans les limites de la normale, soit au-dessus de 2500 g (*n*=57). Pour 10,1 % des enfants adoptés, l'information quant au poids de naissance était inconnue des parents adoptifs (*n*=9).

Figure 97. Faible poids à la naissance



Note. N=89.

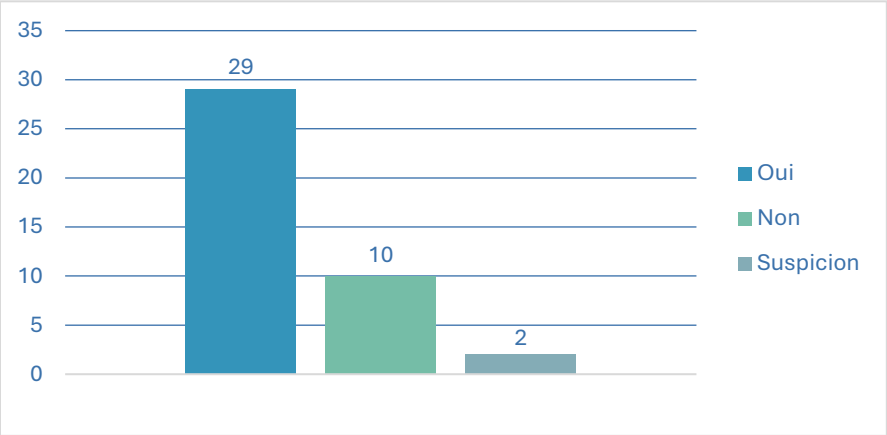
9.2.2.8. PROBLÈMES DE SANTÉ GLOBALE DE L'ENFANT

Parmi les résultats obtenus par rapport à la santé physique, mentale et au développement des enfants adoptés, certains éléments méritent une attention particulière et seront présentés dans les sections suivantes.

9.2.2.8.1. PROBLÈME DE SANTÉ AFFECTANT LES OREILLES, LE LARYNX, LES DENTS OU LES YEUX

Parmi les problèmes rapportés par les parents répondants sur la santé de leurs enfants adoptés, l'otite était le problème de santé le plus fréquemment rapporté. En effet, parmi les parents ayant identifié la catégorie de problèmes de santé affectant les oreilles, le nez, le larynx, les dents ou les yeux (*N*=41), un diagnostic d'otite avait été donné pour 70,7 % des enfants (*n*=29). De plus, une suspicion d'otite était mentionnée par le parent adoptif pour 2 enfants. Selon les parents répondants ayant coché cette catégorie de problèmes de santé, seulement 10 enfants n'avaient pas eu d'otite.

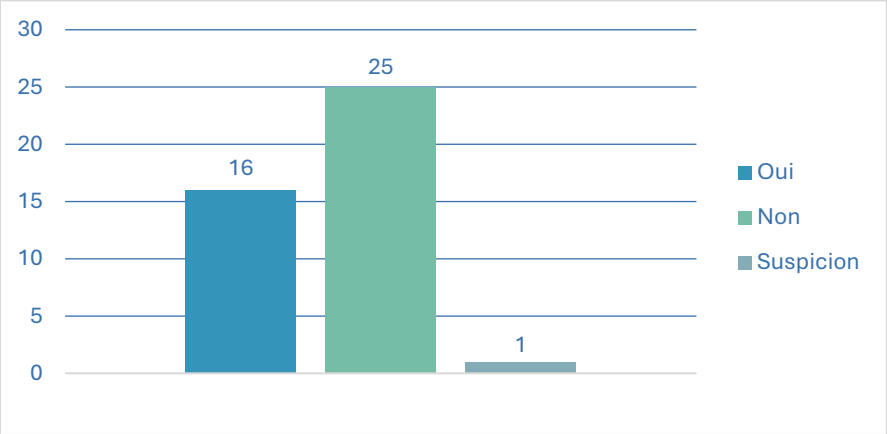
Figure 98. Otite



Note. N=41.

En deuxième position, parmi les problèmes de santé rapportés, se trouve le strabisme, qui est une affection qui touche les yeux. Pour un total de 42 enfants pour lesquels le parent répondant a identifié la présence de problèmes affectant les yeux, 16 enfants avaient eu un diagnostic de strabisme et 1 enfant avait une suspicion de strabisme selon le parent répondant. Un nombre plus important d'enfants ne présentaient toutefois pas de strabisme, soit 25 enfants. Ces données sont similaires aux données qui ont été rapportées par les personnes adoptées ainsi que celles obtenues dans les dossiers d'adoption.

Figure 99. Strabisme

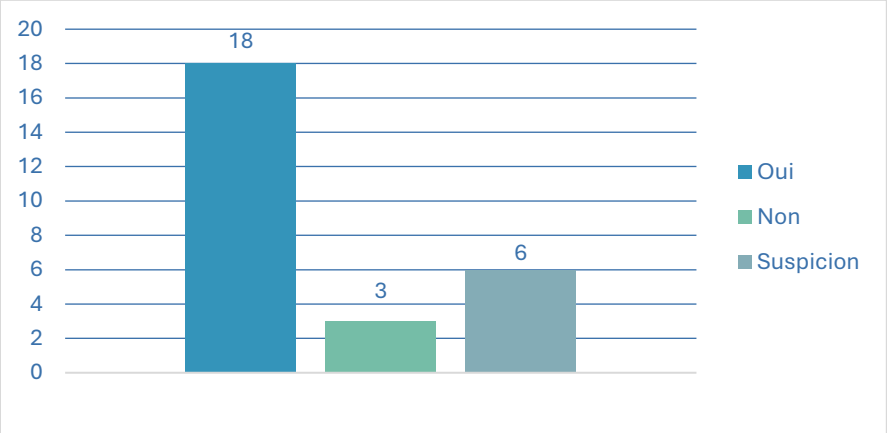


Note. N=42.

9.2.2.8.2. PROBLÈME DE PEAU : ECZÉMA OU DERMATITE

Tout comme les personnes adoptées l'ont rapporté, les parents adoptifs ont identifié chez un grand nombre d'enfants la présence d'eczéma ou de dermatite. Les parents adoptifs de 27 enfants ont répondu à cette catégorie du questionnaire. Parmi ces 27 enfants, 18 enfants avaient un diagnostic d'eczéma ou de dermatite, alors que les parents avaient une suspicion d'eczéma ou de dermatite pour 6 enfants. Seulement 3 enfants n'avaient pas de problème de peau s'apparentant à de l'eczéma ou une dermatite.

Figure 100. Dermatite ou eczéma

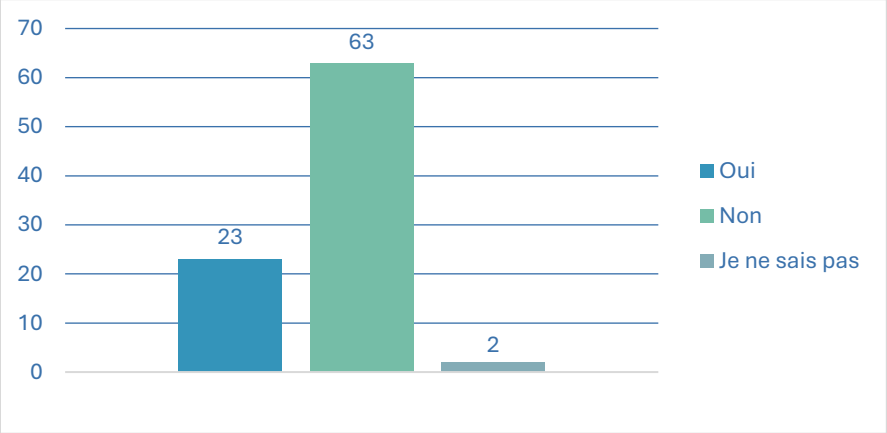


Note. N=27.

9.2.2.8.3. PROBLÈME DE SANTÉ RELIÉ AU SOMMEIL

Parmi un échantillon des 88 enfants adoptés[20], les parents répondants indiquent que 70,8 % des enfants n'avaient pas de problèmes de santé reliés au sommeil (*n*=63). Ce sont 25,8 % des enfants (*n*=23) qui présentaient des enjeux de sommeil selon les parents adoptifs. Finalement, pour 2 enfants, l'information n'était pas connue par le parent adoptif.

Figure 101. Problème de santé relié au sommeil



Note. N=88.

Ces résultats sont intéressants comparativement à ceux obtenus dans les questionnaires complétés par les personnes adoptées. Dans le cas des personnes adoptées, la perception d'enjeux au niveau du sommeil avait une grande prévalence. Pour les parents adoptifs, le scénario est différent. Il est possible que les enjeux de sommeil chez les enfants adoptés soient considérés comme des enjeux « normaux » reliés au développement et au tempérament de l'enfant, ce qui

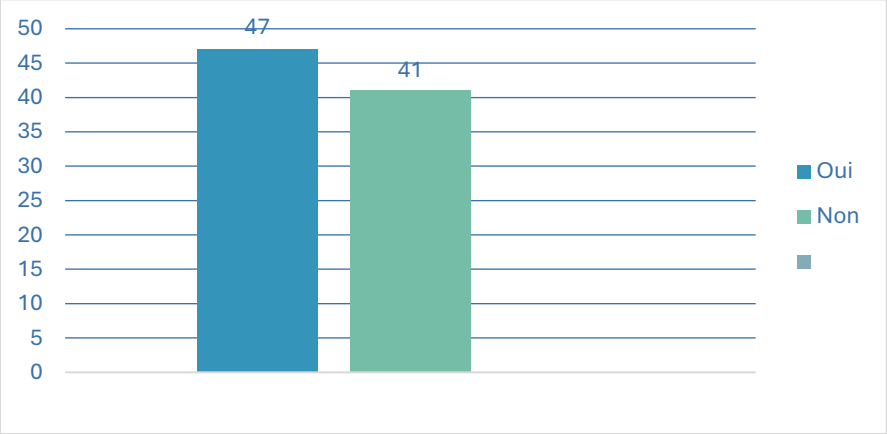
[20] À noter que la taille d'échantillon est de 88, et non 89, parce qu'un des parents répondants a cessé de remplir le questionnaire avant de répondre à cette question.

pourrait expliquer que les parents adoptifs soient moins nombreux à identifier les troubles affectant le sommeil comme problématiques.

9.2.2.9. PROBLÈMES DE SANTÉ AU NIVEAU DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION AFFECTANT LE DÉVELOPPEMENT

Selon les parents adoptifs, une grande proportion d'enfants présente des problèmes de santé affectant le langage ou la communication. En effet, sur 88 enfants, 53,4 % présentent un problème de santé diagnostiqué ou suspecté qui affecte leur développement au niveau du langage et de la communication (*n*=47). Par ailleurs, les parents adoptifs rapportent que 46,6 % de l'échantillon ne présente pas d'enjeu au niveau de santé affectant cette sphère du développement (*n*=41). C'est tout de même une majorité d'enfants qui présente des enjeux au niveau du langage et de la communication; les conditions de santé physique en période pré et postnatale exposés au fil des sections précédentes comprennent de nombreux facteurs pouvant être considérés comme des acteurs de ces enjeux de développement.

Figure 102. Problèmes de santé au niveau du langage et de la communication affectant le développement

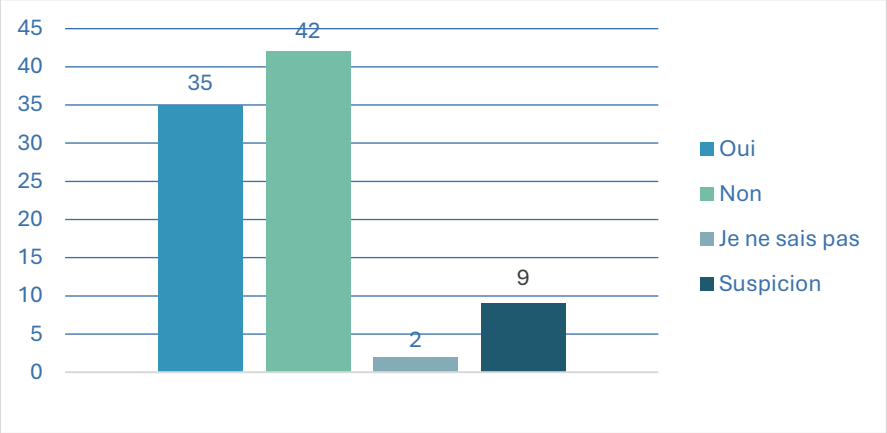


Note. N=88.

9.2.2.10. DIAGNOSTIC DE TDA/H

Allant dans le même sens que les résultats du questionnaire auprès des personnes adoptées, les parents adoptifs ont rapporté un diagnostic ou une suspicion de TDA/H chez un grand nombre d'enfants adoptés. En effet, les parents répondants mentionnent que près de 40 % des enfants ont un diagnostic de TDA/H (*n*=35) alors que pour 10,1 % des enfants, les parents adoptifs suspectent un TDA/H (*n*=9). Toutefois, une grande proportion d'enfants était également exempte de ce diagnostic. En effet, 47,2 % des enfants n'ont pas de diagnostic de TDA/H (*n*=42) selon leurs parents. Parmi les parents ayant répondu à cette catégorie du questionnaire, l'information n'était pas connue pour 2 enfants.

Figure 103. Diagnostic de TDA/H



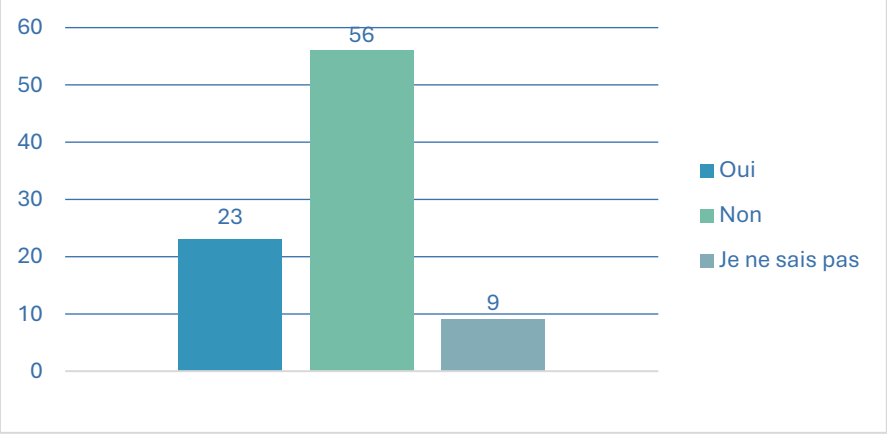
Note. N=88.

9.2.2.11. TROUBLES SPÉCIFIQUES D'APPRENTISSAGE AVEC OU SANS DIAGNOSTIC

Les résultats concernant les troubles d'apprentissage illustrent un portrait où le nombre d'enfants présentant des enjeux est beaucoup plus faible que ceux ne présentant pas d'enjeux. En effet, sur 88 enfants adoptés, 63,6 % n'ont pas de trouble d'apprentissage (*n*=56) selon les parents adoptifs, comparativement à 26,1 % qui présentent des troubles d'apprentissage (*n*=23). Il y a également 10,2 % des enfants pour lesquels les parents adoptifs n'étaient pas en mesure de dire s'il y avait présence ou absence de troubles d'apprentissage (*n*=9).

Ces données sont intéressantes puisqu'elles révèlent des différences entre les diagnostics identifiés ou connus par les parents adoptifs versus l'expérience qu'ils rapportent dans les entrevues de recherche.

Figure 104. Troubles spécifiques d'apprentissage avec ou sans diagnostic



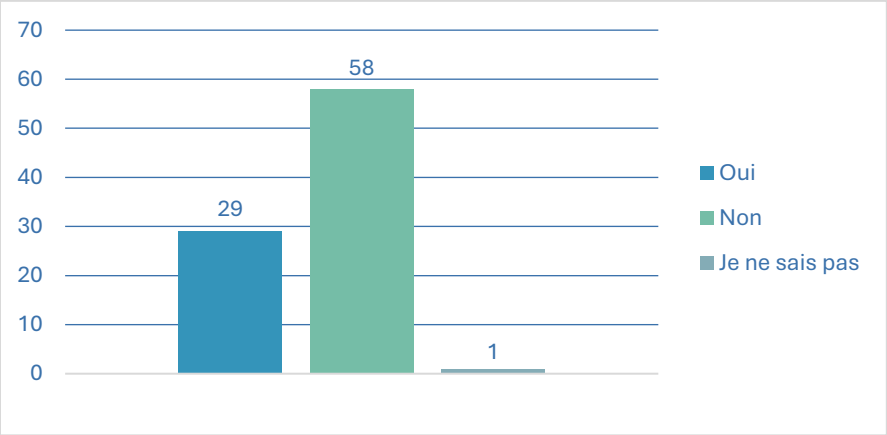
Note. N=88.

9.2.2.12. TROUBLE ANXIEUX ET/OU DE L'HUMEUR

En comparaison aux données obtenues via les questionnaires complétés par les personnes adoptées, les troubles anxieux et/ou de l'humeur sont moins prévalents dans les résultats obtenus

dans les questionnaires remplis par les parents adoptifs. C'est une proportion de 33,0 % d'enfants adoptés qui ont un diagnostic de trouble anxieux et/ou de l'humeur (*n*=29) selon la perception des parents adoptifs. La majorité des enfants adoptés, soit 65,9 %, n'ont pas de diagnostic de trouble anxieux et/ou de l'humeur (*n*=58). Enfin, seulement un parent indique ne pas savoir si son enfant a un trouble anxieux et/ou de l'humeur.

Figure 105. Trouble anxieux et/ou de l'humeur

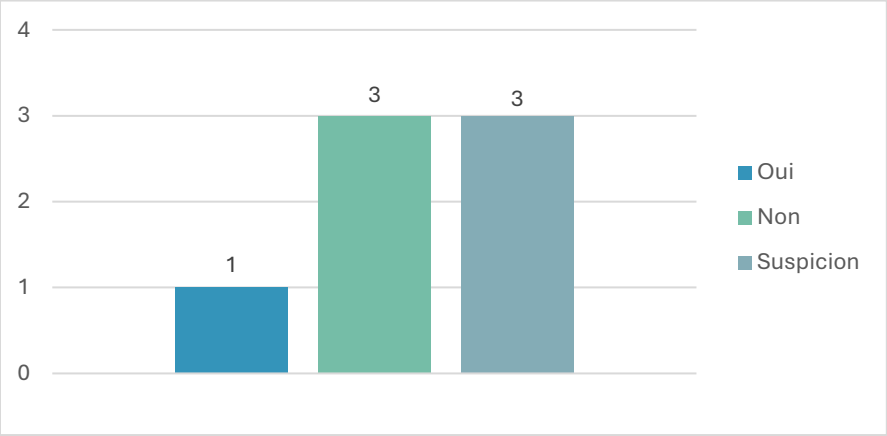


Note. N=88.

9.2.2.13. SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE

Les parents répondants ont identifié que 7 enfants présentent un trouble congénital, parmi lesquels 1 enfant a un diagnostic de syndrome d'alcoolisation fœtale, 3 enfants ont une suspicion de syndrome d'alcoolisation fœtale et 3 enfants n'ont pas ce diagnostic. Pour ce petit échantillon, un nombre quand même important d'enfants n'a pas de diagnostic clairement établi. En comparaison des résultats présentés antérieurement par rapport à l'exposition à l'alcool durant la période prénatale, ce sont tout de même 26 enfants sur 88 qui ont été exposés à l'alcool, parmi les enfants pour lesquels les parents avaient l'information. Il est donc surprenant de constater que sur un total de 26 enfants, 1 seul enfant a un diagnostic d'alcoolisation fœtale.

Figure 106. Syndrome d'alcoolisation fœtale



Note. N=7.

QUE DOIT-ON RETENIR DES DONNÉES DE SANTÉ RAPPORTÉES PAR LES PERSONNES ADOPTÉES ET LES PARENTS ADOPTIFS DANS LES QUESTIONNAIRES?

- Plusieurs informations importantes concernant les conditions de vie prénatales des enfants adoptés ne sont pas connues par les parents adoptifs.
- Les informations concernant la trajectoire développementale des enfants manquent également.
- Il y a certaines disparités, bien que minimes, entre les résultats obtenus dans les questionnaires des parents adoptifs et ceux des personnes adoptées. En effet, au niveau des troubles anxieux et/ou de l'humeur ainsi que les troubles du sommeil, les parents indiquent une moins grande prévalence de ces problèmes chez leurs enfants que du point de vue des personnes adoptées elles-mêmes.

9.3. ENTREVUES QUALITATIVES AUPRÈS DES PERSONNES ADOPTÉES ET DES PARENTS ADOPTIFS

Cette section présente les résultats des entretiens qualitatifs réalisés auprès de 6 personnes adoptées et de 23 parents adoptifs. Les caractéristiques sociodémographiques de ces échantillons sont présentées dans la section 3.2.2.3. du chapitre 3.

Au regard de la santé, les propos des personnes adoptées et des parents adoptifs sont en résonance. Ils relatent des éléments similaires. L'absence d'information, d'antécédents médicaux et le manque de connaissance des répercussions concrètes de certaines conditions ont des impacts sur l'expérience de vie en matière de santé tant pour les personnes adoptées que pour les parents adoptifs.

On remarque toutefois que les enjeux de connaissances se distinguent à deux niveaux, soit la compréhension et l'intégration. La compréhension fait référence à la présence de connaissances et d'informations pour mieux saisir les aspects qui touchent la santé. Alors que l'intégration concerne la capacité de faire des liens entre ces connaissances et les enjeux ou les répercussions que peuvent avoir ces problématiques de santé sur le quotidien. Par exemple, savoir qu'un enfant a été exposé à l'alcool en période prénatale est une chose. C'est de l'ordre de la compréhension. Mais, faire des liens entre les effets de l'alcool sur le développement de son cerveau à court, moyen et long terme, comme les difficultés d'apprentissage à l'école, est une autre chose. C'est de l'ordre de l'intégration. C'est intégrer des connaissances et des expériences qui permettent de comprendre le profil de santé de la personne adoptée.

L'analyse des sections d'entrevues portant sur la santé a permis de faire ressortir ces deux aspects fort complexes. Il a été possible de l'observer tant chez les personnes adoptées que chez les parents adoptifs. Les comportements et les crises sont souvent associés à des manifestations d'un souci dans le quotidien. Les conditions de santé de l'enfant adopté doivent être vues sur une trajectoire, comme une histoire qui se déroule, et non comme une photo instantanée. Nous avons imaginé un

schéma qui représente en quelque sorte l'expérience de santé de la personne adoptée, qui prend la forme d'un cerf-volant (voir Figure 107).

Comme c'est le cas pour la trajectoire d'un cerf-volant, les éléments du début de la vie de la personne adoptée peuvent influencer sa trajectoire de santé. Malheureusement, l'organisation des soins et des services n'est pas réfléchie selon cette notion de trajectoire; par exemple, les services sont pensés selon des groupes d'âge de l'enfant : 0-5 ans, 6-11 ans, 12-17 ans. Cette compartimentalisation peut faire oublier les effets persistants sur le développement du cerveau d'un début de vie difficile, ou encore les effets sur les troubles d'apprentissage à l'âge scolaire, conséquence d'une difficulté langagière en bas âge.

Les événements difficiles du début de vie qui se sont produits au moment où le cerveau était en construction peuvent créer de petits trous dans le tissu du cerf-volant. Des problèmes de santé physique ou mentale, ou encore des difficultés d'apprentissage peuvent également créer de petits trous. Il est alors possible d'imaginer que cela aura un effet sur la trajectoire du cerf-volant. Un cerf-volant nécessite une structure stable auquel se rattache le tissu. Les tiges de bois qui composent la structure du cerf-volant peuvent aussi être fragilisées. Dans la Figure 107, cette structure fait référence à l'intégration et la compréhension de la santé et des comportements de la personne adoptée. Sans une réelle compréhension des enjeux et sans une capacité de concevoir les conséquences de ces enjeux de santé sur le quotidien (intégration), il est difficile de conserver une structure solide. Autrement dit, difficile de soutenir les parties de tissus déjà fragilisées.

Mais que serait un cerf-volant sans vent pour le porter, sans fil pour le diriger? Au départ, ce sont les parents adoptifs qui tentent de manœuvrer le cerf-volant, mais rapidement ce sera la personne adoptée elle-même qui prendra sa santé en charge. Les vents, ce sont les services. Parfois, aidants, parfois difficiles à obtenir, mais souvent allant dans un sens ou dans l'autre.

Cette image permet d'expliquer les expériences vécues par les personnes adoptées et les parents adoptifs. Elle permet d'illustrer la complexité et l'interrelation entre différentes composantes, qu'elles soient petites ou grandes, dans l'expérience de santé de la personne adoptée. Le recours à cette image permet également d'illustrer les effets des expériences de soins et de services. Il permet d'imager la trajectoire développementale.

Figure 107. Concept du cerf-volant

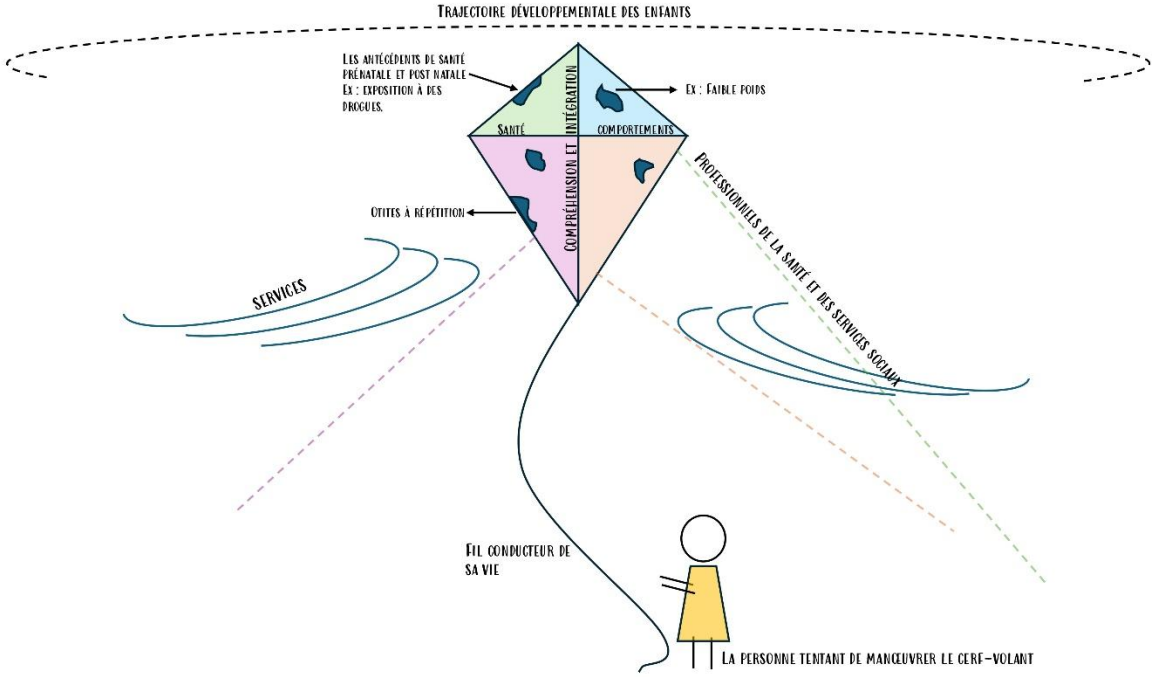
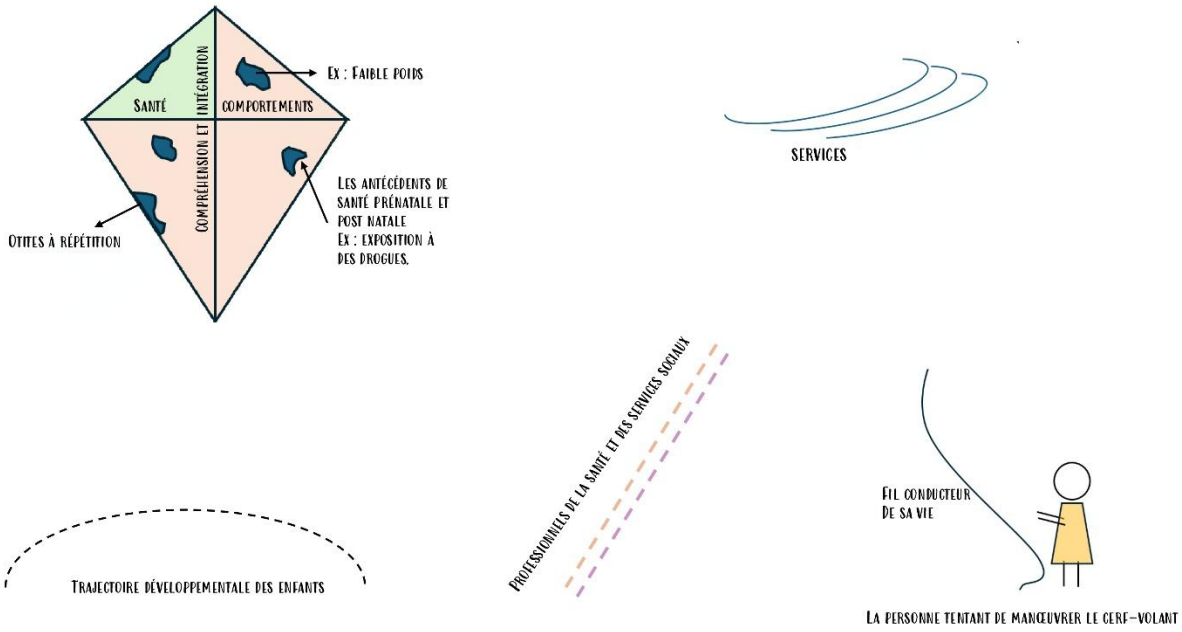


Figure 108. Éléments du concept de cerf-volant



9.3.1. ENTREVUES AVEC LES PERSONNES ADOPTÉES

Les propos des personnes adoptées en regard de leur santé nous permettent de faire ressortir 3 thèmes :

1) Des débuts de vie difficiles

2) Être perdu·e dans les diagnostics

3) Le filtre de l'adoption sur la santé

9.3.1.1. LES DÉBUTS DE VIE DIFFICILES

La plupart des personnes participantes rapportent des débuts de vie difficiles qui ont eu une influence sur leur santé, comme la consommation d'alcool ou de drogues durant la grossesse de leur mère d'origine. Certaines personnes possèdent des informations à propos de leur naissance et de leurs conditions de vie à cette époque.

> *Dans le fond, [prénom de la mère d'origine] est arrivée à l'hôpital sous cocaïne. Et sous autres drogues probablement aussi. Et alcoolisée. Donc, l'hôpital m'a gardé. Puis quand j'ai eu 12 jours, je suis allée dans ma famille d'accueil. (EAQ002)*

> *Et quand elle a commencé à avoir une petite bedaine, elle a arrêté de boire, elle a arrêté de manger. Puis elle consommait déjà de la drogue, fait qu'elle consommait pendant que j'étais dans son ventre, du crack, du cannabis, peut-être d'autres substances. (EAQ009)*

Certaines personnes ignorent complètement les informations de santé de leur naissance ou de leur enfance. C'est une expérience frustrante et difficile pour elles.

> *Je sais que j'ai eu de petits soucis de santé donc je suis restée un petit peu à l'hôpital, mais je ne me souviens pas combien de temps. Sinon, le récit de ma naissance- encore là, c'est ce que ce qu'on m'a dit des informations qui étaient sues. (EAQ049)*

> *Non, il y a une chose que je me rappelle qu'on m'avait dit, c'est qu'à ce qui paraît, elle fumait quand elle était enceinte. Mais je ne sais même pas si c'est vrai. Puis c'est un vague souvenir qu'on m'ait déjà dit ça. Mais non je n'ai pas accès. Je n'ai pas eu accès à cette information-là. (EAQ049)*

Les informations concernant leur santé en bas âge sont morcelées. Elles sont rapportées : par la personne intervenante de la DPJ auprès des parents adoptifs ou encore par des professionnels de la santé. Les personnes adoptées ne se sentent pas toujours comprises par les équipes de soins en regard de leurs antécédents médicaux. Cela entraîne de l'incompréhension, de la frustration et des malaises.

> *Bien c'est toujours difficile d'aller en rendez-vous médical, parce que... à tous les rendez-vous médicaux, ou... admettons que j'ai une opération des yeux au laser, puis toute, toute, toute, ils posent tout le temps la question « avez-vous une assurance vie ? Avez-vous des antécédents de telle ou telle maladie? » Bien je ne le sais pas. Puis il y a genre oui ou non, mais il n'y a jamais de « bien je ne peux pas le savoir ». (EAQ002)*

Les personnes adoptées expérimentent des difficultés reliées aux expériences de vie adverses de leur début de vie, notamment en lien avec les effets de l'alcool sur le développement de leur cerveau. Elles se sentent jugées, parfois incomprises, surtout que la complexité des effets du syndrome d'alcoolisation fœtale peut prendre plusieurs formes. Comme si l'entourage ne percevait pas les effets d'un tel diagnostic sur l'ensemble de la vie de la personne.

> *Beaucoup d'intimidation parce que j'étais différente. Pas par rapport au fait que j'ai été adopté, mais par rapport à mon syndrome alcoolo fœtal. Dans le fond, ça l'amène, je sais pas si tu connais un peu, mais ça amène des traits autistiques, asperger, bipolaire, et cetera. Fait que c'est compliqué de vivre avec ça, c'est compliqué, mais de, de vivre en soi avec ça, c'est compliqué pour l'autre. (EAQ002)*

9.3.1.2. ÊTRE PERDU·E DANS LES DIAGNOSTICS

Pour affronter ces difficultés et afin d'expliquer les différences, l'inconfort de même que les défis au quotidien, les personnes adoptées et leur famille cherchent à identifier ce qui se passe. « *Qu'est-ce que j'ai ?* » « *Comment me soigner?* ». Les personnes adoptées rapportent que leurs parents adoptifs ont tenté de trouver de l'aide, des services. Les familles cherchent un diagnostic pour expliquer, pour savoir comment agir ou comment aider.

> *Ma mère a fait beaucoup d'efforts pour que je sois diagnostiquée, dyslexique, dysorthographique, dyscalculique. (EAQ002)*

Les personnes adoptées rapportent une forme de clivage entre la santé physique et la santé mentale. Il semble difficile d'avoir une vision globale de la santé dans leurs expériences avec les différents services. Les effets d'un début de vie difficile ne semblent pas pris en considération. On cherche un service pour comprendre, pour expliquer, pour tenter de calmer la souffrance du quotidien. Les familles alternent entre services publics et services privés, mais il n'y a pas de vue d'ensemble qui intègre toute l'histoire.

> *Toutes les spécialistes au monde, je les ai vus là. C'est fou là. Ça a jamais vraiment aidé. (EAQ009)*

Il y a des non-dits. Les défis du quotidien, les transitions qui deviennent plus complexes. C'est souvent dans ces moments que les personnes adoptées et leurs parents adoptifs ne savent pas vers qui se tourner. Ce n'est pas seulement le besoin de service, c'est la compréhension globale de l'expérience d'adoption et des répercussions au niveau de la santé, au niveau du quotidien.

Mais quand je suis rentrée en secondaire 1, c'était un changement d'environnement encore fait que là ça m'a encore sabotée. Puis ça n'allait pas bien fait que j'ai commencé à m'arracher les cheveux pis gratter les mains au sang. Me couper là. Mais là, c'est plus là que mes parents l'ont su, mais je crois que mes parents l'ont toujours su et que je m'automutilais. Je crois que je le faisais tellement un point que je m'en foutais si mes parents le voyaient là. (EAQ002)

Certaines personnes adoptées comprennent davantage les impacts de leur début de vie difficile dans leur vie, du point de vue émotionnel. Mais, il est plus rare de percevoir l'effet sur leur santé. On distingue ici plus clairement les notions de compréhension et d'intégration : comprendre certains aspects de sa santé, intégrer les répercussions de cette histoire dans son quotidien dans sa trajectoire développementale.

Parce qu'ils m'ont tout le temps dit la même affaire. Puis vu que j'avais des problèmes familiaux, des problèmes à l'école. Ça a jamais comme, j'ai jamais eu quelqu'un qui a essayé de me comprendre j'ai l'impression. J'ai toujours senti que j'étais le problème. Puis j'avais besoin de quelqu'un qui me disait, qui venait me comprendre, tu sais? (EAQ002)

Comprendre ce qui ne va pas. C'est une quête pour plusieurs personnes adoptées. On cherche un diagnostic pour mieux se comprendre, pour savoir quoi faire, comment agir, mais surtout pour tenter de diminuer la souffrance du quotidien. Ce qui est perçu, c'est l'absence d'une vision globale de la santé en contexte d'adoption.

Bien à ce moment j'ai toujours eu des problèmes au ventre, qui finalement, plus tard, j'ai fait beaucoup de tests, on me dit que c'est un côlon irritable, mais que ça pouvait être autre chose. Mais ça a toujours été présent quand j'étais jeune. Le TDA ça a été diagnostiqué plus tard, mais que... puis même encore-là, en voyant des psychologues, eux ils ne savent pas trop... il y a aussi le PTSD qu'on me parle, j'avais peut-être ça aussi- bien, j'ai peut-être encore ça. Mais à ce moment-là c'était- bien j'avais beaucoup de problèmes- pas sûr que c'est relié, mais au niveau de mes menstruations, donc je faisais beaucoup d'anémie tout le temps, donc c'est ça. Anxiété, dépression. J'avais un trouble d'attention, puis mon ventre. Puis j'ai des douleurs aussi articulaires jusqu'à tout récemment- ça vient par phase. Des périodes de stress où il y a des choses qui sortent plus, mais encore là il n'y a comme pas de diagnostic qui a été fait par rapport à ça. (EAQ0048)

En lien avec cette quête, les personnes adoptées ont de la difficulté à exprimer clairement leurs besoins et ce qu'elles ressentent. Elles ont de la difficulté à choisir les mots ou exprimer en concept ce qui se passe dans leur quotidien et qui rend leur réalité plus difficile. La citation suivante en est un exemple.

Coordination et surtout le visuo-spatial, calculer les distances. Mais toutes les perceptions, que ce soit social, que ce soit conduire, que ce soit juste la pièce que je

suis dedans. Ma perception, je suis pas capable de calculer ma distance, pas capable de calculer l'émotion. (EAQ002)

9.3.1.3. LE FILTRE DE L'ADOPTION SUR LA SANTÉ

À travers les propos des personnes participantes, le besoin de se comprendre en tant que personne adoptée, d'être comprise par son entourage, mais surtout par les professionnels rencontrés tout au long de son parcours se fait sentir. L'adoption est souvent associée au domaine social, pourtant les domaines de la santé et de l'éducation doivent, eux aussi, bien saisir l'effet de l'adoption sur le parcours d'une personne. En effet, l'adoption agit comme un filtre sur la santé qui comprend des dimensions physiques, sociales, psychologiques et développementales.

Ainsi lorsqu'elles demandent de l'aide en matière de santé mentale, par exemple, les personnes adoptées sont déçues de se faire offrir seulement un médicament pour soulager leur mal-être au lieu d'une approche où il y a un accompagnement pour être soutenues dans leur parcours de vie ayant pu contribuer à ces enjeux de santé mentale.

Moi, quand j'étais jeune, j'aurais aimé ça avoir des professionnels de la santé pour mes problèmes mentaux, être capable d'avoir le courage d'aller parler, puis de dire mes sentiments que j'ai sur le cœur, pouvoir rencontrer ceux que j'aime, comme j'aurais aimé ça rencontrer ma sœur plus jeune, mais j'ai jamais vraiment eu le courage d'en parler. (EAQ016)

Le besoin d'être compris par rapport à son expérience d'adoption ressort à différents moments du quotidien des personnes adoptées. Cela peut survenir lors d'une consultation médicale, quand la personne est questionnée sur ses antécédents et qu'elle n'est pas en mesure de répondre comme elle ne détient pas l'information, ou quand elle tente d'avoir accès à des services d'aide en lien avec ses difficultés scolaires qui sont relativement attendues en raison des enjeux que son cerveau en développement a pu vivre depuis sa naissance. Les personnes participantes rapportent différentes actions qu'elles entreprennent à différents moments de leur vie pour essayer de reconstituer leur histoire de santé et leur histoire de vie.

J'ai encore plein de questions, j'ai aussi fait un test d'ADN Ancestry récemment, donc je sais que le nom de ma mère biologique serait peut-être une [nom de famille], mais ce n'est pas confirmé. Puis dans mon Ancestry, j'ai plein de liens avec des [nom de famille]. (EAQ016)

En somme, c'est comprendre que l'adoption teinte l'ensemble de notre expérience de vie. Pour revenir à notre image initiale, c'est comprendre que certains éléments ont affecté notre cerf-volant, que ce n'est pas notre faute. L'extrait suivant illustre bien comment les antécédents de santé périnatale ou les conditions de vie en bas âge ou la maltraitance peut avoir causé des « trous » dans le tissu du cerf-volant et que ceux-ci demeurent présents à leur façon et fragilise la structure globale du cerf-volant. Celui-ci devra alors être manœuvré à travers les différents évènements de la

trajectoire développementale et les services qui seront disponibles pour faire un accompagnement à ce moment-là.

> *Bien ils n'étaient pas aptes à s'occuper d'enfants. Vraiment, vraiment pas. Ils consommaient beaucoup. Ouais, ça j'ai oublié d'en parler. Ils consommaient énormément. Je sais qu'ils consommaient du crack, puis d'autres choses. Donc il y avait ça aussi, ce n'était vraiment pas un climat pour des enfants. Les premiers mois que j'étais chez mes parents adoptifs, je pleurais à chaque soir en m'endormant, puis j'étais comme « elle est où ma maman? », puis je pleurais et tout, mais mes parents étaient là pour me réconforter, ils me donnaient un câlin, puis ils me parlaient et tout. Parce que, comme je dis, quand je lui écrivais, c'était comme « je t'aime maman » na na na, mais la petite [prénom de la participante] n'est pas consciente qu'elle a été battue par sa belle petite maman gentille. Elle n'est pas consciente de tout ça, donc je pense que ce n'était pas le bon moment, c'était beaucoup trop jeune. (EAQ048)*

QUE DOIT-ON RETENIR DES ENTREVUES AVEC LES PERSONNES ADOPTEES?

- Les personnes adoptées rapportent un début de vie difficile (effets de la consommation chez la mère d'origine, manque de soins, etc.,) qui a des effets à long terme sur leur santé et leur quotidien.
- Les personnes adoptées tentent de comprendre ce qu'elles vivent. Elles cherchent des diagnostics afin de s'aider. À travers tous ces diagnostics, les personnes semblent un peu perdues. Les personnes se questionnent à savoir où et comment formuler des demandes d'aide.
- Certaines personnes adoptées font des liens entre leur expérience d'adoption, les conditions de vie difficiles et les effets sur leur santé physique, mentale et développementale.

9.3.2. L'EXPÉRIENCE DES PARENTS ADOPTIFS

Les thématiques abordées par les parents adoptifs font écho aux propos des personnes adoptées. On y retrouve plusieurs similarités. Un **grand thème, intitulé** « **Impact de la santé sur la trajectoire de l'enfant** » a pu être identifié, ainsi que différents **sous-thèmes:**

1) Début de vie difficile;
2) Conséquences à long terme d'un début de vie difficile;
3) Problèmes de santé multiples et hospitalisations;
4) Accès aux informations et antécédents;
5) La santé mentale, le comportement et le sommeil;
6) La quête de services;
7) L'adolescence.

Les parents adoptifs relatent plusieurs expériences de leur quotidien en regard de la santé de leur enfant adopté.

9.3.2.1. DÉBUT DE VIE DIFFICILE

Bien que les parents ne possèdent pas toujours toutes les informations concernant le début de vie de leur enfant adopté, plusieurs ont été témoins des effets concrets d'une naissance difficile, d'une exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool.

> *C'est que ma fille elle avait « coté » positif au THC, très fortement, à la naissance. (PAQ015)*

> *Alors dans le cas de ma fille, elle a- dans le cas des deux, ils ont testé positif pour la cocaïne à la naissance. Donc les deux avaient des enjeux de sevrage de (bégaie)- c'est ça d'avoir été exposé à la cocaïne dans leur vie intra-utérine. Elle avait- les 10 jours qu'elle était à l'hôpital aux soins intensifs [...] (PAQ032)*

Ces débuts de vie difficiles ont été exigeants pour l'enfant, mais également pour les parents adoptifs, parfois surpris par l'ampleur des soins à prodiguer pour la nouvelle recrue de leur famille.

> *C'est un gros changement dans une vie vraiment là. Mon enfant, en fait, il avait 6 semaines, mais il pesait comme 7 livres, puis il était malnutri, il était sale. Tu sais, il était vraiment dans un milieu où il était... donc au début, il buvait là quasiment 20 h par jour fait qu'il a eu beaucoup- il a eu du rattrapage à faire. Il avait toujours froid, fait que le temps qu'il engraisse puis qu'il s'adapte même à 6 semaines quand même là il demandait beaucoup, beaucoup, beaucoup de bras, puis beaucoup... c'était un bébé qui était quand même exigeant. (PAQ020)*

> *Bien nous on l'a eu il avait 5 semaines. Il avait passé 3 semaines à l'hôpital parce que c'est un bébé de petits poids, puis il y avait des tests à faire et tout, puis il avait passé peut-être une semaine chez la mère biologique. Puis une semaine chez la tante. (PAQ045)*

Les parents observent alors les effets de la drogue ou de l'alcool à court terme : symptômes de sevrage, hospitalisation, détresse physiologique chez l'enfant, etc. Toutefois, après quelques années, la relecture de ce passage de leur vie permet aux parents d'exprimer qu'à cette époque, ils ne comprenaient pas les conséquences de cette exposition à l'alcool et à la drogue à moyen et long terme. Il était difficile pour eux d'imaginer ce que pourraient potentiellement devenir leurs enjeux du quotidien dans ce contexte.

> *Moi à mon- tu sais, on savait que la mère avait pris de l'alcool et de la drogue ça on était au courant, mais on ne savait pas ce que ça faisait. Moi dans mon optique c'était « bon c'est un enfant qui va peut-être se développer plus lentement, marcher plus tard, etc., peut-être avoir un petit peu de retard intellectuel, c'est peut-être de devoir la stimuler plus » et tout ça, fait que moi dès le départ là... bien c'est premièrement quand on est allé l'apporter en... les 10 premiers jours, c'était correct là tu sais on n'a pas noté- j'ai pas noté rien de particulier là chez cet enfant-là c'est un petit bébé... un petit bébé naissant normal. (PAQ026)*

Puis tu sais, on a demandé parce que [nom du cadet] avait quand même consommé alcool et cocaïne dans le ventre de sa mère. Donc j'avais vérifié qui était pas en sevrage puis les petits indices qui auraient pu nous laisser croire qu'il y avait des atteintes plus graves là, mais il y avait rien du tout ça, donc on s'est lancé. (PAQ043)

9.3.2.2. CONSÉQUENCES À LONG TERME D'UN DÉBUT DE VIE DIFFICILE

Afin de tenter de comprendre, de se projeter, certains parents s'accrochent à quelques informations ou quelques indices. Plusieurs personnes semblent accorder une importance à l'indice d'Apgar. Nous avons également relevé cet aspect dans les données provenant de dossiers analysés pour constituer le portrait régional.

Fait que c'est ça, elle nous a dit que c'est un petit bébé, c'est que la mère- bon elle prenait- tu sais elle avait pris de l'alcool, de la drogue, mais par contre le bébé avait un APGAR de 9-10 fait que moi- tu sais je suis infirmière fait que là je me dis « bon »- bien tu sais je l'étais pas à ce moment-là, mais j'avais quand même des connaissances là j'ai fait un bac en enseignement aussi fait que tu sais j'ai de la psycho ou... tu sais j'ai quand même des notions. Fait que j'ai dit « bon APGAR 9-10 c'est bon » (participante rit) tu sais fait que là je dis « le bébé était en sevrage », j'ai dit « c'est bien beau », elle dit « là la mère elle n'a pas de capacité, c'est une première, mais il n'y a pas grande chance qu'elle puisse la ravoir » et tout ça. (PAQ028)

Certains parents rapportent également une absence de suivi obstétrical, ou un suivi obstétrical tardif, pour la mère d'origine.

Donc, la mère dans le fond- c'est ça, comme vous avez pu constater, c'est son cinquième enfant qu'elle a, le troisième avec son conjoint qui est pas très gentil avec elle de toutes les façons possibles. Donc c'est assez qu'on- c'est ça, c'est comme une relation de violence conjugale, de consommation. C'est là-dedans que ça baigne. Elle a transposé ça lors de sa grossesse, donc [prénom de l'enfant adopté] a été intoxiquée pendant toute sa grossesse. Elle a eu aucun suivi de grossesse non plus, fait qu'on - à ce moment elle s'est pointée à l'hôpital, c'était l'accouchement puis c'était ça. (PAQ039)

Les deux extraits suivants montrent les liens qu'un parent fait entre les expériences d'un début de vie difficile pour son enfant et les répercussions à plus long terme. Afin de préserver l'anonymat, une partie entre les deux passages a été retirée.

Il avait 5 semaines puis il pesait 6 livres. Bien tu sais vu qu'elle avait consommé quand même pas mal d'alcool, bien, il a pas été en sevrage là, mais c'est quand même un des symptômes du fait qui était de petits poids qu'il pouvait avoir des complications à plus long terme dans son développement. Puis qu'il allait savoir finalement. Il y a avait rien de grave au moment à ce qu'on l'a eu sur le point de vue médical, mais on savait que ça pouvait évoluer vers différentes problématiques, puis d'apprentissage,

puis tout ça, puis de cet ordre-là. Sinon il me semble qu'il y avait jaunisse puis sous-développement des poumons là. (PAQ045)

Peu importe ce que je faisais, je veux dire ça marchait pas autant pour les devoirs que tu sais. Puis là bien ça s'enchaîne après ça dans le comportement, puis dans frustration, puis dans l'opposition, puis là tout le reste. Ça fait que là, un moment donné, on était en- il a eu des consultations en pédopsy, en neuropsy, il y avait des enjeux d'attachement. Puis c'est en quelle année? Je pense que c'est en 5 ou 6e année, qu'il avait eu un diagnostic de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale. (PAQ045)

9.3.2.3. PROBLÈMES DE SANTÉ MULTIPLES ET HOSPITALISATIONS

Les parents rapportent des défis de santé qui nécessitent des soins, beaucoup de soins et surtout de la constance dans les soins.

Elle me disait, tu sais, il y a un retard de langage, mais là je me disais il y a 18 mois, donnez-lui une chance seigneur, c'est sûr qu'il doit pas dire grand-chose, mais c'est ça, il était très explosif là-dessus puis on allait quelque part et il se cognait la tête sur le mur quand les gens lui parlaient. Il était pas habitué à dormir, il mangeait des saucisses à hot-dog puis des biscuits au chocolat, c'est tout ce qui avait appris. Puis tu sais, même on lui donnait un yogourt là, il fallait qu'il l'ouvre lui-même parce qu'il acceptait pas l'aide de personnes là fait que il avait été laissé à lui-même, beaucoup, avait été gravement maltraité, négligé. (PAQ043)

Parfois, les parents relatent un manque d'informations en regard des enjeux de santé. Ce n'est pas seulement l'accès à l'information sur le dossier de santé. Les parents ne peuvent pas toujours comprendre ou imaginer les effets ou conséquences sur la santé de l'enfant, ni même avoir les connaissances nécessaires pour identifier les enjeux de santé potentiels et initier les démarches requises ou pour savoir quelles mesures mettre en place une fois qu'un diagnostic est posé.

Après ça, je dirais quand elle avait à peu près 9-10 mois, 11 mois, l'intervenante qui était là, qui supervisait les visites, moi m'avait comme dit « [nom du parent], j'aimerais ça que tu la fasses checker parce qu'elle a comme des comportements, des choses qui me font penser- » Elle, elle avait déjà travaillé dans un centre de jeune mère à problème là. Puis elle dit « j'ai apporté souvent les enfants qui avaient un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale à docteur [prénom] », qui était notre spécialiste ici à [nom de la ville]. Puis elle a dit « il y a des affaires je trouve que... j'ai comme une suspicion qui pourrait avoir un petit quelque chose » fait que moi je dis « bien là c'est correct, je vais aller la faire évaluer ». (PAQ026)

Certains enfants ont besoin d'être hospitalisés, notamment pour des problèmes respiratoires ou des infections. Or, une hospitalisation entraîne des conséquences pour n'importe quel enfant (Blatt, 2025). Dans le cas des enfants qui ont un passé plus lourd, l'épisode d'hospitalisation peut être vécu

comme un nouvel évènement traumatique. Ce nouvel environnement, en dehors de la routine, et les soins administrés par des personnes qui leurs sont inconnues peuvent être très anxiogènes et occasionner un sentiment de perte de contrôle pouvant amener des difficultés comportementales ou psychologiques.

> *Au moment de son arrivée, c'était un enfant qui avait beaucoup d'enjeux respiratoires. On a passé beaucoup de temps à l'hôpital quand même, la première année et demie je dirais-là. Elle avait été hospitalisée l'été d'avant d'ailleurs pour une pneumonie assez importante. Elle en a refait une en janvier cette année, quand elle est arrivée chez moi. L'année suivante, on a été réhospitalisé aussi quelques jours, donc il y a eu beaucoup d'enjeux respiratoires, d'enjeu d'eczéma à ce moment-là. Elle se dévelop- il y avait une petite histoire de jambes aussi, mais tu vois, je m'en rappelle même plus. Moi je pense que j'étais allée deux fois-là voir le médecin des jambes, puis c'était réglé. On n'avait plus d'inquiétude. (PAQ017)*

> *On a passé quelques nuits à [nom de l'hôpital]. Oui, on a passé des nuits à [nom de l'hôpital], on a eu... [cherche ses mots] Au point de vue de sa santé, et c'est bien sûr à combiner à l'anxiété. C'est la tempête parfaite là. (PAQ028)*

Certains parents soulignent qu'ils auraient apprécié avoir des explications plus complètes sur les conséquences à long terme que leur enfant était susceptible de présenter en lien avec ses enjeux de santé, ou encore qu'on les informe sur les facteurs de risque associés à un problème de santé à la naissance. Ces connaissances leur auraient été bénéfiques pour éclairer leur prise de décisions en connaissant en amont les répercussions que peut avoir un problème de santé d'un enfant sur la vie familiale et professionnelle.

> *J'essayais, je ne savais pas, je trouvais ça dur de prendre une décision, puis quand j'y repense aujourd'hui avec ce qu'est devenu ma vie aujourd'hui. Ma fille n'a pas de syndrome d'alcoolisme fœtal, mais elle a bien d'autres affaires qu'ils auraient dû voir aussi parce que c'était bien évident. Pis c'est ça. Mais tu sais, jamais il m'a posé une question aussi directe que « qu'est-ce qui arrive si un jour vous ne pouvez plus travailler à temps plein? » (PAQ017)*

De plus, certains parents mentionnent qu'ils auraient aimé être mieux informés sur les enjeux de développement cumulatifs lorsque plusieurs diagnostics sont présents de manière concomitante.

> *Donc, il y a un an presque jour pour jour, la psychiatre a mis sur papier que ses diagnostics étaient : trouble d'anxiété généralisée, TDAHI donc avec impulsivité- donc TDAH, trouble de développement du langage- qui en fait est le soupçon, et ça a été confirmé, parce qu'on a fait une évaluation par l'orthopédagogue de [nom de l'hôpital] l'été dernier, qui nous l'a confirmé que... donc en septembre, ça a été confirmé qu'il a un trouble de développement du langage, qu'il a une dyslexie, qu'il a une dysorthographie et... il m'en manque. Bon l'enjeu de sensibilité- ce n'est pas un*

diagnostic, mais quand même; enjeux de sensibilité qu'elle a nommés et des enjeux d'attachement. (PAQ032)

9.3.2.4. ACCÈS AUX INFORMATIONS ET ANTÉCÉDENTS

On constate que les informations, notamment les informations de santé et particulièrement les informations obstétricales, ne semblent pas circuler. Cela occasionne de la frustration et de l'incompréhension tant chez les personnes adoptées que chez les parents adoptifs.

> *Bien tu peux me donner des infos sur l'accouchement, parce que ma fille fait partie de l'accouchement. Donne-moi pas des infos sur comment qu'elle a ouvert, mais donne-moi des infos sur telle partie de l'accouchement j'ai le droit d'avoir ça. Écoute, il a fallu que je fasse trois demandes de révision d'accès à l'information, tu sais, c'est à se demander s'ils sont, s'ils sont de bonne foi tu sais. (PAQ015)*

Les informations sont recueillies à la pièce. Les parents relatent de nombreux efforts pour colliger et obtenir les informations. Ils ont l'impression de « se battre » pour l'accès à cette information qui appartient à l'enfant à leurs yeux.

> *On sait que [prénom de l'enfant adopté], il est né avec un petit souffle au cœur fait que ça aussi c'est un- une attention particulière. On a quelques infos là, on se fait tout pitcher ça, mais nous on a aucun tant- pas tant de documents qui nous expliquent comment était la grossesse, est-ce qu'elle a été mise à terme, est-ce que on sait- à ce moment-là, on savait pas ça. (PAQ039)*

> *Le pédiatre a été vraiment fantastique quand je l'ai rencontré au tout jeune âge de [fils de 20 ans], ses premiers vaccins tout ça, il m'a dit qu'il avait reçu par la protection de la jeunesse, le dossier médical de la mère de [fils de 20 ans], puis il nous a dit que si on voulait, on pouvait prendre un rendez-vous avec lui d'une heure, il allait s'asseoir avec nous on allait éplucher le dossier médical de la mère pour connaître tous ses antécédents et tout ça. (PAQ048)*

9.3.2.5. LA SANTÉ MENTALE, LE COMPORTEMENT ET LE SOMMEIL

Les parents abordent des enjeux de santé physique, de même que dans les soins à prodiguer à l'enfant. Ils illustrent souvent, à l'aide d'exemples, les réactions ou les comportements de leurs enfants. Ils décrivent l'analyse qu'ils font des interventions qu'ils ont tentées auprès de ceux-ci. Les enjeux de santé mentale sont également abordés.

> *Oui, il s'assoyait sur le bout de nos genoux, tu sais de dos à nous, il ne voulait pas se coller, il vomissait dans son lit, mettons qu'il y avait la gastro, mais il demandait jamais d'aide. Il était comme habitué à s'organiser tout seul là, mais à 18 mois on est pas supposé s'organiser tout seul pauvre petit minou fait que c'est sûr qu'il y avait le contact visuel fuyant.*

Aussi, de nombreux parents nomment des enjeux particulièrement présents en lien avec le sommeil de leur enfant.

> *C'est un petit garçon qui a toujours eu la misère à s'endormir. Euh on a accompagné, on l'a accompagné pour s'endormir jusqu'à l'âge de 7 ans. Il lutte contre le sommeil. Parce que il y a eu des traumas la nuit. Elle l'abandonnait la nuit. Et là il a été, il lui a été retiré de là, ça a pas été super sympathique. Il a été retiré de là la nuit. [pause] Où il y a eu, cris et pleurs avec des policiers. Il y avait de quoi être traumatisé pour, par rapport à la nuit. Donc il y avait, la nuit représentait beaucoup de dangers. La nuit, c'est là où je suis laissé seul. C'est la nuit où il se passe beaucoup de choses. [Silence] Donc il y a des traumas. Il y a toujours des traumas. (PAQ028)*

> *Il y avait le sommeil qui a tout le temps été un enjeu plus difficile. Ça a pris du temps avant qu'il dorme seul. (PAQ045)*

> *On est passé par toute la panoplie de solutions médicales possibles et imaginables, les tests à l'hôpital pour savoir si elle faisait de l'apnée du sommeil, les... le naturopathe, ostéopathe, autre « pathe » dont j'oublie le nom. Tout, tout, tout est passé. Changer de lit, dormir avec nous, rien ne marchait. (PAQ027)*

Face à ces défis, les parents cherchent de l'aide et se sentent bien démunis et isolés. Ils se demandent comment aider leur enfant. Il semble difficile de nommer les enjeux qu'ils observent, particulièrement en matière de comportement et de santé mentale. Les parents se questionnent et se sentent peu soutenus pour bien identifier les enjeux qui se cachent derrière les comportements de leur enfant.

> *Puis tu sais, c'est paniquant, parce que je vois bien que mon enfant va pas bien là. Puis tu sais, je me sentais bien toute seule là-dedans. (PAQ017)*

> *Et donc pour ce qui est de la santé mentale, je vais appeler ça comme ça, faute de mieux, ou la santé comportementale ou la santé affective. J'ai pas eu de vrais soupçons la première année. Et pour une raison que j'ignore et que je considère inadmissible, le fait qu'elle avait vécu dans cinq lieux de vie différents en un an n'a pas sonné de clochettes d'alarme à personne sur le fait qu'il était assez manifeste qu'on aurait des problèmes d'attachement quand même importants. [rire] Je ne sais pas pourquoi, mais personne n'a cru bon m'avertir que c'était pas un bon départ dans la vie, admettons que elle a changé de famille. J'étais sa quatrième famille d'accueil, à 15 mois. Fait que c'est ça. Je dirais qu'à partir de deux ans et demi j'ai commencé à me douter qu'il y avait des problèmes importants. On m'a répété pendant un an et demi, deux ans que c'était l'âge. (PAQ017)*

Les parents cherchent à comprendre le comportement de leur enfant. Ils souhaitent aider leur enfant et surtout trouver une guidance et des stratégies pour améliorer concrètement le quotidien.

Puis quand j'ai lu là-dessus, puis que j'ai compris c'est quoi, puis que j'ai fait appel à l'organisme SafEra, qui est un organisme au Québec qui supporte les familles qui ont un enfant possiblement atteint de TSAF, j'ai compris bien bien des affaires. Puis j'ai changé mon approche avec mon enfant, j'ai compris qu'il avait ***des hypersensibilités****, puis en quoi que ça pouvait affecter son quotidien. (PAQ045)*

9.3.2.6. LA QUÊTE DE SERVICES

Les parents cherchent de l'aide professionnelle. C'est encore plus important lorsque l'enfant est adopté et que les services de la protection de la jeunesse se sont retirés. Difficile de se retrouver dans toutes les disciplines, entre le secteur privé et le secteur public. Encore plus difficile de trouver une personne sensible à la réalité adoptive de l'enfant et de sa famille. Le parent doit alors coordonner tous ces services.

À 4 mois déjà c'était comme elle avait des retards importants, tu sais, c'était pendant un an, ma fille, là tu sais. Là, elle a plusieurs diagnostics là, mais tu sais, c'est ça, tu sais-je veux dire, à 2 mois j'allais voir un ostéo avec elle. Ostéo, physio, physiatre, pédiatre, on faisait des prises de sang tout le temps pour des maladies infantiles. (PAQ015)

J'ai compté 36 spécialistes que j'ai dû coordonner et consulter dans les 10 dernières années. (PAQ032)

Mais en même temps, tu sais, on, [prénom de l'autre parent adoptif] quand même lisait beaucoup sur l'adoption, tout ça, puis les problématiques, je sais pas si à ce moment-là, on voyait une psychoéducatrice- on est allé au privé parce qu'on avait essayé d'avoir des services au niveau de l'adoption. Une fois que l'enfant est adopté, ça, on pourra en parler plus tard, mais une fois que l'enfant est adopté, c'est sûr qu'on perd beaucoup de privilèges par rapport à la DPJ, puis tout ça. Puis les services, c'est zéro. Fait qu'on est allé au privé pour avoir de l'aide, un peu pour s'aider. (PAQ049)

9.3.2.7. ADOLESCENCE

L'adolescence est une période difficile pour de nombreux jeunes. C'est particulièrement plus délicat comme période pour les jeunes fragilisés par leur début de vie. Certains parents rapportent la présence de comportements à risque (consommation de drogue, alcool, sexualité, conduite dangereuse) chez leur adolescent adopté. Ces éléments doivent être pris en compte par le personnel œuvrant auprès des adolescents adoptés et leur famille dans la mesure où ils peuvent influencer la santé globale du jeune.

L'adolescence est arrivée, puis tout ça, puis ça a pas été facile. La drogue, la sexualité, c'était pas simple. Il y a eu des choses quand même difficiles, puis c'est encore difficile. [...] Je pense qu'il se cherche encore. Puis c'est ça, il reste avec tous les problèmes d'attachement qu'il a eu. Puis c'est toujours pas simple pour lui. Fait que c'est un peu ça fait que jusqu'à l'adolescence ça a été comme ça, puis là quand

il a été hors du service chez nous aussi puis que ça marchait plus, là il a été placé à 14 ans. Fait que de 14 à 18 ans, mais on a gardé la relation encore. C'est une relation particulière évidemment, c'est une relation tu sais il est beaucoup dans l'utilitaire, donc on a une relation utilitaire. (PAQ049)

QUE DOIT-ON RETENIR DES ENTREVUES AVEC LES PARENTS ADOPTIFS ?

- Les parents rapportent des débuts de vie difficiles pour leur enfant. Ils rapportent notamment les conséquences à court, moyen et long terme qu'ils ont observées de ces difficultés. Selon leur expérience, les parents relatent que ces difficultés ont entraîné des défis dans l'exercice et l'expérience de leur parentalité.
- Tout comme les personnes adoptées, les parents insistent sur les défis reliés au manque d'informations en regard des antécédents de santé de l'enfant.
- Les parents rapportent des problèmes de santé complexes chez leur enfant adopté. Certains nécessitent des hospitalisations, des suivis fréquents. Les problèmes de santé rapportés affectent tant la santé physique, la santé mentale, le sommeil et le comportement de l'enfant.
- Les parents tentent tant bien que mal de trouver des services adéquats et adaptés à la réalité adoptive de l'enfant. Toutefois, il semble difficile pour les parents d'identifier la ressource adéquate. Les parents rapportent être morcelés entre différents spécialistes ou différentes disciplines, sans avoir une vue d'ensemble de la situation de l'enfant.

CHAPITRE 10 REGARDS CROISÉS SUR LES RÉSULTATS

Geneviève PAGÉ
Doris CHATEAUNEUF
Patricia GERMAIN
Roxanne BRAULT
Daphné FALLU
Angélik LEPAGE-CABECEIRAS

La présente étude a porté sur l'adoption d'enfants nés au Québec par l'intermédiaire des services de la protection de la jeunesse. Pour rappel, la recherche menée visait plus spécifiquement à :

1. Dresser un portrait des enfants adoptés par l'intermédiaire des DPJ et décrire les caractéristiques des parents d'origine et des parents adoptifs;
2. Comprendre l'expérience du parcours d'adoption de personnes adoptées, de parents adoptifs et de parents d'origine en termes de défis rencontrés et leurs besoins;
3. Décrire l'état de santé globale des enfants et l'utilisation des soins et services par les familles adoptives.

Pour répondre à ces objectifs, différentes méthodologies ont été utilisées. Certaines données ont été recueillies dans les dossiers des usagers (dossiers de suivi dans les services de protection de la jeunesse et dossiers d'adoption), d'autres proviennent des bases provinciales de données clinico-administratives des services en protection de la jeunesse, de questionnaires en ligne complétés par des parents adoptifs ou des personnes adoptées adultes, ou encore d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de parents adoptifs, de personnes adoptées adultes et de parents d'origine. La combinaison de ces méthodologies a permis d'obtenir des données de nature quantitative et descriptive et des données de nature qualitative et expérientielle. La multiplicité des sources de données permet de se pencher également sur différents moments de la trajectoire d'adoption, c'est-à-dire tout autant sur la période pré-adoptive, que sur l'adoption elle-même, ou encore sur la période post-adoption. Ces méthodologies considèrent également le point de vue, les trajectoires ou les caractéristiques de tous les membres de la triade adoptive, soit les personnes adoptées, les parents d'origine et les parents adoptifs.

Pour rendre compte des principaux résultats, nous proposons, dans ce chapitre, un regard transversal sur l'ensemble des données. La discussion est organisée de manière à présenter le portrait et l'expérience de chacun des membres de la triade adoptive, soit les personnes adoptées, les parents d'origine et les parents adoptifs. Par la suite, il sera question de certaines thématiques relatives aux relations et aux expériences partagées par ces personnes. Ce chapitre se conclut avec les forces et limites de l'étude.

10.1 PORTRAIT ET EXPÉRIENCE DES PERSONNES ADOPTÉES

10.1.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENFANTS ADOPTÉS

Les données provenant des portraits provincial et régional indiquent que les enfants adoptés via les services de protection de l'enfance sont presqu'autant des garçons que des filles, avec un pourcentage légèrement plus élevé de garçons (52 % de garçons et 48 % de filles), ce qui est très similaire aux données provenant de sondages populationnels américains, où le pourcentage de garçons varie de 52 à 57 % selon la source (Vandivere et McKlindon, 2010; Zill et Bramlett, 2014). Les enfants sont principalement d'origine québécoise ou canadienne (résultat qui varie entre 80 % et 85 % selon la source de données), ce qui distingue nos résultats des études américaines, où seulement 37 % des enfants adoptés en contexte de protection de la jeunesse sont d'origine caucasienne (Vandivere et McKlindon, 2010; Zill et Bramlett, 2014). Concernant les motifs de prise en charge, la négligence et le risque sérieux de négligence sont les motifs de compromission les plus souvent évoqués dans les dossiers étudiés et concernent plus de 90 % des enfants. Par ailleurs, plus de la moitié des enfants adoptés dont le profil a été étudié ont plus d'un motif de compromission à leur dossier PJ.

10.1.2. TRAJECTOIRE DE PLACEMENT ET D'ADOPTION

Les données étudiées dans le cadre du présent projet montrent que les enfants adoptés ont été retirés de leur milieu familial d'origine très jeunes et présentent par la suite une **trajectoire de placement** stable. Ce constat correspond aux résultats de travaux de recherche antérieurs, réalisés tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, qui observent que l'adoption implique des trajectoires de placement relativement courtes et stables (Akin, 2011; Chateauneuf et al., 2020; Neil et al., 2019; Rolock et White, 2016). Les données provinciales de la présente étude indiquent que 65 % des enfants ont connu leur premier placement alors qu'ils avaient moins de 6 mois. Dans l'ensemble, ce sont environ la moitié des enfants adoptés qui n'ont d'ailleurs jamais cohabité avec au moins un de leurs parents d'origine avant d'être placés en famille d'accueil (résultats qui varient entre 47 % et 50 % selon la source). Les données indiquent également que près de 75 % des enfants ont connu seulement 1 ou 2 milieux de placement et qu'environ 80 % (entre 79 % et 86 % selon les échantillons étudiés) n'ont connu aucune réunification familiale. Selon les questionnaires en ligne complétés par les parents adoptifs, les deux tiers des enfants avaient moins d'un an à leur arrivée dans la famille qui les a adoptés. Ces données indiquent que le personnel intervenant a favorisé des placements précoces pour bon nombre d'enfants, une décision qui peut être liée, en partie, à la grande vulnérabilité observée chez les parents d'origine.

Au Québec, les enfants qui font l'objet d'une adoption en protection de l'enfance transitent pour la plupart par le programme banque mixte. En effet, les données du portrait régional indiquent que seulement 14 % des adoptions sont des adoptions régulières, donc des adoptions qui ont généralement lieu peu de temps après la naissance, à la suite d'un consentement général signé par les parents. Pour les autres (86 %), l'adoption fait suite à un placement en famille d'accueil, généralement en famille d'accueil banque mixte (81 % des placements). Les données recueillies

dans le cadre des questionnaires auprès des parents adoptifs vont également en ce sens : 85 % des enfants adoptés par les répondants l'ont été dans le cadre du programme banque mixte. L'importance du recours au placement en FABM dans le portrait de l'adoption québécoise met en évidence la place qu'occupe la planification concurrente qui consiste à travailler conjointement la réunification auprès des parents d'origine en même temps qu'un projet de vie alternatif (le cas échéant, l'adoption) lorsque la probabilité de retour dans le milieu d'origine demeure faible (Borthwick et Donelly, 2013; Chateauneuf et Lessard, 2015; Nadeem et al., 2023). Il est d'ailleurs fort possible qu'une part importante des enfants qui ont connu deux milieux d'accueil (41 % à 45 % selon la source de données) soient des enfants pour lesquels on a priorisé un premier placement en famille d'accueil régulière, le temps de faire une évaluation de l'évolution de la situation des parents d'origine et du pronostic de retour de l'enfant dans sa famille d'origine.

L'analyse de l'âge des enfants aux **différentes étapes juridiques de l'adoption** montre que le processus d'adoption se déroule alors que les enfants sont relativement jeunes : selon la source de données (données régionales ou provinciales), entre 36 % et 43 % des enfants sont âgés de moins de deux ans au moment de devenir admissibles à l'adoption. Les données montrent que la majorité des adoptions qui transigent par les services PJ se font par déclaration judiciaire : en effet, ce sont 75 % à 80 % des admissibilités qui se font par voie judiciaire et environ 20 % à 25 % par consentement, les données différant quelque peu entre les portraits provincial et régional. Finalement, environ le tiers des enfants (36 % à 39 % selon la source de données) sont âgés entre 2 et 4 ans au moment du jugement d'adoption (avec une moyenne de 4,6 ans). L'adoption demeure donc, au Québec, un projet de vie qui concerne principalement les jeunes enfants : à cet égard, les données recueillies rejoignent celles d'Hélie et ses collègues (2025a) selon lesquelles l'adoption demeure le projet de permanence le plus fréquemment actualisé chez les enfants placés avant l'âge de deux ans.

10.1.3. RETOUR DANS LES SERVICES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE APRÈS L'ADOPTION

Pour la première fois au Québec, les données étudiées ont permis d'évaluer **les retours dans les services de protection** des enfants adoptés via les services PJ après leur adoption. À ce titre, les données indiquent que 13 % des enfants adoptés ont été resignalés (principalement pour des motifs de trouble de comportement ou d'abus physique) et que 6,6 % ont connu une mesure de placement à la suite du jugement d'adoption. La plupart des situations où on observe un signalement retenu ou une mesure de placement ont lieu alors que les jeunes sont âgés entre 12 ans et 17 ans : c'est le cas pour 47 % des jeunes ayant fait l'objet d'un signalement et pour 75 % de ceux ayant vécu un placement. Les parents adoptifs interrogés via les questionnaires rapportent une implication de la DPJ après l'adoption pour seulement 5,4 % des enfants. Les motifs les plus souvent en lien avec cette intervention seraient les troubles de comportement sérieux et la fugue. Ces données sur le retour dans les services ne témoignent pas systématiquement d'un désengagement des parents adoptifs, puisqu'en majorité, les jeunes retournent vivre chez eux après un épisode de placement. Cependant, ces données démontrent qu'un certain nombre d'enfants adoptés en protection de la

jeunesse rencontrent des difficultés importantes à l'adolescence (Lajmi et al., 2025; McConnachie et al., 2021) et suscitent, de façon plus générale, des questions en termes d'accompagnement et de suivi post-adoption (Penner, 2024; Lee et al., 2020; Waid et Alewine, 2018).

10.1.4. SANTÉ DES PERSONNES ADOPTÉES DANS L'ENFANCE ET À L'ÂGE ADULTE

Selon les données colligées dans le portrait régional, de même que dans les questionnaires et les entrevues réalisées avec les parents adoptifs, plusieurs enfants de l'étude ont été exposés à des conditions prénatales difficiles (voir section 10.2.2 du présent chapitre sur la santé périnatale des mères d'origine). Ces conditions prénatales (par ex., l'exposition à la drogue ou à l'alcool durant la grossesse) peuvent avoir des effets à long terme sur le développement de l'enfant (Agence de la santé publique du Canada, 2023 ; Société canadienne de pédiatrie, 2026). Des données américaines suggèrent que les enfants qui se retrouvent dans les services de la protection de l'enfance ont des besoins de santé plus importants que les enfants de la population générale (Bramlett et al., 2007; Council on Foster Care, 2015). La littérature scientifique documente la présence de troubles neurodéveloppementaux, de difficultés comportementales et émotionnelles, ainsi que de problèmes d'apprentissage chez les enfants adoptés en contexte de protection de l'enfance (Bramlett et al., 2007; Fisher, 2015; Chateauneuf et al., 2020; del Pozo de Bolger et al., 2017).

En ce sens, nos résultats rapportent des situations affectant la santé physique, la santé mentale, le développement et les apprentissages chez les enfants. Les effets de la négligence sur le cerveau, comme l'impact de la malnutrition, les conditions de soins ou les retards de développement qui sont associés à des conditions de vie difficiles, sont documentés dans les études antérieures (Germain et al., 2025; Lebrault et André-Trevennec, 2015). Nos résultats vont donc également dans le sens de plusieurs études réalisées dans différents contextes d'adoption et dans différents pays (Germain et al., 2025; Grotevant et McDermott, 2014; McSherry et al., 2022; Toussaint et al., 2023) qui soulèvent des liens entre les impacts des conditions de vie difficiles sur la santé et le développement de l'enfant.

Les enjeux de santé, notamment ceux liés aux conditions de vie en période prénatale et périnatale, ont des implications tout au long de la vie (Agence de la santé publique du Canada, 2023; Société canadienne de pédiatrie, 2026). Or, ces impacts, conjugués à l'expérience d'adoption, ne sont pas toujours compris par l'ensemble du personnel des milieux cliniques (Small et al. 2025). À l'instar de l'étude de Small et al. (2025), nos résultats montrent que certaines informations concernant la santé de l'enfant sont partielles, voire absentes, dans les dossiers de protection de la jeunesse et d'adoption. Par exemple, l'information qu'un bébé a été exposé à la drogue ou à l'alcool en période prénatale peut être colligée au dossier, mais sans savoir si, à la naissance, il présentait des symptômes de sevrage. Est-ce que l'information était présente au dossier médical, mais n'a pas été transférée au dossier d'adoption de l'enfant? Par ailleurs, d'autres informations sont consignées de manière systématique, par exemple le score d'APGAR, alors que cette donnée ne permet pas de prédire ni d'influencer le développement de l'enfant à long terme (Simon et al., 2026). Ainsi, un regard interdisciplinaire est essentiel afin de s'assurer de colliger au dossier toutes les informations pertinentes, tant sur le plan psychosocial que sur le plan de la santé. Tel que mentionné par Small

et al. (2025), les connaissances disciplinaires peuvent occasionner des angles morts, de sorte que certaines informations seront omises alors qu'elles seraient nécessaires à la compréhension de la trajectoire de santé de l'enfant. Par ailleurs, lorsque les personnes adoptées, une fois adultes, sont en quête de services pour apaiser un inconfort ou réduire les défis vécus au quotidien, les effets de l'adversité précoce ne semblent pas être pris en considération. Ces résultats font écho aux études qui mentionnent l'importance de tenir compte des débuts de vie difficiles des enfants placés ou adoptés en contexte de protection de l'enfance, et ce, tout au long de leur vie, même à l'âge adulte (Anthony et al., 2022; Small et al., 2025; Toussaint et al., 2023). Ceci illustre bien les défis de compréhension et d'intégration que peuvent vivre les personnes adoptées.

Dans les entrevues, les personnes adoptées adultes rapportent des difficultés reliées aux expériences de vie difficiles de leur début de vie. Par exemple, certaines personnes identifient des difficultés liées au syndrome d'alcoolisation fœtale ou à des défis neurodéveloppementaux. Elles se sentent jugées, parfois incomprises, en regard de leur condition. Certaines personnes adoptées sont conscientes des impacts de leur début de vie difficile, du point de vue émotionnel, mais il est plus rare de percevoir l'effet sur leur santé. On distingue ici plus clairement les notions de compréhension et d'intégration : comprendre certains aspects de sa santé versus intégrer les répercussions de cette histoire dans son quotidien tout au long de sa trajectoire développementale. Elles comprennent qu'elles rencontrent des difficultés en début de vie, mais elles ne comprennent pas nécessairement que les défis qui affectent leur quotidien à l'âge adulte puissent être liés à ce début de vie difficile. Ainsi, une personne peut affirmer et comprendre que sa mère d'origine a consommé de l'alcool pendant sa grossesse. Mais, cette même personne peut avoir du mal à imaginer les répercussions que cette consommation a eues sur le développement de son cerveau et, par conséquent, les effets sur son fonctionnement dans son quotidien d'adulte. Nous voyons donc une différence entre la compréhension d'une situation à un moment donné et l'intégration des impacts à long terme au quotidien. Les personnes adoptées rapportent également une forme de clivage entre la santé physique et la santé mentale, alors que les services sont généralement réfléchis en silos. Or, la santé de la personne adoptée est comme un film qui se déroule, et non une photo instantanée. Ce constat va dans le même sens que Small et al. (2025) qui soulignent l'importance de la continuité afin de comprendre la santé, ainsi qu'une récente étude québécoise portant sur la santé des personnes adoptées à l'international (Germain et al., 2025).

10.1.5. PARCOURS SCOLAIRE

Concernant le parcours scolaire des personnes adoptées, la littérature scientifique indique que ces dernières présentent des résultats scolaires plus faibles que leurs pairs non adoptés, tout en soulignant que l'engagement scolaire, la compétence sociale et la présence de troubles d'apprentissage sont des facteurs plus déterminants que le type d'adoption lui-même (Anderman et al., 2022; McCormick et Goldberg, 2024). Nos résultats aux entrevues des personnes adoptées confirment ces trajectoires scolaires, certains participants ayant vécu une expérience positive tandis que d'autres ont rencontré de nombreuses difficultés (difficultés d'apprentissage lié à des troubles neurodéveloppementaux, intimidation, etc.). Nos résultats ajoutent toutefois une

dimension ayant influencé le parcours scolaire des jeunes adoptés : l'intimidation et les microagressions vécues en lien avec le statut d'adoption, les origines ethnoculturelles ou l'homosexualité des parents adoptifs, le cas échéant, a pu marquer de manière négative leur cheminement scolaire. Les personnes adoptées rencontrées en entrevue rapportent aussi que la présence ou non d'amitiés lors du parcours scolaire influence beaucoup l'expérience.

De plus, les résultats des entrevues qualitatives auprès des parents adoptifs montrent qu'ils adaptent le parcours scolaire de leur enfant en fonction de ses forces et de ses défis. Par exemple, plusieurs parents expliquent avoir retardé l'entrée à l'école ou envisagé un redoublement précoce pour réduire les transitions et faciliter l'adaptation de leur enfant. Les enfants fréquentent une variété de milieux, publics ou privés, et certains parents se tournent vers des environnements plus encadrants ou plus structurés. D'autres doivent ajuster le milieu scolaire en cours de route lorsque l'environnement initial s'avère moins adapté. Dans plusieurs cas, l'école devient un partenaire précieux lorsqu'elle reconnaît les besoins particuliers de l'enfant et s'y ajuste.

10.1.6. COMPORTEMENTS À RISQUE À L'ADOLESCENCE

Sur le plan des comportements à risque à l'adolescence et au début de l'âge adulte, la majorité des personnes adoptées ayant complété le questionnaire en ligne rapportent une consommation d'alcool et de substances psychoactives peu ou pas problématique; une minorité indique des infractions criminelles ou autres comportements impliquant la police. Les écrits scientifiques antérieurs montrent que l'adversité vécue au cours de l'enfance est un facteur associé à la consommation de substances (Blake et al., 2018 ; Hussong et al., 2015). Deux études mettent ainsi en évidence que le portrait actuel de la consommation chez les jeunes adoptés ne diffère pas de celui de la population générale (Blake et al., 2018; Tung et al., 2018). Ce constat demeure tout de même surprenant, compte tenu de l'adversité souvent vécue à un très jeune âge chez les personnes adoptées. Par ailleurs, Tung et al. (2018) n'ont établi aucune corrélation significative entre l'historique d'arrestations policières et les antécédents de maltraitance, ou encore la présence d'un tempérament réactif chez la personne adoptée. Toutefois, une forte cohésion familiale est marginalement associée avec un risque réduit de criminalité (Tung et al., 2018). De façon générale, les constats établis au sein de la littérature peuvent expliquer le fait que la consommation de substances chez les personnes adoptées de l'échantillon soit peu problématique et que seule une faible proportion présentait des antécédents d'infractions criminelles.

10.1.7. RELATIONS SOCIALES DES PERSONNES ADOPTÉES

Sur le plan de l'attachement et des relations, la littérature scientifique souligne que les enfants adoptés après l'âge de 12 mois présentent une moins grande sécurité d'attachement que les enfants de la population générale (van den Dries et al., 2009; Vandivere et McKlindon, 2010), et que les processus relationnels et émotionnels sont plus déterminants que les antécédents adoptifs eux-mêmes dans l'adaptation psychosociale à long terme (Wright et al., 2023). Nos résultats provenant des questionnaires et des entrevues auprès des personnes adoptées adultes enrichissent ce constat en montrant comment ces enjeux d'attachement se manifestent concrètement à l'âge

adulte : dans les relations amicales et amoureuses, la confiance et la sécurité affective occupent une place centrale, avec parfois des difficultés à maintenir des liens ou à quitter des relations malsaines.

Par ailleurs, les personnes adoptées ayant répondu au questionnaire en ligne considèrent avoir un bon soutien social de la part de leur entourage. Selon la littérature scientifique, la perception d'un bon soutien social tend à être associée à moins de détresse psychologique (Rush, 2021), en plus d'avoir un effet médiateur sur la relation entre les problèmes à l'adolescence et le bien-être à l'âge adulte chez les personnes adoptées en contexte de protection de l'enfance (Sánchez-Sandoval et al., 2020). La qualité des relations parents-enfant dans la famille adoptive est également associée à une plus faible probabilité d'absentéisme scolaire, de suspension scolaire, de consommation abusive d'alcool ou de drogues et d'implication avec la police chez les jeunes adoptés (Whitten et Weaver, 2010).

Ce soutien social peut agir comme un facteur de protection lorsque les personnes adoptées sont victimes de discrimination en raison de leur appartenance ethnique ou raciale (Koskinen et al., 2015). Dans le questionnaire en ligne, les personnes adoptées ont, pour la plupart, indiqué avoir été victimes de moqueries, de railleries ou d'intimidation en lien avec leur statut d'adoption ou de personne racisée, le cas échéant, et ce, tant de la part de jeunes qu'elles connaissent que de personnes, jeunes et adultes, qu'elles ne connaissent pas. Une étude qualitative menée auprès de 11 personnes adoptées transraciales indique également que l'expérience de microagressions, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille adoptive, est chose courante pour les personnes adoptées (White et al., 2022).

10.1.8. IDENTITÉ ADOPTIVE ET OUVERTURE COMMUNICATIONNELLE EN ADOPTION

S'appuyant sur le concept d'identité adoptive développé aux États-Unis (Colaner, 2014; Grotevant et von Korff, 2011), nos résultats montrent que les personnes adoptées qui ont répondu au questionnaire en ligne ont majoritairement une identité adoptive intégrée, signifiant qu'elles présentent un niveau élevé de réflexion, mais un faible niveau de préoccupation, par rapport à leur adoption. D'autres sont, quant à elles, en phase d'exploration active de leur identité, présentant des niveaux élevés de réflexion et de préoccupation.

La littérature scientifique américaine montre que le niveau de préoccupation des jeunes adoptés est corrélé négativement avec l'ouverture communicationnelle des parents adoptifs en lien avec l'adoption, c'est-à-dire que plus les parents adoptifs sont ouverts, moins les jeunes seront préoccupés (Horstman et al., 2016). Même l'ouverture communicationnelle des parents adoptifs qui n'est pas centrée sur l'adoption est associée à la construction identitaire adoptive ainsi qu'à des sentiments positifs chez les jeunes à l'égard de leur adoption et de leurs parents d'origine (Colaner et Soliz, 2017). Les personnes adoptées ayant répondu au questionnaire en ligne indiquent d'ailleurs que leurs parents font preuve d'une grande ouverture communicationnelle, les mères adoptives obtenant un score légèrement supérieur à celui des pères adoptifs (4,1/5 pour les mères; 3,8/5 pour les pères). De surcroît, en entrevue, les personnes adoptées rencontrées confirment le rôle

déterminant du soutien des parents adoptifs, notamment pour faciliter la manière dont les enjeux d'identité et d'origines sont vécus. Aussi, les personnes adoptées qui possèdent davantage d'information au sujet de leurs origines tendent à connaître un meilleur développement identitaire (Horstman et al., 2016) et à être davantage satisfaites des contacts qu'elles ont avec leur famille d'origine après l'adoption (Wrobel et Grotevant, 2019). Dans la présente étude, la satisfaction à propos des informations connues à propos de ses origines semble être liée à la quantité d'informations, c'est-à-dire que les personnes qui considèrent avoir beaucoup d'informations sont les plus satisfaites.

En entrevue, les personnes adoptées rencontrées mentionnent que l'identité adoptive reste une dimension centrale et présente à l'âge adulte, influençant le sentiment d'appartenance, les relations, les choix de vie et même le rapport à la parentalité. Nos résultats rejoignent ceux de Lo et al. (2024), au sujet des relations interpersonnelles et du rapport à la parentalité. Parmi les 30 participants de leur étude, 7 ne désiraient pas devenir parents par le biais de l'adoption et soulevaient des inquiétudes à l'égard de leurs propres relations interpersonnelles futures en raison des difficultés vécues.

10.2. PORTRAIT ET EXPÉRIENCE DES PARENTS D'ORIGINE

10.2.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARENTS D'ORIGINE

Les données du portrait régional indiquent que 43 % des pères d'origine des enfants adoptés ne sont pas légalement reconnus. Une donnée similaire issue du portrait provincial indique que, dans 36 % des dossiers, seule la mère est présente dans le dossier (système PIJ). Dans l'ensemble, les données montrent l'absence d'un nombre important de pères d'origine dans la vie des enfants adoptés, ce qui pourrait être associé au fait que les pères d'origine sont peu considérés dans les pratiques d'adoption et en recherche (Clifton, 2012).

Pour les pères et mères légalement reconnus, ces derniers ont des âges assez variables au moment de la naissance de l'enfant : 55 % des mères ont entre 20 et 29 ans et environ 40 % des pères ont entre 25 et 34 ans. Sur le plan socioéconomique, plus de la moitié des mères (52 %) bénéficient de la sécurité du revenu. Les données combinées (âge, statut conjugal et source principale de revenu) pointent vers un nombre important de mères célibataires, relativement jeunes et bénéficiant de la sécurité du revenu, ce qui laisse entrevoir une vulnérabilité somme toute importante du milieu familial d'origine de plusieurs enfants. De plus, concernant l'historique de maltraitance durant l'enfance, les analyses effectuées à partir des dossiers PJ et de la lecture des rapports dans le portrait régional montrent que près de 40 % des mères ont connu un placement durant l'enfance et que 24 % d'entre elles ont été victimes d'abus sexuel. La vulnérabilité des mères ayant perdu de façon définitive la garde de leur enfant et les facteurs de risque qu'elles cumulent sur le plan personnel et socioéconomique ont aussi été mis en évidence dans d'autres études (Broadhurst et Mason, 2013; Chateauneuf, 2015; Cox, 2012; Noël, 2014; Marinopoulos, 2010; 2013)

Sur le plan du profil des parents d'origine, la littérature décrit une population marquée par la précarité socioéconomique, l'isolement social et des histoires de vie teintées de carences affectives et de négligence (Noël, 2014; Cox, 2012; Broadhurst et Mason, 2013; Poirier et al., 2018; Marinopoulos, 2010, 2013). Les résultats provenant des entrevues qualitatives s'inscrivent en continuité directe avec ce constat, en confirmant que les parents d'origine rencontrés présentent des conditions de vie précaires, difficiles, souvent ancrées dans des expériences personnelles d'abus ou de négligence.

10.2.2. LA SANTÉ PÉRINATALE DES MÈRES D'ORIGINE

La santé et les conditions de vie de la mère d'origine pendant la grossesse exerceront une influence majeure sur l'enfant à naître (Agence de la santé publique du Canada, 2023 ; Société canadienne de pédiatrie, 2026). Or, en s'appuyant sur nos résultats, nous remarquons que ces informations ne sont pas toujours disponibles, tant dans les dossiers qu'auprès des personnes qui s'occupent de l'enfant.

Notre étude consigne pour la première fois certaines informations concernant le suivi de grossesse des mères d'origine dont l'enfant a ensuite été adopté. Selon les données du portrait régional, le suivi de grossesse, lorsque consigné au dossier d'adoption, commence majoritairement vers la fin du deuxième, voire le début du troisième trimestre (63,6 %). Dans certains cas, les mères d'origine n'ont eu aucun suivi. Elles se présentent pour des soins obstétricaux au moment de l'accouchement. Toutefois, selon la littérature scientifique et les connaissances concernant les meilleures pratiques en soins périnataux, le fait de recevoir hâtivement et régulièrement des soins périnataux permet d'avoir une meilleure santé pour la mère et l'enfant (Agence de la santé publique du Canada, 2023). Il s'agit donc d'un enjeu important pour la santé de la mère d'origine et de l'enfant à naître.

Selon le portrait régional, la consommation de drogues et d'alcool durant la grossesse affecte plusieurs mères d'origine (44,0 %). Ces résultats concordent avec les études antérieures, réalisées au Québec, aux États-Unis et au Royaume-Uni, qui montrent que les enfants sous la protection de la jeunesse sont plus à risque d'être exposés à l'alcool ou à des drogues durant la grossesse (Nadeau et al., 2020 ; Dawe et McMahon, 2018 ; Grant et al., 2014). Selon le *National Survey of Adoptive Parents* (NSAP), les parents adoptifs américains rapportent que 73 % des enfants adoptés en contexte de protection de la jeunesse ont été exposés à la consommation de drogues ou d'alcool durant la grossesse (Vandivere et McKlindon, 2010). L'exposition à ces substances tératogènes peut avoir des effets sur le développement du fœtus et de l'enfant à long terme, tant sur le plan du développement physique (notamment le développement du cerveau, des reins et du foie), neurologique et cognitif (Nadeau et al., 2020 ; INSPQ, 2019).

À noter que les informations qui couvrent la période prénatale sont très sensibles. Elles concernent à la fois la mère d'origine, la personne adoptée et, en quelque sorte, le parent adoptif. Le partage d'informations s'avère particulièrement complexe dans ce contexte précis. C'est un équilibre

délicat et éthique, soulevé à quelques reprises lors des entrevues avec les personnes adoptées et les parents adoptifs de la présente étude.

10.2.3. PROBLÉMATIQUES PSYCHOSOCIALES VÉCUES PAR LES PARENTS D'ORIGINE

La recension des problématiques psychosociales des deux parents d'origine entre la naissance de l'enfant et son adoption, réalisée dans le portrait régional, laisse aussi entrevoir la complexité du vécu et des enjeux rencontrés par les parents d'origine. Par exemple, les problèmes financiers et la pauvreté touchent de façon importante les deux parents (69 % des mères et 66 % des pères), tout comme les problèmes de consommation de drogue (60 % des mères et pères). De plus, un peu plus de la moitié des mères (54 %) ont subi de la violence conjugale à un moment ou l'autre au cours de la durée de la prise en charge de l'enfant. Du côté des pères, 59 % présentent des comportements agressifs et 63 % ont à leur dossier des activités criminelles ou des incarcérations. Outre les difficultés psychosociales, les problématiques de santé mentale ou neurodéveloppementales des parents ont aussi été recensées. Les problèmes les plus fréquents sont les traits ou troubles de la personnalité (41 % des mères / 17 % des pères), les problèmes d'impulsivité (39 % des mères / 51 % des pères) et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (29 % des mères / 20 % des pères). Les mères sont également relativement nombreuses à présenter des idéations suicidaires ou à avoir fait des tentatives de suicide, à présenter des troubles anxieux ou encore des troubles de l'humeur (environ 25 % des mères pour chacune des trois problématiques). La détresse psychologique des parents d'origine et la présence de symptômes dépressifs et anxieux chez les mères ont elles aussi été rapportées dans des études britannique et américaine (Neil et al., 2010; O'Leary Wiley et Baden, 2005).

Les problématiques vécues par les parents, et surtout le cumul de celles-ci, témoignent de l'ampleur des difficultés vécues par ces derniers. La concomitance de ces problématiques fragilise également de façon importante leur capacité à s'occuper adéquatement de leur enfant et explique sans doute une part importante de la décision de procéder à des placements précoces.

10.2.4. LES MOTIVATIONS À CONSENTIR À L'ADOPTION DE LEUR ENFANT

Les résultats du portrait régional montrent que certains parents d'origine consentent à l'adoption de leur enfant (30,2 % des mères / 18,5 % des pères). Quatre motifs sont invoqués : le plus fréquent est la reconnaissance de leur incapacité à élever l'enfant (*n*=49), liée à des situations d'instabilité résidentielle ou financière, à un manque de compétences parentales, aux besoins spécifiques de l'enfant ou à des problèmes de santé physique ou mentale. Vient ensuite l'intérêt de l'enfant (*n*=41). En effet, plusieurs parents prennent la décision de consentir à l'adoption dans le but de favoriser le bien-être et l'épanouissement de l'enfant, ainsi que de le protéger de leur mode de vie à risque. Dans d'autres cas, c'est une grossesse non désirée (*n*=23) qui motive le consentement, les parents se décrivant comme trop jeunes ou non prêts à assumer la parentalité. Enfin, l'absence de lien significatif avec l'enfant (*n*=12) est également évoquée, certains parents n'ayant pu développer d'attachement, tandis que d'autres reconnaissaient que l'enfant avait déjà tissé des liens forts avec sa famille d'accueil.

10.2.5. LA DÉTRESSE DES PARENTS D'ORIGINE

En ce qui concerne la détresse psychologique, la littérature existante note des symptômes dépressifs, anxieux et somatiques importants dès le retrait de l'enfant (Neil et al., 2010; Novac et al., 2006; O'Leary Wiley et Baden, 2005), regroupés sous le concept de *filial deprivation* (Jenkins et Norman, 1972, cités dans Neil et al., 2010). Les résultats des entrevues avec les parents d'origine confirment non seulement la présence de cette détresse, mais apportent un éclairage supplémentaire : elle persiste des années après le placement et, surtout, elle n'est pas reconnue comme légitime par le système, mais plutôt interprétée comme un symptôme supplémentaire des difficultés parentales.

Le sentiment d'impuissance et d'injustice, déjà bien documenté dans la littérature à travers les notions d'humiliation, d'incompréhension et de trahison vécues par les parents d'origine (McKegney, 2003; Neil, 2006, 2013; Novac et al., 2006; Smeeton et Boxall, 2011), est également présent, avec amplitude, dans les entrevues réalisées auprès des parents d'origine. Ces derniers décrivent des relations de méfiance avec le personnel intervenant de la DPJ, aggravées par un fort roulement de personnel, et perçoivent le système de protection comme un appareil d'oppression agissant en toute impunité. Le sentiment d'être inaudible devant le tribunal, comme si la décision était prise d'avance, confirme ce qui est identifié dans la littérature comme une exclusion des parents du processus décisionnel (Baden et O'Leary Wiley, 2007; Lewis, 2022; Smeeton et Boxall, 2011).

Enfin, là où la revue de littérature distinguait différentes postures chez les parents, soit l'acceptation, la résignation ou la colère (Neil, 2004, 2006; Neil et al., 2010; Poirier et al., 2018), les résultats récents apportent une nuance supplémentaire en mettant en lumière l'attente d'une réunification future avec l'enfant, perçue comme porteuse de guérison. Cet espoir ouvre la porte à mieux comprendre comment les parents d'origine vivent cette expérience à long terme.

10.3. PORTRAIT ET EXPÉRIENCE DES PARENTS ADOPTIFS

10.3.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARENTS ADOPTIFS

Les données recueillies concernant les parents adoptifs (issues du portrait régional et des questionnaires) montrent que ces derniers sont principalement d'origine québécoise ou canadienne (90,4 %), ont, pour la plupart, un niveau de scolarité universitaire (70,6 % dans les questionnaires, mais plutôt 41,2 % dans le portrait régional), et possèdent un revenu familial de plus de 100 000 $ dans 65,2 % des cas. De façon générale, ils deviennent parents à un âge avancé : en effet, l'âge au moment de l'adoption se situe entre 36 ans et 45 ans pour 48 % des mères et 43 % des pères. Plusieurs de ces données, dont celles relatives au revenu familial, à l'origine ethnique et à l'âge au moment de l'adoption, correspondent assez étroitement au portrait dressé par Ishizawa et Kubo (2014) des parents qui adoptent plus spécifiquement via les services de protection de l'enfance.

Sur le plan de la structure familiale, la plupart des adoptants, c'est-à-dire entre 72 % et 75 % selon la source de données, sont des couples hétérosexuels. Les adoptants issus de la communauté LGBTQ+ représentent environ 19 % des adoptants (portrait régional). Ce résultat est comparable aux données américaines du *Modern Adoptive Families Study*, où près de 83 % des personnes répondantes s'identifient comme hétérosexuelles (Brodzinsky, 2015). Dans les questionnaires, 84,9% des parents répondants s'identifient au genre féminin et 15,1% au genre masculin. Toutes les personnes répondantes sont cisgenres, c'est-à-dire qu'elles s'identifient au même genre que celui qui leur a été assigné à la naissance. Concernant leur orientation sexuelle, la majorité des personnes répondantes s'identifient comme hétérosexuelles (80,1 %) alors qu'une personne sur 5 s'identifie à la diversité sexuelle et de genre.

La plupart des parents adoptifs répondants sont d'origine québécoise ou canadienne (91,1 %), incluant un parent qui s'identifie comme personne autochtone. À noter que 2,1 % des parents répondants indiquent être des personnes adoptées.

Il est intéressant de noter que, dans 54,1 % des situations rapportées par les parents adoptifs dans les questionnaires, il n'y a aucun enfant dans la famille au moment de l'arrivée de l'enfant adopté. Ce nombre est moins élevé dans le portrait régional, où seulement 42,3 % des enfants ont un statut d'enfant unique dans la maisonnée au moment de leur adoption. Dans les situations où il y a présence d'une fratrie, les données du portrait régional indiquent que près de la moitié des enfants présents dans la maisonnée (45,5 %) sont des enfants biologiques du couple, alors que 26,4 % sont des enfants adoptés et 28,8 % sont des enfants placés. Ces données sont similaires à celles du *Modern Adoptive Families Study*, où 69 % des familles répondantes indiquent avoir uniquement des enfants adoptés (Lee et al., 2018).

10.3.2. LES MOTIVATIONS À ADOPTER

Les données recueillies concernant les motivations à adopter, tant dans le cadre du portrait régional que dans les questionnaires en ligne, montrent que la difficulté à concevoir un enfant figure parmi les principales raisons pour lesquelles les postulants s'orientent vers un projet d'adoption (65,5 % dans les questionnaires en ligne; 50 % dans le portrait régional). Ce résultat fait écho à la littérature américaine, qui identifie l'infertilité comme l'une des principales raisons évoquées par les parents adoptifs, tous types d'adoption confondus (Malm et Welti, 2010). Cependant, il se distingue des résultats de sondages menés par la *Dave Thomas Foundation* (2022) auprès de la population générale canadienne et américaine, qui évoquent plutôt le désir de venir en aide à un enfant dans le besoin comme principale motivation pour adopter un enfant dont la situation serait prise en charge par les services de la protection de l'enfance (68 % dans la population canadienne et 71 % dans la population américaine). Cette motivation altruiste est également évoquée dans la présente étude, mais dans une moindre mesure (50,3 % dans les questionnaires; 23,3 % dans le portrait régional).

Une motivation fréquemment évoquée dans le portrait régional est également le désir de fonder ou d'agrandir leur famille (76,3 %). Bien que cette raison n'ait pas été évoquée parmi les choix de réponse dans le questionnaire en ligne, elle est mentionnée par quelques parents répondants dans

les autres raisons. Le fait de déjà accueillir un enfant en tant que famille d'accueil ou de connaitre un enfant qui a besoin d'être adopté figure aussi parmi les motivations à adopter (près de 10 % dans les questionnaires en ligne; près de 16 % dans le portrait régional). Ces deux raisons sont également présentes dans les résultats des sondages canadien et américain de la *Dave Thomas Foundation* (2022). Le fait de vouloir agrandir la famille représente la troisième motivation la plus rapportée par les participants (23 % dans la population canadienne et 29 % dans la population américaine), et le fait de connaître un enfant qui a besoin d'être adopté a été mentionné à part égale dans les deux sondages, avec 16 % des participants canadiens et 15 % des participants américains.

Les résultats des entrevues avec les parents adoptifs montrent également que le programme banque mixte est perçu comme une option rapide, accessible et peu coûteuse comparativement aux autres voies d'adoption (p.ex. adoption internationale), ce qui rejoint les données de la littérature américaine indiquant que le faible coût constitue la principale motivation à adopter en contexte de protection de l'enfance plutôt qu'à l'international ou en adoption privée (Malm et Welti, 2010).

10.3.3. LE PROCESSUS D'ÉVALUATION ET LA PRÉPARATION À L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Sur la question de l'évaluation des familles LGBTQ+, la littérature documente des expériences de discrimination sur le plan législatif et administratif, notamment avec des intervenants qui refusent de collaborer avec ces familles ou de leur confier un enfant (Goldberg et al., 2019). Les résultats de la présente étude confirment que le processus d'évaluation génère un sentiment d'être jugés chez les personnes participantes de la communauté LGBTQ+, et soulèvent de plus une critique spécifique sur l'inadéquation des grilles d'évaluation pour les familles issues de la diversité sexuelle.

Plus des trois quarts des parents adoptifs ayant répondu au questionnaire en ligne indiquent avoir participé à des **rencontres d'information** (77,9 %) avant de postuler pour accueillir un enfant en vue de l'adopter. Parmi eux, la majorité considère que les informations étaient très ou moyennement pertinentes (87,6 %) et la moitié estime que leur niveau de préparation est excellent ou bon. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude de Lee et al. (2018) où la majorité des participants soulignait que l'obtention d'informations générales ou spécifiques par rapport à l'adoption représentait une part importante de leur préparation à devenir famille adoptive. Cependant, seulement 21,4 % des parents répondants de l'étude actuelle disent avoir suivi une **formation préparatoire**, ce qui diffère, à cet égard, des résultats de Lee et al. (2018), où près de la moitié des participants rapportaient avoir déjà participé à des formations préparatoires.

Près des trois quarts (74,5 %) des parents adoptifs ayant répondu aux questionnaires en ligne se disaient satisfaits ou très satisfaits du **soutien reçu de la part de la DPJ** durant le processus d'adoption, ce qui diverge de certains résultats américains, traduisant une opinion moins favorable à l'égard de ces services (Barnett et al., 2018 ; Lee et al., 2018). Malgré l'existence d'**associations représentatives des familles d'accueil** au Québec, la majorité (52,8 %) des parents ayant adopté par le biais du programme banque mixte et ayant répondu au questionnaire en ligne ont souligné ne pas se sentir concernés par le soutien et les services offerts par celles-ci, comparativement à 34,6 %

qui se sentaient concernés, les autres ayant préféré ne pas répondre ou indiquant qu'il n'y avait pas d'association représentative à l'époque de leur adoption.

10.3.4. LA TRANSITION LORS DE L'ARRIVÉE DE L'ENFANT DANS LA FAMILLE

Concernant la **transition à la parentalité**, la littérature souligne que les parents d'accueil en vue d'adoption en contexte de protection de l'enfance vivent plus souvent des attentes non comblées, possiblement parce qu'on leur propose un enfant dont les problématiques ne correspondent pas nécessairement à ce qu'ils se sentent en mesure d'assumer (Kohn-Willbridge et al., 2021; Moyer et Goldberg, 2015; Brooks et al., 2002). Les parents adoptifs rencontrés lors de nos entrevues qualitatives font directement écho à ce constat : la crainte de se voir proposer un enfant présentant des besoins trop importants est ressentie dès la période de préparation, et la peur de devoir refuser un pairage génère un stress significatif. À ce stress initial s'ajoutent des appréhensions concernant la longueur du processus judiciaire et les contacts de l'enfant avec la famille d'origine, éléments qui sont également documentés par la littérature américaine et britannique (Kenrick, 2010; Nadeem et al., 2023).

La crainte que l'enfant retourne auprès de ses parents d'origine, identifiée dans la littérature comme une source importante de stress pour les parents adoptifs (Carignan, 2007; Nadeem et al., 2023; Pagé et al., 2019), est également rapportée par les participants aux entrevues. Ce sentiment d'incertitude reflète la posture fragile des parents d'accueil du programme banque mixte, entre sentiment heureux et craintes (Chateauneuf et al., 2021).

10.3.5. L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

Les parents adoptifs rapportent, tant dans les questionnaires que lors des entrevues, ne pas posséder beaucoup d'informations concernant les conditions de vie prénatales et périnatales des enfants adoptés. Malgré cela, plusieurs racontent avoir été témoins des effets concrets d'une naissance difficile, d'une exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool. Les parents ne peuvent pas toujours comprendre ou imaginer les conséquences de cette exposition sur la santé de l'enfant à plus long terme. Certains parents soulignent qu'ils auraient aimé qu'on leur explique davantage les conséquences à moyen et long terme pour la santé de leur enfant, les répercussions sur leur quotidien. Ils mentionnent également qu'ils auraient souhaité qu'on les amène à avoir une meilleure vue d'ensemble de ce que cela signifie pour l'enfant d'avoir plusieurs conditions de santé en termes de défis, pris de manière cumulative plutôt qu'individuellement. Ces débuts de vie difficiles ont été exigeants pour l'enfant, mais également pour les parents adoptifs, parfois surpris par l'ampleur des soins à prodiguer. Ces résultats vont dans le même sens que les études portant sur la santé des enfants en adoption internationale (Germain et al., 2025, Germain et al., 2021, Lebrault et André-Trevennec, 2015).

10.3.6. RELATIONS AVEC LE PERSONNEL INTERVENANT DE LA DPJ

En ce qui a trait aux **relations avec les personnes intervenantes**, la littérature souligne que le roulement de personnel constitue un obstacle à la création d'un lien de confiance (Kirton et al.,

2006). Les résultats des entrevues qualitatives nuancent toutefois le portrait général : contrairement aux parents biologiques, la majorité des parents adoptifs décrivent leurs relations avec les intervenants de la DPJ comme positives, tout en identifiant le changement fréquent de la personne intervenante attitrée à leur dossier comme un frein au développement d'une relation de confiance.

10.3.7. IMPACTS DE L'ADOPTION SUR LES PARENTS ADOPTIFS

Tant dans les questionnaires en ligne que durant les entrevues qualitatives, les parents adoptifs rapportent des impacts de l'adoption sur les différentes sphères de leur vie. L'impact est surtout positif sur leur vie personnelle (90,3 %) et familiale (86,1 %). L'analyse des entrevues qualitatives avec les parents adoptifs permet de préciser que malgré les pleurs, l'anxiété et les remises en question, l'expérience de l'adoption est enrichissante puisqu'elle leur a permis de réaliser leur rêve d'avoir une famille. Dans la littérature, plusieurs parents décrivent l'adoption comme une expérience significative, mais empreinte d'obstacles. Ainsi, selon plusieurs études américaines et britanniques, les défis vécus par les parents adoptifs semblent prédominer sur les expériences positives (Foli et al., 2017 ; Hackney et al., 2024 ; Kohn-Willbridge et al., 2021; Kohn et al., 2024 ; Paine et al., 2023 ; William et al., 2023), ce qui diverge de la présente étude, où les impacts sont positifs en majorité.

Les impacts sont également perçus positivement, mais dans une moindre proportion, sur leur vie conjugale (56,9 %), sociale (55,6 %) et professionnelle (50,0 %). Bien que ces résultats fournissent peu de précisions sur les raisons qui justifient les perceptions des parents quant à leur expérience, celles-ci sont plutôt favorables, ce qui se distingue des données rapportées par les parents adoptifs dans les écrits scientifiques antérieurs. Paine et al. (2023) soulignent que les familles ayant adopté un enfant qui présente de grandes difficultés tendent à faire face à davantage de défis sur les plans professionnel et financier, par exemple la nécessité pour le parent de quitter son emploi afin d'offrir une meilleure stabilité à l'enfant qui vit de grandes difficultés.

Les résultats de l'étude américaine de South et al. (2018), portant sur l'influence de l'adoption sur la situation conjugale, font également contraste à ceux de l'étude actuelle en raison du fait que l'on observe généralement une diminution de la satisfaction conjugale et des sentiments amoureux après l'adoption, notamment liée à la présence de conflits au sein du couple. Sur le plan social, les résultats des écrits antérieurs mettent en évidence des constats plutôt nuancés. D'un côté, on constate que devenir parent adoptif peut influencer le regard porté par l'entourage (Weistra et Luke, 2017). Par exemple, les parents adoptifs peuvent être perçus comme des héros ou, au contraire, des personnes désespérées. Il est également possible que le réseau social présente des opinions défavorables ou des idées erronées au sujet de l'adoption, pouvant ainsi affecter leurs relations (Shelton et Bridges, 2022). À l'inverse, plusieurs parents rapportent avoir bénéficié d'un soutien important de leur entourage, provenant notamment de la famille élargie, des amitiés ou des communautés religieuses (Shelton et Bridges, 2022 ; Weistra et Luke, 2017).

Ultimement, plus de la moitié des parents de l'étude actuelle considèrent que leur expérience a été plus difficile que prévue (54,2 %), alors que pour environ un tiers, l'expérience n'a été ni plus facile,

ni plus difficile que prévue. Lors des entrevues qualitatives, deux principaux enjeux sont évoqués en lien avec les difficultés perçues, soit le sentiment que le système de la DPJ ne les a pas suffisamment soutenus ou a manqué de transparence quant aux réelles problématiques de l'enfant, ainsi que le fait de s'être sentis dépassés par l'ampleur de ces problématiques. En somme, certains parents reconnaissent que l'expérience de devenir parent par adoption n'a pas répondu à leurs attentes, mais se consolent lorsqu'ils constatent que l'enfant a, malgré tout, évolué positivement ou lorsqu'ils sont parvenus à maintenir une relation malgré les difficultés. Ces constats font écho aux résultats de Kohn-Willbridge et al. (2021), mettant en lumière que les attentes des parents britanniques à l'égard de la réalité adoptive peuvent teinter leur perception de l'expérience vécue. Par conséquent, une expérience d'adoption qui ne rencontre pas les attentes des parents peut les amener à percevoir leur expérience comme étant plus difficile que prévue.

10.4 LES RELATIONS ENTRE LES MEMBRES DE LA TRIADE ADOPTIVE

Certains thèmes couverts au sein de la présente étude concernent les relations entre les membres de la triade adoptive. Il apparaît donc plus pertinent de les traiter selon une perspective systémique, plutôt qu'en fonction de chacun des membres, tel que présenté jusqu'à maintenant dans ce chapitre.

10.4.1. CONTACTS ENTRE L'ENFANT ET SES PARENTS D'ORIGINE AVANT L'ADOPTION

Malgré une trajectoire de placement qui pourrait laisser présager une rupture des contacts avec les parents d'origine, l'analyse des contacts parents-enfants montre que la plupart des enfants continuent de voir leurs parents d'origine au cours de la période de placement précédant l'adoption. En effet, la majorité des mères (89 %) et des pères (88 %) ont des contacts ordonnés avec leur enfant au cours des six premiers mois suivant son placement dans la famille adoptive : par ailleurs, 68 % des mères et 67 % des pères ont effectivement actualisé des contacts avec leur enfant durant cette même période. De plus, les différentes sources de données sur les contacts parents-enfants indiquent que la quasi-totalité des contacts vécus par les enfants avant l'adoption sont des contacts en personne (peu importe le membre de la famille d'origine) et qu'ils sont supervisés partiellement ou en totalité dans plus de 90 % des cas. Il est aussi intéressant de noter que les parents qui ont adopté en tant que famille d'accueil ont été en contact avec au moins un membre de la famille d'origine de leur enfant dans 58 % des cas, généralement la mère d'origine. Différentes études menées en contexte de placement en famille d'accueil à vocation adoptive montrent que les contacts constituent un enjeu important et qu'ils font souvent l'objet d'inquiétudes et de tensions au sein des familles concernées (Aguiniga et al., 2024; Goldberg et al., 2012; McCaughren et McGregor, 2018; Pagé et al., 2019). Cependant, les enjeux qui entourent les contacts pré-adoption ont été plus souvent étudiés en termes expérientiels et qualitatifs et très peu en termes quantitatifs. Dans la présente étude, le maintien du lien observé entre les parents et l'enfant dans les mois suivant le placement pré-adoption permet de croire que l'évolution du lien et de la situation des parents d'origine a pu être évaluée durant le processus menant à l'adoption. Cependant, ces données ne permettent pas d'apprécier la qualité, le déroulement et l'intensité des contacts.

Concernant les contacts parent-enfant, la littérature scientifique souligne leur complexité et le fait que certains parents finissent par ne plus s'y présenter, ce qui est interprété non comme un désintérêt mais comme une forme de résignation (Chateauneuf, 2015; Cossar et Neil, 2010; Monck et al., 2004, 2006). Les résultats des entrevues qualitatives avec les parents d'origine confirment ce caractère douloureux des contacts et précisent les obstacles concrets qui y contribuent : les lieux, les horaires et la distance. Ils ajoutent également qu'une fois l'adoption ordonnée, les nouvelles de l'enfant deviennent de plus en plus rares, au point où l'un des parents d'origine a mentionné avoir complètement perdu la trace de son enfant.

10.4.2. LA COMMUNICATION À PROPOS DE L'ADOPTION AU SEIN DE LA FAMILLE ADOPTIVE

Selon les parents adoptifs ayant répondu aux questionnaires en ligne, la majorité des enfants savent qu'ils sont adoptés. L'étude portugaise de Barbosa-Ducharne et Soares (2016) révèle également qu'une majorité d'enfants ont connaissance de leur statut d'adopté depuis un jeune âge. La transparence à propos de la filiation adoptive est d'ailleurs recommandée depuis plusieurs décennies par les professionnels en adoption, et ce, dès le plus jeune âge (Berger et Hodges, 1982). Selon une étude américaine, les personnes adoptées qui apprennent leur adoption à un âge tardif (soit après 3 ans) rapportent davantage de détresse et moins de satisfaction par rapport à leur vie (Baden et al., 2019). Depuis les changements législatifs apportés au Code civil du Québec en 2018, les parents adoptifs québécois ont la responsabilité d'informer l'enfant qu'il est adopté (art. 583.11).

Les parents ayant répondu aux questionnaires en ligne indiquent aussi que la majorité de leurs enfants aborde le sujet de l'adoption avec eux, selon une fréquence variant de quelques fois par année à une fois par semaine. En comparaison, la fréquence rapportée par Barbosa-Ducharne et Soares (2016) est moindre, dans la mesure où plusieurs parents adoptifs portugais attendent que l'enfant pose des questions avant de leur parler de leur adoption, et plusieurs enfants sont davantage hésitants à aborder le sujet dans la famille, comparativement à l'extérieur du foyer.

Enfin, la majorité des parents ayant répondu aux questionnaires en ligne estime que c'est très ou plutôt facile de répondre aux questions de leur enfant au sujet de son adoption (93,0 %). Ce constat diffère de certains écrits. Notamment, la majorité des parents de l'étude européenne qualitative de Messina et al. (2024) avaient tendance à nier ou à minimiser l'existence de la famille d'origine dans le récit de vie de l'enfant, par exemple en réduisant les parents d'origine à un rôle de procréation. Les parents ont également indiqué que l'enfant posait peu de questions sur ses origines, ce qui avait tendance à influencer négativement l'importance qu'accordaient les parents aux sentiments ou aux interrogations de l'enfant concernant son adoption, en cohérence avec les résultats de l'étude de Barbosa-Ducharne et Soares (2016).

10.4.3. LES RELATIONS AU SEIN DE LA FAMILLE ADOPTIVE

Tant les parents adoptifs que les personnes adoptées qui ont répondu aux questionnaires en ligne indiquent en majorité une forte sécurité émotionnelle et un fort sentiment que l'enfant adopté

appartient à la famille adoptive. Des résultats similaires ont été observés dans une étude américaine, où 79 % des personnes adoptées en contexte de protection de l'enfance et 93 % des parents adoptifs ont rapporté un haut niveau d'appartenance familiale, ce qui témoigne d'un certain succès de l'adoption (Rolock et al., 2025). En entrevue, les parents adoptifs rapportent parfois avoir freiné leur attachement à l'enfant de peur qu'il retourne dans sa famille d'origine. Cependant, le temps se montre rassurant et les parents adoptifs expliquent que le lien se construit à des rythmes variables, étant aussi influencé par les caractéristiques de l'enfant.

Bien qu'en entrevue, une personne adoptée ait raconté une situation de conflit grave avec sa famille adoptive, la majorité des personnes adoptées, au contraire, a rapporté un fort ancrage identitaire à la famille adoptive. Ceci fait écho aux résultats de Domanico et al. (2025), qui documentent un fort sentiment d'appartenance à la famille adoptive chez une majorité d'adoptés. Dans une étude australienne réalisée auprès d'enfants placés jusqu'à leur majorité, le sentiment de sécurité émotionnelle était un prédicteur plus significatif que la stabilité du placement sur une adaptation psychosociale positive à l'âge adulte (Cashmore et Paxman, 2006). D'ailleurs, en entrevue, les personnes adoptées rapportent un plus grand sentiment d'appartenance lorsque leurs parents adoptifs font preuve d'ouverture par rapport à leurs origines et de disponibilité émotionnelle. En contraste, les réponses minimalistes aux questions sur les origines laissent un vide identitaire persistant.

Par ailleurs, une proportion élevée de comportements d'agression des enfants adoptés à l'égard de leurs parents adoptifs est rapportée, et ce, tant par les personnes adoptées que par les parents dans les questionnaires en ligne. L'étude qualitative de Selwyn et Meakings (2016), menée auprès de parents adoptifs, met en évidence des résultats similaires alors que près de 85 % des parents disaient avoir subi des agressions physiques de la part de leur enfant, ayant débuté assez tôt durant l'enfance. La totalité des neuf parents adoptifs ayant participé à la thèse de Kruz (2023) a également évoqué plusieurs formes de violence exercées par leur enfant, notamment physique, verbale, émotionnelle, ainsi que psychologique.

10.4.4. LES CONTACTS POST-ADOPTION ENTRE LA FAMILLE ADOPTIVE ET LA FAMILLE D'ORIGINE

En dépit d'une présence relativement importante des contacts pendant la période de placement, les **ententes de communication post-adoption** (avec les parents d'origine, mais aussi avec les fratries et la famille élargie) demeurent peu fréquentes et sont observées dans seulement 20 % à 23 % des dossiers dans le portrait régional. Ces ententes, qu'elles soient conclues de manière informelle ou légalement reconnues, incluent la mère d'origine dans plus de la moitié des cas et se résument généralement à l'envoi de courriels, de lettres et de photos.

Ainsi, malgré l'introduction en 2018 de la possibilité de faire reconnaître les liens de filiation d'origine et de recourir à des ententes de communication post-adoption légalement reconnues, force est de constater que ces pratiques d'ouverture demeurent très peu utilisées. On peut penser que le manque de formation ou de connaissances des intervenants à ce sujet est en partie responsable,

mais il est aussi possible que la complexité des liens et les difficultés relationnelles entre les familles adoptives et d'origine (Chateauneuf et al., 2021; Collings et Wright, 2022; Macleod et al., 2021) nuisent à, ou du moins compliquent, l'établissement d'ententes.

Les parents adoptifs ont partagé leur expérience des retrouvailles avec des membres de la famille d'origine de leur enfant. Une minorité d'entre eux ont rapporté qu'il y a eu des démarches de retrouvailles pour leur enfant (12,8 %), impliquant principalement la mère d'origine (63,6 %), et dans une moindre mesure, la fratrie d'origine (45,5 %) ou des membres de la famille d'origine élargie du côté maternel (36,4 %). Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Shields et Nicholl (2025), menée au Royaume-Uni, indiquant que les retrouvailles surviennent principalement avec la mère d'origine ainsi que la fratrie. Selon l'expérience rapportée dans les questionnaires en ligne, les contacts sont principalement initiés par des membres de la famille d'origine, par le biais des réseaux sociaux. Dans tous les cas, l'enfant est âgé de moins de 14 ans au moment des démarches de retrouvailles entreprises par la famille d'origine, mais il n'est généralement pas impliqué dans les contacts avec sa mère d'origine, alors qu'il l'est dans les contacts avec sa fratrie et sa famille élargie. Les contacts avec ces membres (fratrie et famille élargie) semblent aussi davantage se maintenir dans le temps, ce qui est également observé dans une étude irlandaise (O'Neill et al., 2016). En entrevue, les parents adoptifs expliquent que les contacts permettent à l'enfant de mieux comprendre son histoire et ses origines et peuvent contribuer à sa construction identitaire. Cependant, ils vont généralement baliser ses contacts afin qu'ils demeurent positifs. Dans les situations où aucun contact n'a été maintenu et où des retrouvailles surviennent plus tard, ces démarches soulèvent parfois des inquiétudes quant à la maturité de l'enfant, au risque de déception ou à la possibilité d'un refus du parent d'origine, parfois vécu comme une nouvelle blessure de rejet.

Selon une recension systématique sur le sujet, l'un des principaux besoins des personnes adoptées, en termes de soutien post-adoption, concerne la recherche des origines et les retrouvailles (Sánchez-Sandoval et al., 2020). Notre étude montre que la recherche des origines est entreprise par une majorité des personnes adoptées rencontrées, principalement en vue d'effectuer des retrouvailles, de confirmer des ressemblances physiques ou de connaître ses antécédents médicaux. Les personnes adoptées de notre échantillon ont principalement utilisé les médias sociaux et les services formels de recherche d'antécédents et de retrouvailles dans leurs démarches. Elles sont âgées de 18,9 ans en moyenne, la moitié ayant commencé leurs démarches entre 13 et 17 ans. Les contacts se font principalement avec des membres de la fratrie, de la famille élargie ou avec la mère d'origine. Comme ce que les parents rapportent, les contacts avec la fratrie et la famille élargie se maintiennent davantage dans le temps que les contacts avec la mère d'origine.

Pour leur part, les personnes adoptées rencontrées en entrevue ont partagé avoir eu des réactions très contrastées par rapport à leurs origines : curiosité, ambivalence, désintérêt, colère ou désillusion. L'enthousiasme d'un premier contact peut céder la place au retrait après une rencontre physique ou une période de rapprochement qui expose l'écart entre les attentes et la réalité. Dans tous les cas, les personnes adoptées confirment que leurs parents (adoptifs) jouent un rôle de

soutien et de protection, les préparant aux différentes issues possibles et les aidant à comprendre ce qu'elles traversent, notamment en encadrant les démarches lorsque nécessaire.

10.5. BESOINS DE SERVICES POST-ADOPTION DES FAMILLES ADOPTIVES

Les écrits scientifiques identifient le manque de cohérence entre les services offerts, ainsi que le soutien post-adoption insuffisant, comme des facteurs qui compliquent la transition à la parentalité adoptive (Goodwin et al., 2025). Les entrevues avec les parents adoptifs viennent non seulement confirmer ce manque, mais en préciser l'ampleur : les familles font appel à une grande variété de services publics et privés sur plusieurs années pour répondre aux besoins comportementaux, émotionnels et développementaux de leur enfant. La multiplication des suivis à coordonner est décrite comme épuisante, et les délais d'accès aux ressources publiques poussent plusieurs familles vers le secteur privé. Le déploiement de services spécifiques à l'adoption apparaît ainsi comme un besoin criant. D'ailleurs, en matière de quête de services, nos résultats vont dans le même sens que plusieurs études (Barth et Miller, 2000; Borozny, 2015; Dhami et al., 2007) qui rapportent un manque de connaissances sur les services post-adoption pour les familles. Toutefois, les parents tentent tant bien que mal de trouver des services adéquats et adaptés à la réalité de leur enfant.

À cet égard, les données recueillies par questionnaires auprès des parents adoptifs répondants illustrent concrètement cette réalité. Les services les plus utilisés sont des informations (livres, conférences, sites internet, etc.) ou des formations sur l'adoption que les parents ont trouvés par leurs propres moyens (57,6 %), du soutien fourni par d'autres parents adoptifs via les réseaux sociaux (47,2 %) ou par le biais de relations d'amitié (43,8 %). Ce recours majoritaire à des ressources informelles peut témoigner d'une offre de services formels insuffisante ou inadaptée. En ce sens, le principal service dont les parents auraient eu besoin, mais qu'ils n'ont pas reçu, est un groupe de soutien par les pairs (43,8 %). Selon une majorité d'entre eux (80,0 %), ce type de service n'était tout simplement pas disponible ou n'existe pas, tandis que d'autres ont souligné son inaccessibilité régionale (5,5 %) ou un manque d'accompagnement vers ce type de ressource (3,4 %).

Les services les plus fréquemment utilisés, selon les parents adoptifs, pour leur enfant adopté, sont l'orthophonie (51,2 %), la psychoéducation (39,5 %) et le travail social (39,5 %), ce qui reflète la nature des défis développementaux et comportementaux souvent associés à l'adoption. Chez les parents dont l'enfant n'a pas bénéficié de ces services, une majorité perçoit, à tort ou à raison, que ce n'était pas un besoin pour l'enfant. Également, une minorité de parents rapporte des besoins chez leur enfant pour lesquels celui-ci n'a pas reçu de services. Ces lacunes s'expliquent principalement par l'indisponibilité ou l'inexistence des services, particulièrement marquée dans le cas de la pédopsychiatrie. À cela s'ajoutent d'autres obstacles : des listes d'attente, l'absence de services spécialisés dans l'école fréquentée par l'enfant, et, dans le cas des services en psychologie, le refus de l'enfant dans la moitié des situations rapportées.

En entrevue, toutefois, le portrait est plus sombre. Les parents adoptifs rapportent des difficultés de comportement et des crises, souvent associées à des manifestations d'une difficulté au quotidien. Ces difficultés amènent les familles à tenter de trouver des solutions. Ils multiplient les demandes de services, de soins, mais surtout la quête de diagnostics. Il semble difficile pour les parents d'identifier la ressource adéquate. Les parents rapportent être divisés entre différents spécialistes, sans avoir une vue d'ensemble de la situation de l'enfant adopté. Small et al. (2025) suggèrent que l'adoption possède des implications spécifiques en matière de santé et que les services de santé et psychosociaux devraient en tenir compte au même titre que d'autres déterminants de la santé.

Dans leur questionnaire, les personnes adoptées adultes rapportent en majorité avoir eu recours à des services de relation d'aide avant et après 18 ans. Dans l'enfance et l'adolescence, le travail social, la psychologie, la pédopsychiatrie et la psychoéducation étaient les plus utilisés. À partir de 18 ans, la psychologie et le travail social demeurent les principaux services consultés. Dans les deux cas, quelques personnes ont également eu recours à des services non répertoriés dans le questionnaire, tels que l'ergothérapie, la sexologie ou les soins infirmiers spécialisés en santé mentale. De façon générale, le recours aux services diminue après 18 ans. En entrevue, les personnes adoptées demandent des services spécialisés, continus et sensibles à la réalité adoptive, tant pour elles que pour leurs parents. Plusieurs estiment que l'adoption ne devrait pas être considérée comme un simple événement du passé, mais comme une réalité ayant des effets durables sur l'identité, le sentiment d'appartenance et certaines réactions comportementales. Les personnes adoptées rapportent également des services fragmentés, instables et souvent inadéquats, marqués par des ruptures de suivi, des critères d'accès restrictifs et un manque de prise en compte de leur réalité adoptive spécifique.

Enfin, les résultats soulignent la demande des personnes adoptées pour des services spécialisés, continus et sensibles à leur réalité, et rejettent l'idée que l'adoption soit un simple événement ponctuel, appartenant à leur enfance, sans effets pour le reste de leur vie. Ce constat rejoint l'ensemble des études recensées dans la littérature, qui indiquent que les résultats associés à l'adoption sont malléables dans le temps, mais que l'adversité initiale continue d'exercer une influence, modulée par la qualité des relations et des services reçus (McSherry et al., 2022; Paine et al., 2021; Wright et al., 2023). Par ailleurs, les résultats montrent que tant les parents que les enfants se heurtent à des services insuffisants, peu accessibles et rarement adaptés aux particularités de l'adoption, ce que d'autres études au Québec (Gagné et Pouliot, 2021; Tremblay et Pagé, 2024) et ailleurs (Reilly et Platz, 2004; Waid et Alewine, 2018) font également ressortir. Ces constats confirment ainsi la nécessité d'une offre structurée et accessible de soutien post-adoption, ancrée dans les besoins réels des familles (Lushey et al., 2017).

10.6. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude est la première ayant permis de dresser un portrait de la trajectoire de tous les enfants adoptés par l'intermédiaire des DPJ sur une période donnée à l'échelle provinciale, les études antérieures étant généralement limitées à de petits échantillons et à certaines régions administratives. De plus, elle met en valeur une interdisciplinarité riche. En effet, la combinaison

des aspects psychosociaux et de santé permet de dresser un portrait global de la situation des personnes adoptées et de leur famille. Par ailleurs, l'accès aux dossiers d'adoption et la triangulation de plusieurs sources de données constituent une force importante de notre recherche en offrant un corpus de données riche et varié, ce qui renforce la profondeur des résultats.

Par rapport aux limites de notre étude, les difficultés importantes de recrutement font en sorte que les résultats des questionnaires en ligne auprès des parents adoptifs et des personnes adoptées adultes ne sont pas généralisables. Il faut mentionner que l'adoption est un sujet difficile à étudier puisque les membres de la triade adoptive ne forment pas une communauté facilement identifiable, ils se fondent dans la population générale et ne se rassemblent pas nécessairement dans des espaces communs. À cela s'ajoute les défis considérables pour accéder aux renseignements contenus dans les banques de données informationnelles des établissements de santé et de services sociaux. Il s'agit d'une mine d'or qui permet d'enrichir les connaissances en soutien au développement des meilleures pratiques et de politiques publiques, qui est malheureusement sous-exploitée et sous-utilisée en raison de la lourdeur des démarches administratives pour y accéder. Aussi, les personnes ayant participé à cette étude surreprésentent possiblement les voix de celles et ceux qui ont eu des expériences d'adoption difficiles ou insatisfaisantes, puisque les personnes ayant vécu leur parcours d'adoption sans anicroche se sentent possiblement moins interpellées par ce type de démarche. Finalement, les résultats ne tiennent pas compte de la perspective des intervenantes et intervenants judiciaires, psychosociaux et de la santé, ce qui aurait permis de soulever différents enjeux dans la pratique et d'ajouter des éléments contextuels à la parole des membres de la triade adoptive.

CHAPITRE 11. PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION

À la suite de l'analyse de l'ensemble des données contenues dans ce rapport, provenant de sources variées (dossiers en protection de la jeunesse et d'adoption; personnes adoptées adultes; parents d'origine; parents adoptifs), différentes pistes de réflexion et d'action sont proposées en lien avec 1) l'interdisciplinarité en adoption, 2) l'accès aux informations, 3) la continuité des services en adoption et 4) la recherche en adoption.

11.1 FAVORISER L'INTERDISCIPLINARITÉ EN ADOPTION

Le fait de s'intéresser à la fois à la trajectoire des enfants adoptés dans les services de la protection de la jeunesse et à leurs enjeux de santé physique, mentale et psychosociale a permis de faire ressortir certaines lacunes, tant sur le plan de la transmission des informations nécessaires à une compréhension globale du développement des enfants que sur le plan du travail en silos du personnel des divers services intervenant auprès des familles.

Alors que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), par l'entremise du Secrétariat aux services internationaux à l'enfant (SASIE) – qui est aussi responsable des orientations ministérielles en matière d'adoption nationale, de concert avec Santé Québec, sont à mettre en place des pôles d'expertise en adoption (soit deux pôles d'expertise psychosociale et deux pôles en santé adoptive), il est primordial que la collaboration interdisciplinaire s'incarne à tous les paliers, soit tant au niveau des instances de gouvernance que dans l'intervention de proximité auprès des familles.

- **Renforcer la communication interdisciplinaire :** Favoriser des échanges réguliers et structurés entre les différents milieux professionnels impliqués auprès des familles (p.ex. milieux hospitaliers, services de première ligne, DPJ), afin d'assurer une compréhension mutuelle globale des enjeux de santé et psychosociaux, actuels et à venir, des enfants orientés vers un projet d'adoption, de même qu'une coordination efficace des interventions, particulièrement entre les services sociaux et les services de santé.

- **Sensibiliser le personnel des services sociaux aux impacts de la santé sur le développement global et à long terme de l'enfant :** Intégrer dans la formation et dans les pratiques professionnelles du personnel psychosocial intervenant auprès des familles à la DPJ une meilleure compréhension des effets des conditions de santé sur la trajectoire développementale des enfants, notamment dans un contexte d'adoption.

11.2. FACILITER L'ACCÈS À L'INFORMATION CONCERNANT LES CONDITIONS PÉRINATALES DE L'ENFANT

Tant l'analyse des dossiers que le discours des parents adoptifs et des personnes adoptées ont montré que l'information concernant les conditions périnatales de l'enfant est souvent parcellaires. Pourtant, cette information permet de contextualiser et même de prévoir l'apparition de certains enjeux développementaux et de santé à moyen et long terme.

Alors que les plus récents changements à la LPJ visaient notamment à faciliter la circulation d'informations entre les milieux professionnels offrant des services aux enfants et aux familles, force est de constater qu'il reste encore du chemin à faire pour que toutes les informations pertinentes pour une compréhension globale de l'enfant circulent de manière plus fluide, et ce, même si certaines informations concernent aussi les parents d'origine.

- **Assurer une meilleure circulation de l'information :** Garantir que les informations pertinentes circulent efficacement entre les services de santé, les services sociaux, les parents adoptifs, et surtout les personnes adoptées elles-mêmes. De plus, les données sur le suivi de grossesse devraient pouvoir être partagées entre les milieux hospitaliers et les services de la DPJ, afin d'être ensuite rendues accessibles pour les parents adoptifs, et ultimement, la personne adoptée, favorisant ainsi un meilleur accès à certains services et une meilleure compréhension de la situation de l'enfant.

- **Améliorer la documentation des aspects de santé dans l'adoption québécoise :** Systématiser la collecte et la consignation des informations médicales et développementales concernant l'enfant dans le dossier de suivi en protection de la jeunesse, puis dans le dossier d'adoption, afin d'en faciliter l'accès.

11.3. CONCEVOIR LES SERVICES EN ADOPTION DANS LA CONTINUITÉ (ET NON DE MANIÈRE FRAGMENTÉE)

L'expérience des membres de la triade adoptive confirme des besoins communs d'un meilleur accompagnement tout au long du parcours d'adoption, particulièrement après que le jugement d'adoption a été prononcé, alors que les services en protection de la jeunesse prennent fin et que les familles adoptives et les parents d'origine se retrouvent seuls. Le changement de filiation de l'enfant ne fait pas en sorte qu'il devienne un nouvel enfant, que la famille adoptive devienne une famille comme les autres et que la détresse vécue par les parents d'origine cesse magiquement. Les besoins qui existaient avant le jugement d'adoption demeurent présents, et ce, tout au long de la vie de la personne adoptée, d'où la nécessité de la continuité dans les services.

Le Québec fait malheureusement une piètre figure en matière de services post-adoption, en comparaison avec d'autres pays occidentaux. Le SASIE développe actuellement un cadre de référence afin d'assurer une trajectoire de services en adoption, ce qui est définitivement un pas dans la bonne direction. Les résultats de notre étude doivent être pris en considération dans l'actualisation de cette trajectoire afin de répondre aux besoins des membres de la triade adoptive et des investissements devraient assurer une disponibilité de services dans toutes les régions du Québec, et non uniquement en région métropolitaine.

- **Repenser les services selon une perspective de continuité de la trajectoire développementale :** Remplacer la logique de compartimentalisation des services selon l'âge de l'enfant par une approche continue et cohérente, qui accompagne l'enfant et la famille tout au long de son développement, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte.

- **Assurer une continuité de services à la famille adoptive après le jugement d'adoption :** Assurer un accompagnement soutenu auprès de l'enfant et de sa famille après l'adoption en tenant compte de l'histoire de l'enfant, des besoins de la famille et des enjeux développementaux présents.

- **Offrir un soutien continu aux parents d'origine, dès le placement de leur enfant :** Les parents d'origine vivent dans des conditions grandement précaires, mais sont pourtant laissés à eux-mêmes, particulièrement après l'adoption de leur enfant, qu'ils décrivent comme un évènement fortement traumatisant. Bien que l'intervention de la DPJ cesse puisque l'enfant n'est plus en besoin de protection, il est impératif que des services soient offerts pour répondre aux besoins des parents d'origine, idéalement dès le placement de leur enfant, de manière à assurer un filet de sécurité au moment où l'adoption s'officialise, avec une personne professionnelle qui a déjà établi un lien de confiance avec ces parents.

11.4. FACILITER L'ACCÈS AUX DONNÉES ET AUX MEMBRES DE LA TRIADE ADOPTIVE POUR LA RECHERCHE

Enfin, les résultats de la présente étude nous permettent de mieux comprendre la trajectoire, l'expérience et les besoins en termes de services des membres de la triade adoptive en contexte d'adoption québécoise. Cependant, la présente étude a également ouvert la porte à plusieurs nouvelles questions de recherche. Quelles sont les meilleures pratiques à favoriser dans la planification et l'actualisation d'un projet d'adoption selon les différents types de familles d'accueil? Pourquoi, 8 ans après des changements législatifs majeurs en adoption, les nouvelles modalités telles que la reconnaissance de la filiation préexistante et l'entente de communication après l'adoption demeurent peu utilisées? Quelles sont les particularités de l'adoption régulière au Québec? Comment travailler le délaissement parental et le consentement à l'adoption de manière bienveillante? Comment assurer une meilleure collaboration entre le personnel infirmier de la salle d'accouchement et la DPJ pour assurer un filet de sécurité autour des femmes vulnérables et de leur nouveau-né, dans un contexte où des mécanismes tels que les « alertes bébé à naître » ont été abolis?

Pour être en mesure de poursuivre la recherche en adoption de manière efficace, en soutien à une amélioration continue des pratiques, des processus décisionnels et des politiques publiques, notre propre démarche de recherche a permis d'identifier quelques leviers simples à implanter.

- **Identifier clairement les familles d'accueil banque mixte dans PIJ :** Actuellement, la pratique n'est pas uniforme à travers les établissements, de sorte que certains établissements distinguent les familles d'accueil banque mixte des familles d'accueil régulières, souvent par des moyens différents, alors que d'autres établissements ne les distinguent tout simplement pas. Les identifier clairement permettrait la réalisation de recherches sur ce type de placement dès ses débuts, en vue de comparer les trajectoires en fonction du projet de vie qui sera actualisé (réunification familiale, adoption, tutelle,

placement à majorité). Cet ajout pourrait être fait au nouveau système PIJ que Santé Québec est en train de développer à la grandeur de la province.

- **Conserver le numéro d'usager PIJ de l'enfant dans ADOQI :** Depuis les dernières années, un nouveau système informatique provincial, nommé ADOQI, permet de centraliser l'information concernant la trajectoire d'adoption des enfants, tant en contexte d'adoption internationale que québécoise. Or, pour assurer une vigie et un suivi en continu de la trajectoire des enfants adoptés en contexte de protection de la jeunesse, il faut impérativement que le numéro d'usager PIJ soit consigné au dossier d'adoption dans ADOQI, afin de permettre un appariement des dossiers pour un même enfant. De même, lorsqu'un enfant adopté est signalé, pris en charge ou placé par la DPJ après son adoption, il devrait être possible de jumeler les dossiers ADOQI et PIJ pour assurer une analyse longitudinale complète et cohérente.

- **Inclure un consentement à être contacté pour participer à des projets de recherche dans le dossier d'adoption** : Les membres de la triade adoptive sont difficiles à rejoindre une fois que le jugement d'adoption est prononcé et que les services de protection de la jeunesse prennent fin. Pourtant, leurs coordonnées sont souvent accessibles dans les dossiers d'adoption, notamment pour permettre d'éventuelles retrouvailles. Ainsi, le fait de consigner leur consentement à être contacté pour de futures recherches faciliterait grandement le recrutement.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2023). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html

Aguiniga, D. M., Madden, E. E., Goodwin, B. et Ryan, S. (2024). Post-Adoption Contact Experiences of Birth Mothers. *Adoption Quarterly, 27*(1), 67-83. https://doi.org/10.1080/10926755.2023.2228772

Akin, B. A. (2011). Predictors of foster care exits to permanency: A competing risks analysis of reunification, guardianship, and adoption. *Children and Youth Services Review*, *33*(6), 999-1011. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.01.008

Anderman, E. M., Ha, S. Y. et Liu, X. (2022). Academic Achievement and Postsecondary Educational Attainment of Domestically and Internationally Adopted Youth. *Adoption Quarterly, 25*(4), 326–350. https://doi.org/10.1080/10926755.2021.1978025

Anthony, R., Paine, A. L., Westlake, M., Lowthian, E. et Shelton, K. H. (2022). Patterns of adversity and post-traumatic stress among children adopted from care. *Child Abuse & Neglect, 130*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104795

Armstrong, V., Auck, H. et Canato, L. (2012). *Needs assessment group project*. North America Association of Christians in Social Work. https://www.nacsw.org/Publications/Proceedings2012/AuckHNeedsAssessment.pdf

Askeland, K. G., Hysing, M., La Greca, A. M., Aarø, L. E., Tell, G. S. et Sivertsen, B. (2017). Mental health in internationally adopted adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *56*(3), 203-213. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.009

Association des Centres jeunesse du Québec. (2009). *Cadre de référence : un projet de vie, des racines pour la vie* (publication n° 16-838-03F). Ministère de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-838-03F.pdf

Avery, R. J. (2004). *Strengthening and preserving adoptive families: A study of TANF-funded post adoption services in New York State*. Department of Policy Analysis and Management Cornell University. https://affcny.org/wp-content/uploads/tanfaverypasrpt.pdf

Baden, A. L. et O'Leary Wiley, M. (2007). Counseling adopted persons in adulthood: Integrating practice and research. *The Counseling Psychologist*, *35*(6), 868-901. https://doi.org/10.1177/0011000006291409

Baden, A. L., Shadel, D., Morgan, R., White, E. E., Harrington, E. S., Christian, N. et Bates, T. A. (2019). Delaying adoption disclosure: A survey of late discovery adoptees. *Journal of Family Issues*, *40*(9), 1154-1180. https://doi.org/10.1177/0192513X19829503

Bansal, A. (2017). *Survey Sampling*. Alpha Science International.

Barbosa-Ducharne, M. A. et Soares, J. (2016). Process of adoption communication openness in adoptive families: Adopters' perspective. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *29*(9). https://doi.org/10.1186/s41155-016-0024-x

Barnett, E. R., Jankowski, M. K., Butcher, R. L., Meister, C., Parton, R. R. et Drake, R. E. (2018). Foster and adoptive parent perspectives on needs and services: A mixed methods study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *45*(1), 74-89. https://doi.org/10.1007/s11414-017-9569-4

Barrett, K. C., Polly-Almanza, A. A. et Orsi, R. (2021). The Challenges and Resources of Adoptive and Long-Term Foster Parents of Children with Trauma Histories: A Mixed Methods Study. *Adoption Quarterly, 24*(4), 277–303. https://doi.org/10.1080/10926755.2021.1976335

Barth, R. P. et Miller, J. M. (2000). Building effective post-adoption services: What is the empirical foundation. F*amily Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, *49*(4), 447-455. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00447.x

Berrick, J. D. et Skivenes, M. (2013). Fostering in the welfare states of the U.S. and Norway. *Journal of European Social Policy, 23*(4), 423-436. https://doi.org/10.1177%2F0958928713507469

Bertaux, D. (1980). L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers internationaux de sociologie*, *69*, 197-225. https://www.jstor.org/stable/40689912

Best, R., Cameron, C. et Hill, V. (2021). Exploring the educational experiences of children and young people adopted from care: Using the voices of children and parents to inform practice. *Adoption & Fostering, 45*(4), 359-381. https://doi.org/10.1177/03085759211043255

Blais, M.-F., Hélie, S., Langlois-Cloutier, C. et Lavergne, C. (2006). *Réflexions autour de la discontinuité relationnelle en protection de la jeunesse au CJM-IU. Analyse des « données PIJ » dans le cadre de PIBE*. Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

Blake, A. J., Ruderman, M., Waterman, J. M. et Langley, A. K. (2022). Long-term effects of pre-adoptive risk on emotional and behavioral functioning in children adopted from foster care. *Child Abuse & Neglect, 130*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105031

Blake, A. J., Tung, I., Langley, A. K. et Waterman, J. M. (2018). Substance use in youth adopted from foster care: Developmental mechanisms of risk. *Children and Youth Services Review*, *85*, 264-272. https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.childyouth.2018.01.005

Blake, A. J., Waterman, J. M., Kiff, C. J., Guzman, J. et Langley, A. K. (2021). Cumulative Risk and Substance Use in Adoptees: Moderation by Adoptive Parent Stress. *Family Relations, 70*(2), 653–669. https://doi.org/10.1111/fare.12522

Blatte, S. D. (2025). *Enfants et jeunes ayant des besoins de soins de santé particuliers*. Le manuel Merck. Version pour le grand public.

https://www.merckmanuals.com/frca/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-infantiles/probl%C3%A8mes-sociaux-touchant-l-enfant-et- sa-famille/enfants-et-jeunes-ayant-des-besoins-de-soins-de-sant%C3%A9-particuliers

Bonin, E.-M., Beecham, J., Dance, C. et Farmer, E. (2014). Support for adoption placements: The first six months. *The British Journal of Social Work, 44*(6), 1508-1525. http://www.jstor.org/stable/43687744

Borozny, K. (2015). Development and evaluation of a training program to increase knowledge and understanding of international adoptee issues in clinical psychology doctoral students (publication nº 3645885) [these de doctorat, The Chicago School of Professional Psychology]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

Borthwick, S. et Donnelly, S. (2013). *Concurrent Planning: Achieving Early Permanence for Babies and Young Children*. British Association for Adoption & Fostering.

Bourgault, P., Gallagher, F., Michaud, C., & St-Cyr Tribble, D. (2010). Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Recherches en soins infirmiers*, *103*(4), 20-28. https://doi.org/10.3917/rsi.103.0020

Bramlett, M. D., Radel, L. F. et Blumberg, S. J. (2007). The Health and Well-being of Adopted Children. *Pediatrics*, *119*, 54–60. https://doi.org/10.1542/peds.2006-2089l

Braun, V. et Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. Sage Publications.

Briand, C. et Larivière, N. (2020). Les méthodes de recherche mixtes : Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2e éd., p. 775-801). Presses de l'Université du Québec.

Broadhurst, K. et Mason, C. (2013). Maternal outcasts: Raising the profile of women who are vulnerable to successive, compulsory removals of their children – a plea for preventative action. *Journal of Social Welfare and Family Law, 35*(3). https://doi.org/10.1080/09649069.2013.805061

Brodzinsky, D. (2006). Family Structural Openness and Communication Openness as Predictors in the Adjustmentof Adopted Children. *Adoption Quarterly*, *9*(4), 1-18. https://doi.org/10.1300/J145v09n04_01

Brodzinsky, D. M. (2011). Children's Understanding of Adoption: Developmental and Clinical Implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(2), 200-207. https://doi.org/10.1037/a0022415

Brodzinsky, D. (2015). *The Modern Adoptive Study*. National Center on Adoption and Permanency. https://www.ncap-us.org/post/the-modern-adoptive-study

Brooks, D., Allen, J. et Barth, R. P. (2002). Adoption services use, helpfulness, and need: A comparison of public and private agency and independent adoptive families. *Children and Youth Services Review, 24*(4), 213-238. https://doi.org/10.1016/S0190-7409(02)00174-3

Burrick, D. (2010). Une épistémologie du récit de vie. *Recherches qualitatives*, *hors-série* (8), *7-36*.

Calvete, E., Gamez-Guadix, M., Orue, I., Gonzalez-Diez, Z., Lopez de Arroyabe, E., Sampedro, R., Pereira, R., Zubizarreta, A. et Borrajo, E. (2013). Brief report: The Adolescent Child-to-Parent Aggression Questionnaire: An examination of aggressions against parents in Spanish adolescents. *Journal of Adolescence*, *36*(6), 1077-1081. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.017

Carignan, M. (2007). L'adoption au Québec : Ni bleue, ni rose. *Prisme, 46*, 60-71.

Carnochan, S., Moore, M. et Austin, M. J. (2013). Achieving timely adoption. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 10(3), 210–219. https://doi.org/10.1080/15433714.2013.788950

Carré, A., Tessier, R. et Tarabulsy, G. (2015). Attachement et adoption : portrait d'enfants d'Asie. *Enfance, 3*(3), 273-288. https://doi.org/10.4074/S0013754515003031

Cashmore, J. et Paxman, M. (2006). Predicting after-care outcomes: the importance of 'felt'security. *Child & family social work*, *11*(3), 232-241. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00430.x

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2021). *Adopter un enfant*. Gouvernement du Québec. https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/famille-enfants-parents/adoption-famille-accueil/adopter

Charlton, L., Crank. M., Kansara, K. et Oliver, C. (1998) *Still Screaming: Birth Parents Compulsorily Separated from their Children*. After Adoption Editions.

Chateauneuf, D. (2015). L'adoption en contexte de protection de l'enfance : Profils et trajectoires d'enfants pris en charge à la naissance. *Recherches familiales*, *12*(1), 137-151. https://doi.org/10.3917/rf.012.0137

Chateauneuf, D., Goubau, D. et Pagé, G. (2020). *La tutelle comme projet de vie : qui sont les familles et enfants impliqués?* Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.

Chateauneuf, D. et Lessard, J. (2015). La famille d'accueil à vocation adoptive: Enjeux et réflexions autour du modèle québécois. *Service social, 61(*1), 19-41. https://doi.org/10.7202/1033738ar

Chateauneuf, D., Pagé, G. et Decaluwe, B. (2018). Issues Surrounding Post-Adoption Contact in Foster Adoption: The Perspective of Foster-to-Adopt Families and Child Welfare Workers. *Journal of Public Child Welfare*, *12*(4), 436-460. https://doi.org/10.1080/15548732.2017.1397079

Chateauneuf, D., Pagé, G. et Decaluwe, B. (2021). La double appartenance familiale de l'enfant placé en famille d'accueil banque mixte : un équilibre fragile. *Enfances, familles, générations*, *37*, 11309. https://journals.openedition.org/efg/11309

Chateauneuf, D., Poitras, K., Simard, M.-C. et Buisson, C. (2022). Placement stability: What role do the different types of family foster care play? *Child Abuse & Neglect, 130*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105359

Cheng, T. C. et Lo, C. C. (2022). Among Children Placed in Kinship Care: Exit to Reunification, Adoption, or Foster Care. *Journal of Social Service Research, 48*(6), 768–780. https://doi.org/10.1080/01488376.2022.2149940

CHU de Québec-Université Laval. (2025). *Retard de croissance intra-utérin*. https://www.chudequebec.ca/patient/maladies-soins-et-services/m-informer-sur-ma-maladie-ou-ma- condition/retard-de-croissance-intra-uterin.aspx

Cifre, A. B., Budnick, C. J., Bick, J., McGlinchey, E. L., Ripple, C. H., Wolfson, A. R. et Alfano, C. A. (2024). Sleep Health among Children Adopted from Foster Care: The Moderating Effect of Parent-Child Sleep Interactions. *Behavioral sleep medicine*, *22*(4), 472-487. https://doi.org/10.1080/15402002.2024.2303467

Clifton, J. (2012). Birth fathers and their adopted children: Fighting, withdrawing or connecting. *Adoption & Fostering, 36*(2), 43-56. https://doi.org/10.1177/030857591203600205

Colaner, C. W. (2014). Measuring adoptive identity: Validation of the adoptive identity work scale. *Adoption Quarterly*, *17*(2), 134-157. https://doi.org/10.1080/10926755.2014.891546

Colaner, C. W. et Soliz, J. (2017). A communication-based approach to adoptive identity: Theoretical and empirical support. *Communication Research*, *44*(5), 611-637. https://doi.org/10.1177/0093650215577860

Collings, S. et Wright, A. C. (2022). "you are mum and then they are mum": negotiating roles, relationships, and contact in out-of-home care. *Family Relations*, *71*(3), 1211–1225. https://doi.org/10.1111/fare.12649

Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*. Gouvernement du Québec. https://suivi-csdepj.org/media/4qgp5gre/2021_csdepj_rapport_version_finale_numerique.pdf

Corbin V, Frange P, Veber F, Blanche S, Runel-Belliard C, et al. (2018) Clinical, virological and immunological features of HIV-positive children internationally adopted in France from 2005-2015. *PLOS ONE, 1*3(9), 1-10. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203438

Cossar, J. et Neil, E. (2010). Supporting the birth relatives of adopted children: How accessible are services? *British Journal of Social Work*, *40*(5), 1368-1386. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp061

Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care. (2015). Health Care Issues for Children and Adolescents in Foster Care and Kinship Care. *Pediatrics*, *136*(4), e1131-e1140. https://doi.org/10.1542/peds.2015-2655

Cox, P. (2012). Marginalised mothers, reproductive autonomy, and "repeat losses to care". *Journal of Law and Society, 39*, 541-561. https://doi.org/10.1111/j.1467-6478.2012.00599.x

Creswell, J. W. et Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2e éd.). Sage Publications.

Cushing, G. et Greenblatt, S. B. (2009). Vulnerability to foster care drift after the termination of parental rights. *Research on Social Work Practice, 19*(6), 694-704. https://doi.org/10.1177%2F1049731509331879

D'Andrade, A. C. (2009). The differential effects of concurrent planning practice elements on reunification and adoption. *Research on Social Work Practice*, *19*(4), 446-459. https://doi.org/10.1177%2F1049731508329388

D'Andrade, A. C., Frame, L. et Berrick, J. D. (2006). Concurrent planning in public child welfare agencies: Oxymoron or work in progress? *Children and Youth Services Review*, *28*(1), 78-95. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.02.008

Dawe S. et McMahon, T. J. (2018). Innovations in the assessment and treatment of families with parental substance misuse: Implications for child protection. *Child Abuse Review*, 27, 261-265. https://doi.org/10.1002/car.2531

del Pozo de Bolger, A., Dunstan, D. et Kaltner, M. (2017). Descriptive analysis of foster care adoptions in New South Wales, Australia. *Australian Social Work, 70*(4), 477-490. https://doi.org/10.1080/0312407X.2017.1335759

del Valle, J. F. et Bravo, A. (2013). Current trends, figures and challenges in out of home child care: An international comparative analysis *Psychosocial Intervention*, *22*(3), 251-257. https://doi.org/10.5093/in2013a28

Department for Education. (2019). *Children looked after in England (including adoption), year ending 31 march 2019*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/850306/Children_looked_after_in_England_2019_Text.pdf

Dhami, M. K., Mandel, D. R. et Sothman, K. (2007). An evaluation of post-adoption services. *Children and Youth Services Review*, *29*(2), 162-179. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.06.003

Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux. (2020). *Bilan annuel des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2020 : Plus forts ensemble !* Gouvernement du Québec. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/actualites/2020/09Septembre/BILAN_DPJ_2020_version_web.pdf

Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux. (2025) *Au-delà d'un signalement. Protéger les enfants collectivement. Bilan annuel des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2025*. Gouvernement du Québec. https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciussscsmtl/files/media/document/Actu_2025_06_19_BilanDPJ.pdf

Domanico, R., Ringeisen, H., Kluckman, M., White, K. et Rolock, N. (2025). Understanding the health and well-being of adults 10-15 years after adoption from the US foster care system. *Journal of Public Child Welfare, 19*(2), 253–271. https://doi.org/10.1080/15548732.2024.2315118

Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E. et Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development, 72*(5), 1467-1477. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00360

Drapeau, S., Hélie, S., Turcotte, D., Chateauneuf, D., Turcotte, G., Saint-Jacques, M.-C. et Poirier, M.-A. (2015). *L'évaluation des impacts de la loi sur la protection de la jeunesse : Qu'en est-il huit ans plus tard ?* Direction des jeunes et des familles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Drapeau, S., Saint-Jacques, M.-C., Poitras, K., Turcotte, G., Turcotte, D. et Moisan, S. (2012). Protéger les enfants à l'aide des durées maximales d'hébergement : qu'en pensent les acteurs des centres jeunesse ? *Nouvelles Pratiques sociales*, *24*(2), 48-66. https://doi.org/10.7202/1016347ar

Dufour, M., Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Goyette, M., Turcotte, S., Khazaal, Y., Brunelle, N., Gagnon, S. R., Tétrault-Beaudoin, C.S., Genois, R. et Légaré, A.-A. (2019). *Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Internet (DÉBA-Internet)*. Ministère de la Santé et des services sociaux.

Edelstein, S. B., Burge, D. et Waterman, J. (2002). Older children in preadoptive homes: Issues before termination of parental rights. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 81*(2), 101–121. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12014462/

Egbert, S. C. (2015). Supporting and strengthening foster adoptive families : Utah's story of post-adoption service development, delivery, and ongoing evaluation. *Journal of Public Child Welfare*, *9*(1), 88-113. https://doi.org/10.1080/15548732.2014.1001936

Farr, R. H., Vázquez, C. P. et Lapidus, E. P. (2023). Birth relatives' perspectives about same-gender parent adoptive family placements. *Family Process*, *62*(2), 624-640. https://doi.org/10.1111/famp.12795

Faver, C. A. et Alanis, E. (2012). Fostering empathy through stories: A pilot program for special needs adoptive families. *Children and Youth Services Review*, *34*(4), 660-665. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.12.012

Figa, Z., et al. (2024). *The effect of maternal undernutrition on adverse obstetric outcomes and neonatal mortality in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis*. BMC Pregnancy and Childbirth, 24. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06409-3

Fisher, P. A. (2015). Review: Adoption, fostering, and the needs of looked-after and adopted children. *Child and Adolescent Mental Health, 20*(1), 5-12. https://doi.org/10.1111/camh.12084

Foli, K. J., Hebdon, M., Lim, E. et South, S. C. (2017). Transitions of adoptive parents: A longitudinal mixed methods analysis. *Archives of psychiatric nursing*, *31*(5), 483-492. http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.10.018

Freundlich, M. (2002). Adoption research: An assessment of empirical contributions to the advancement of adoption practice. *Journal of Social Distress & the Homeless, 11*(2), 143-166. https://doi.org/10.1023/A:1014363901799

Frey, L., Cushing, G., Freundlich, M. et Brenner, E. (2008). Achieving permanency for youth in foster care: Assessing and strengthening emotional security. *Child & Family Social Work*, *13*(2), 218-226. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2007.00539.x

Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O. et Daeppen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *29*(11), 2001-2007. https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64

Gagné, J.-A. et Pouliot, E. (2021). Point de vue de parents ayant adopté un enfant sur les services reçus dans le cadre du programme banque mixte. *Service social*, *67*(2), 65-77. https://doi.org/10.7202/1089102ar

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

Germain, P., Esquivel, A. et Brault, R. (2021). *Se bricoler une famille : incursion dans le monde de la recherche en adoption*. https://oraprdnt.uqtr.uquebec.ca/pls/public/docs/GSC1910/O0003692570_LesCahiersDuCEIDEF_vol_8.pdf

Germain, P., Esquivel, A., Ludvik, M., Brault, R., Desrosiers, M.P., Fortier, C., Plouffe, M., Martel, E. et Lacharité, C. (2025). *Analyse approfondie des différents volets de la vaste étude Expériences Adoptions*. Université du Québec à Trois-Rivières.

Gerstenzang, S. et Freundlich, M. (2005). A critical assessment of concurrent planning in New York State. *Adoption Quarterly*, *8*(4), 1-22. https://doi.org/10.1300/J145v08n04_01

Giguère, C.-É. et Potvin, S. (2017). The Drug Abuse Screening Test preserves its excellent psychometric properties in psychiatric patients evaluated in an emergency setting. *Addictive Behaviors*, *64*, 165–170. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.042

Goldberg, A. E., Frost, R. F., Miranda, L. et Kahn, E. (2019). LGBTQ individuals' experiences with delays and disruptions in the foster care and adoption process. *Children and Youth Services Review, 106,* 104466. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104466.

Goldberg, A. E. et Garcia, R. (2015). Predictors of relationship dissolution in lesbian, gay, and heterosexual adoptive parents. *Journal of Family Psychology, 29*(3), 394–404. https://doi.org/10.1037/fam0000095

Goldberg, A. E., Kinkler, L. A., Moyer, A. M. et Weber, E. (2014). Intimate relationship challenges in early parenthood among lesbian, gay, and heterosexual couples adopting via the child welfare system. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(4), 221-230. https://doi.org/10.1037/a0037443

Goldberg, A. E., Moyer, A. M., Kinkler, L. A. et Richardson, H. B. (2012). "When you're sitting on the fence, hope's the hardest part": Challenges and experiences of heterosexual and same-sex couples adopting through the child welfare system. *Adoption Quarterly*, *15*(4), 288-315. https://doi.org/10.1080/10926755.2012.731032

Goodwin, B., Madden, E. et Harrison, P. (2025). Adoptive parents' perspectives on adoption adjustment and post-adoption support. *Journal of Public Child Welfare, 19*(3), 523–550. https://doi.org/10.1080/15548732.2024.2336961

Goubau, D. (1994). L'adoption d'un enfant contre la volonté de ses parents. *Les Cahiers de droit*, *35*(2), 151-172. https://doi.org/10.7202/043278ar

Goubau, D. et Ouellette, F.-R. (2006). L'adoption et le difficile équilibre des droits et des intérêts : Le cas du programme Québécois de la « banque mixte ». *Revue De Droit De McGill*, *51*(1), 1-26. https://canlii.ca/t/2p8z

Gouvernement du Québec. (2026a). *Adoption au Québec*. https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-parentalite/adoption/adoption-au-quebec

Gouvernement du Québec, (2026b). *Choix du régime et types de prestations du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) lors de l'arrivée d'un enfant en vue de son adoption*. https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-parentalite/aide-financiere-prestations/regime-quebecois-assurance-parentale/adoption/choix-regime

Grant, T., Graham, J. C., Ernst, C. C., Peavy, K. M. et Brown, N. N. (2014). Improving pregnancy outcomes among high-risk mothers who abuse alcohol and drugs: Factors associated with subsequent exposed births. *Children and Youth Services Review, 46*, 11-18. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.07.014

Grotevant, H. D. et McDermott, J. M. (2014). Adoption: Biological and social processes linked to adaptation. *Annual Review of Psychology, 65,* 235-265. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115020

Grotevant, H. D. et Von Korff, L. (2011). Adoptive Identity. Dans S. J. Schwartz, K. Luyckx et V. L. Vignoles (dir.), *Handbook of Identity Theory and Research* (vol. 1, p. 585-601). Springer New York.

Groupe de travail sur le régime québécois de l'adoption. (2007). *Pour une adoption québécoise à la mesure de chaque enfant*. Gouvernement du Québec. http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/pdf/adoption-rap.pdf

Hackney, K. J., Quade, M. J., Carlson, D. S., Hanlon, R. P. et Thurgood, G. R. (2024). Welcome to parenthood!? An examination of the far-reaching effects of perceived adoption stigma in the workplace. *Human Relations*, *77*(8), 1146-1177. https://doi.org/10.1177/00187267231164867

Harf, A., Skandrani, S., Radjack, R., Sibeoni, J., Moro, M. R. et Revah-Levy, A. (2013). First parent-child meetings in international adoptions: A qualitative study. *PLOS ONE*, *8*(9),1-8. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075300

Hartinger-Saunders, R. M., Trouteaud, A. et Johnson, J. M. (2015). The effects of post-adoption service need and use on child and adoptive parent outcomes. *Journal of Social Service Research*, *41*, 75-92. https://doi.org/10.1080/01488376.2014.953286

Hélie, S., Chateauneuf, D., Lavallée, C., Robitaille, C., Rivest Beauregard, A. (dir.). (2025b). *Étude sur la trajectoire sociojudiciaire des enfants dont la situation est prise en charge sous la Loi sur la protection de la jeunesse. Rapport présenté au ministère de la Santé et des services sociaux et au ministère de la Justice du Québec*. Institut universitaire Jeunes en difficulté. https://www.iujd.ca/sites/iujd/files/media/document/TRAJUD_rapport_final_29%20avril_2025.pdf

Hélie, S., Drapeau, S., Chateauneuf, D., Esposito, T., Noel, J., Poirier, M.-A. et Saint-Jacques, M.-C. (2020). *Évaluation des impacts de la loi sur la protection de la jeunesse : Point de mire sur la réunification familiale et le replacement*. Direction des jeunes et des familles du ministère de la Santé et des services sociaux.

Hélie, S., Hébert, S. T., Poirier, M.-A., Esposito, T. et Pagé, G. (2025a). *Évaluation des impacts de la Loi sur la protection de la jeunesse : Analyse de cohortes 2003-2020*. Institut universitaire Jeunes en difficulté.

Horstman, H. K., Colaner, C. W. et Rittenour, C. E. (2016). Contributing factors of adult adoptees' identity work and self-esteem: Family communication patterns and adoption-specific communication. *Journal of Family Communication*, *16*(3), 263-276. https://doi.org/10.1080/15267431.2016.1181069

Hussong, A. M., Shadur, J., Burns, A. R., Stein, G., Jones, D., Solis, J. et McKee, L. G. (2015). An early emerging internalizing pathway to substance use and disorder. Dans R. A. Zucker et S. A. Brown (dir.), *The Oxford Handbook of Adolescent Substance Abuse* (p. 319-344). Oxford University Press.

Houston, D. M. et Kramer, L. (2008). Meeting the long-term needs of families who adopt children out of foster care: a three-year follow-up study. *Child welfare*, *87*(4), 145-170. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19391471/

Howard, J. A., Livingston Smith, S., Zosky, D. L. et Woodman, K. (2006). A comparison of subsidized guardianship and child welfare adoptive families served by the Illinois Adoption and Guardianship Preservation Program. *Journal of Social Service Research, 32*(2), 123-143. https://doi.org/10.1300/J079v32n03_07

Institut national de santé publique du Québec. (2019). *Portail d'information périnatale : Substances psychoactive*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/substances-psychoactives.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Conséquences possibles du tabagisme durant la grossesse*. https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/tabac/consequences-grossesse

Ishizawa, H. et Kubo, K. (2014). Factors affecting adoption decisions: Child and parental characteristics. *Journal of Family Issues, 35*(5), 627-653. https://doi.org/10.1177/0192513X13514408

Ivey, R., Kerac, M., Quiring, M., Dam, H. T., Doig, S. et DeLacey, E. (2021). The Nutritional Status of Individuals Adopted Internationally as Children: A Systematic Review. *Nutrients*, *13*(1), 1-24. https://doi.org/10.3390/nu13010245

Jones, V. F., Schulte, E. E. et Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care. (2019). *Comprehensive health evaluation of the newly adopted child*. *Pediatrics, 143*(5). https://doi.org/10.1542/peds.2019-0657

Jones, V. F., Schulte, E. E., Waite, D. et Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care. (2020). Pediatrician guidance in supporting families of children who are adopted, fostered, or in kinship care. *Pediatrics*, *146*(6). https://doi.org/10.1542/peds.2020-034629

Kelly, G., Haslett, P. et O'Hare, J. (2007). Permanence planning in Northern Ireland: A development project. *Adoption & Fostering*, *31*(3), 18-27. https://doi.org/10.1177/030857590703100304

Kenrick, J. (2009). Concurrent planning: A retrospective study of the continuities and discontinuities of care, and their impact on the development of infants and young children placed for adoption by the Coram Concurrent Planning Project. *Adoption & Fostering*, *33*(4), 5-18. https://doi.org/10.1177/030857590903300403

Kenrick, J. (2010). Concurrent planning (2): "The rollercoaster of uncertainty". *Adoption & Fostering*, *34*(2), 38-48. https://doi.org/10.1177/030857591003400206

Kirton, D., Beecham, J. et Ogilvie, K. (2006). Adoption by foster carers: A profile of interest and outcomes. *Child & Family Social Work*, *11*(2), 139-146. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00400.x

Kliewer-Neumann, J. D., Zimmermann, J., Bovenschen, I., Gabler, S., Lang, K., Spangler, G. et Nowacki, K. (2023). Attachment disorder symptoms in foster children: development and associations with attachment security. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 17*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s13034-023-00636-5

Kohn, C., Pike, A. et deVisser, R. O. (2024). Parenting in the "extreme": An exploration into the psychological well-being of long-term adoptive mothers. *Family Relations, 73*(3), 1989-2013. https://doi.org/10.1111/fare.12963

Kohn-Willbridge, C., Pike, A. et de Visser, R. O. (2021). 'Look after me too': A qualitative exploration of the transition into adoptive motherhood. *Adoption & Fostering, 45*(3), 300–315. https://doi.org/10.1177/03085759211050043

Koskinen, M., Elovainio, M., Raaska, H., Sinkkonen, J., Matomäki, J. et Lapinleimu, H. (2015). Perceived racial/ethnic discrimination and psychological outcomes among adult international adoptees in Finland: Moderating effects of social support and sense of coherence. *American Journal of Orthopsychiatry*, *85*(6), 550-564. http://dx.doi.org/10.1037/ort0000099

Kruz, E. J. (2023). *"No matter what I loved him through it": a qualitative study of child to parent aggression in adoptive families* [these de doctorat, Carleton University]. Scholaris. https://carleton.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/626ed26d-b01d-4a00-9fd9-111c61bf6fc2/content

L'Observateur. (2025). *Sondage auprès des Québécoises et des Québécois : Perception et compréhension de l'adoption* [document inédit]. https://coconadoption.ca/wp-content/uploads/2025/12/COCON-adoption_Rapport-sondage-national_VF271125-4.pdf

Lajmi, N., Hillman, S., Steele, M., Hodges, J., Simmonds, J. et Kaniuk, J. (2025). Childhood and adolescence's predictors of parenting stress in adoptive mothers of early and late placed children. *Children and Youth Services Review, 172*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2025.108214

Lebrault, M. et André-Trévennec, G. (2015). Adoption internationale accompagnée. Devenir des enfants adoptés à l'international de 2001 à 2005 par l'intermédiaire de l'OAA Médecins du Monde. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 63*(3), 141-156. http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.01.008

Lee, B. R., Kobulsky, J. M., Brodzinsky, D. et Barth, R. P. (2018). Parent perspectives on adoption preparation: Findings from the Modern Adoptive Families project. *Children and Youth Services Review*, *85*, 63-71. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.12.007

Lee, B. R., Wyman Battalen, A., Brodzinsky, D. M. et Goldberg, A. E. (2020). Parent, child, and adoption characteristics associated with post-adoption support needs. *Social Work Research, 44*(1), 21-32. https://doi.org/10.1093/swr/svz026

Lewis, S. (2022). ‘I was putting her first’: Birth parents’ experiences of ‘consent’ to adoption from care in England. *Child & Family Social Work, 27*(3), 490-499. https://doi.org/10.1111/cfs.12901

Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Lindner, A. R. et Hanlon, R. (2024). Outcomes of youth with foster care experiences based on permanency outcome - Adoption, aging out, long-term foster care, and reunification: A systematic review. *Children and Youth Services Review, 156*, 1-19. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107366

Lo, A. Y., Grotevant, H. D., Baden, A. L. et Hogan, C. M. (2024). Unsettled adoptive identity: Understanding relationship challenges in adopted adolescents' identity narratives. *Family process*, *63*(3), 1592-1622. https://doi.org/10.1111/famp.12953

Logan, J. (1996). Birth mothers and their mental health: Uncharted territory. *British Journal of Social Work, 26*(5), 609–625. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjsw.a011137

Loi instituant l’union civile et établissant de nouvelles règles de filiation. LQ. (2002). C. 6. https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2002-c-6/derniere/lq-2002-c-6.html

Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels. LQ. (2021). C. 15. https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2021-c-25/derniere/lq-2021-c-25.html

Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et de communication de renseignements. LQ. (2017). C. 12. https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2017-c-12/derniere/lq-2017-c-12.html

Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions. LQ. (2017). C. 18. https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2017-c-18/derniere/lq-2017-c-18.html

Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives. LQ. (2006). C. 34. https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2006-c-34/derniere/lq-2006-c-34.html

Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil LQ. (2022). C.22. https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2022-c-22/derniere/lq-2022-c-22.html

Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et visant la protection des enfants nés à la suite d’une agression sexuelle et des personnes victimes de cette agression ainsi que les droits des mères porteuses et des enfants issus d’un projet de grossesse pour autrui. LQ. (2023). C. 13. https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2023-c-13/derniere/lq-2023-c-13.html

Loi sur la protection de la jeunesse. RLRQ. C. P-34.1. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-34.1

Lopes Almeida, M., Souza Schwochow, M. et Bitencourt Frizzo, G. (2021). Associations between symptoms of common mental disorders, parental satisfaction and consideration for adoption breakdown in Brazilian adoptive parents. *Children and Youth Services Review, 122*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105910

Lushey, C., Holmes, L. et McDermid, S. (2017). Normalizing post adoption support for all. *Child & Family Social Work*, *23*(2), 137-145. https://doi.org/10.1111/cfs.12391

Luu, B., Wright, A. C. et Cashmore, J. (2019). Contact and adoption plans for children adopted from out-of-home care in New South Wales. *Australian Social Work*, *72*(4), 404-418. https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1579351

Lyttle, E., McCafferty, P. et Taylor, B. J. (2021). Experiences of adoption disruption: Parents' perspectives. *Child Care in Practice*, 333-352. https://doi.org/10.1080/13575279.2021.1941767

Macleod, F., Storey, L., Rushe, T., Kavanagh, M., Agnew, F. et McLaughlin, K. (2021). How adopters' and foster carers' perceptions of 'family' affect communicative openness in post-adoption contact interactions. *Adoption & Fostering, 45*(4), 430-441. https://doi.org/10.1177/03085759211060715

Maguire, D., May, K., McCormack, D. et Fosker, T. (2024). A systematic review of the impact of placement instability on emotional and behavioural outcomes among children in foster care. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 641-655. https://doi.org/10.1007/s40653-023-00606-1

Malm, K. et Welti, K. (2010). Exploring motivations to adopt. *Adoption Quarterly, 13*(3-4), 185–208. https://doi.org/10.1080/10926755.2010.524872

Malm, K., Vandivere, S., McKlindon, A. et Radel, L. (2011). *Children Adopted From Foster Care: Child and Family Characteristics, Adoption Motivation, and Well-Being*. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services.

March, K. (2019). Unwed Motherhood, Social Exclusion, and Adoption Placement. Dans C. Byvelds et H. Jackson (dir.), *Motherhood and Social Exclusion* (p. 79-88). Demeter Press. https://doi.org/10.2307/j.ctvk12qxr.10

Marinopoulos, S. (2010). *Dans l'intime des mères*. Éditions Marabout.

Marinopoulos, S. (2013). Le renoncement à l'enfant. Dans C. Robineau (dir.), *L'adoption, un roman familial* (p. 55-74). Érès.

McCaughren, S. et McGregor, C. (2018). Reimagining adoption in Ireland: A viable option for children in care? *Child Care in Practice*, *24*(3), 1-16. https://doi.org/10.1080/13575279.2017.1319799

McConnachie, A. L., Ayed, N., Foley, S., Lamb, M. E., Jadva, V., Tasker, F. et Golombok, S. (2021). Adoptive Gay Father Families: A Longitudinal Study of Children's Adjustment at Early Adolescence. *Child Development*, *92*(1), 425–443. https://doi.org/10.1111/cdev.13442

McCormick, N. et Goldberg, A. (2024). Social Competence, School Engagement, and School Performance Among US Children Adopted Through Private Domestic, International, and Foster Care Adoption. Adoption Quarterly, 1-37. https://doi.org/10.1080/10926755.2024.2392735

McDonald, T. P., Propp, J. R. et Murphy, K. C. (2001). The post-adoption experience: child, parent, and family predictors of family adjustment to adoption. *Child welfare, 80*(1), 71-94. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11197063/

McKay, K. et Ross, L. E. (2011). Current practices and barriers to the provision of post-placement support: A pilot study from Toronto, Ontario, Canada. *The British Journal of Social Work*, *41*(1), 57-73. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq023

McKegney, S. (2003). *Silenced Suffering: The Disenfranchised Grief of Birthparents Compulsorily Separated from their Children* [mémoire de maîtrise, Université McGill]. EScholarship. https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/5d86p095n

McSherry, D. et McAnee, G. (2022). Exploring the relationship between adoption and psychological trauma for children who are adopted from care: A longitudinal case study perspective. *Child Abuse & Neglect*, *130*, 1-16. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105623

Merritt, D. H. et Festinger, T. (2013). Post-adoption service need and access: Differences between international, kinship and non-kinship foster care. *Children and Youth Services Review,35*(12), 1913-1922. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.09.013

Messina, R., Farr, R. H. et Tasker, F. (2024). Communication about children's origins among same-gender adoptive parent families in Belgium, France, and Spain. *Family Relations, 73*(2), 1379–1400. https://doi.org/10.1111/fare.12911

Miller, J. J., Niu, C., Womack, R. et Shalash, N. (2019). Supporting adoptive parents : A study on personal self-care. *Adoption Quarterly*, *22*(2), 157-171. https://doi.org/10.1080/10926755.2019.1627451

Miller, L. C., Pérouse de Montclos, O. et Sorge, F. (2016). Special needs adoption in France and USA 2016: How can we best prepare and support families? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *64*(5), 308-316. https://doi.org/10.1016/J.NEURENF.2016.05.003

Ministère de la Justice du Québec. (2017). *Projet de loi no 113 : Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et de communication de renseignements*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Un projet de vie, des racines pour la vie : qu'est-ce qu'un projet de vie pour un enfant dont la situation est prise en charge par le DPJ ?* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000755/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec – Guide d'intervention. Chapitre 6 – Syndromes clinique. Otite moyenne aiguë*. Gouvernement du Québec.

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/guide-garderie/chap6-otite_2024-09.pdf

Monck, E., Reynolds, J. et Wigfall, V. (2004). Using concurrent planning to establish permanency for looked after young children. *Child & Family Social Work*, *9*(4), 321-331. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2004.00340.x

Monck, E., Reynolds, J. et Wigfall, V. (2006). The role of contact in concurrent planning: The experiences of birth parents and carers. *Adoption Quarterly*, *9*(1), 13-34. https://doi.org/10.1300/J145v09n01_02

Morgan, H. C. M., Nolte, L., Rishworth, B. et Stevens, C. (2019). 'My children are my world' : Raising the voices of birth mothers with substantial experience of counselling following the loss of their children to adoption or foster care. *Adoption & Fostering, 43*(2), 137-154. https://doi.org/10.1177%2F0308575919848906

Moyer, A. M. et Goldberg, A. E. (2015). 'We were not planning on this, but …': Adoptive parents' reactions and adaptations to unmet expectations. *Child & Family Social Work*, *22*(1), 12-21. https://doi.org/10.1111/cfs.12219

Murray, K. J., Williams, B. M., Tunno, A. M., Shanahan, M. et Sullivan, K. M. (2022). What about trauma? Accounting for trauma exposure and symptoms in the risk of suicide among adolescents who have been adopted. *Child Abuse & Neglect*, *130*, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105185

Nadeau, D., Bussières, È.-L., Servot, S., Simard, M.-C., Muckle, G. et Paradis, F. (2020). L'exposition prénatale à l'alcool et aux drogues chez des bébés signalés en protection de l'enfance à la naissance : la pointe de l'iceberg ? *Service social, 66*(1), 99-113. https://doi.org/10.7202/1068923ar

Nadeem, E., Blake, A. J., Waterman J. M. et Langley, A. K. (2023). Concurrent planning: Understanding the placement experiences of resource families. *Adoption Quarterly, 26*(1), 1-21. https://doi.org/10.1080/10926755.2022.2077874

Neil, E. (2004). The "Contact after Adoption" study: face-to-face contact. Dans E. Neil et D. Howe (dir.), *Contact in Adoption and Permanent Foster Care: Research, Theory and Practice* (p. 65-84). British Association for Adoption and Fostering.

Neil, E. (2006). Coming to terms with the loss of a child: The feelings of birth parents and grandparents about adoption and post-adoption contact. *Adoption Quarterly*, *10*(1), 1-23. https://doi.org/10.1300/J145v10n01_01

Neil, E. (2013). The mental distress of the birth relatives of adopted children: "disease" or "unease"? Findings from a UK study. *Health and Social Care in the community, 21*, 191-199. https://doi.org/10.1111/hsc.12003

Neil, E., Cossar, J., Lorgelly, P. et Young, J. (2010). *Helping birth families: Services, costs and outcomes*. British Association for Adoption & Fostering.

Neil, E., Gitsels, L. et Thoburn, J. (2019). Children in care: Where do children entering care at different ages end up? An analysis of local authority administrative data. *Children and Youth Services Review, 106,* 104472. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104472

Noël, J. (2014). *Le pouvoir d'agir des mères biologiques dont l'enfant est placé de façon permanente ou adopté en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse* [mémoire de maîtrise, Université Laval. CorpusUL. https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/25399

Noël, L. (2008). *Récits d'adoption : cinq aventures familiales*. Béliveau éditeur.

Novac, S., Paradis, E., Brown, J. et Morton, H. (2006). *A visceral grief: Young homeless mothers and loss of child custody*. Centre for Urban and Community Studies, University of Toronto. http://citiescentre.webservices.utoronto.ca/Assets/Cities+Centre+2013+Digital+Assets/Cities+Centre/Cities+Centre+Digital+Assets/pdfs/publications/Research+Papers/206+Novac+et+al+2006+A+Visceral+Grief.pdf

O'Leary Wiley, M. et Baden, A. L. (2005). Birth parents in adoption : Research, practice, and counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 33*(1), 13-50. https://doi.org/10.1177/0011000004265961

O'Neill, D., McAuley, C. et Loughran, H. (2016). Post-adoption reunion sibling relationships: factors facilitating and hindering the development of sensitive relationships following reunion in adulthood. *Child & Family Social Work*, *21*(2), 218-227. https://doi.org/10.1111/cfs.12139

Oudgenoeg-Paz, O., Mulder, H., Jongmans, M. J., van der Ham, I. J. M., & Van der Stigchel, S. (2017). *The link between motor and cognitive development in children born preterm and/or with low birth weight: A review of current evidence*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 80, 382–393. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.06.009

Ouellette, F.-R. et Goubau, D. (2009). Entre abandon et captation : L'adoption québécoise en « banque mixte ». *Anthropologie et sociétés*, *33*(1), 65-81. https://doi.org/10.7202/037813ar

Pagé, G. (2012). *Mieux comprendre le sentiment de filiation chez les parents qui accueillent un enfant en vue de l'adopter par le biais du programme québécois banque mixte* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9712

Pagé, G. (2015). Une illustration particulière de l'utilisation de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) dans le but de mieux comprendre le sentiment de filiation chez les parents qui accueillent un enfant en vue de l'adopter. *Approches Inductives*, *2*(1), 12-38. https://doi.org/10.7202/1028099ar

Pagé, G. et Poirier, M.-A. (2015). Le placement en famille d'accueil en vue d'adoption : un quatuor de parents sans voix. Dans C. Lacharité, C. Sellenet et C. Chamberland (dir.). *La protection de l'enfance : la parole des enfants et des parents* (p. 219-232). Les Presses de l'Université du Québec.

Pagé, G., Piché, A.-M., Ouellette, F.-R. et Poirier, M.-A. (2008). Devenir parent sans donner naissance : la construction d'un lien avec un enfant en contexte d'adoption. Dans C. Parent, S.

Drapeau, M. Brousseau et É. Pouliot (dir.). *Visages multiples de la parentalité* (p. 89-122). Les Presses de l'Université du Québec.

Pagé, G., Poirier, M.-A., et Chateauneuf, D. (2019). Being a foster-to-adopt parent: Experiences of (un)certainty and their influence on the sense of being the parent. *Adoption Quarterly, 22*(2) 95-115. https://doi.org/10.1080/10926755.2019.1579132

Paine, A. L., Fahey, K., Thompson, R. et Shelton, K. H. (2023). Adoptive parents' finances and employment status: a 5-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(7), 1305-1316. https://doi.org/10.1007/s00787-022-01946-3

Paine, A. L., Perra, O., Anthony, R. et Shelton, K. H. (2021). Charting the trajectories of adopted children's emotional and behavioral problems: The impact of early adversity and postadoptive parental warmth. *Development and Psychopathology*, *33*(3), 922-936. https://doi.org/10.1017/S0954579420000231

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

Palacios, J., Rolock, N., Selwyn, J. et Barbosa-Ducharne, M. (2019). Adoption breakdown: Concept,research, and implications. *Research on Social Work Practice, 29*(2), 130-142. https://doi.org/10.1177%2F1049731518783852

Paniagua, C., García-Moya, I. et Moreno, C. (2022). Adopted Adolescents at School: Social Support and Adjustment. *Youth & Society*, *54*(3), 419-441. https://doi.org/10.1177/0044118X20977033

Parker, O., Kloess, J. A., Saveker, S. et Urquhart Law, G. (2024). Making sense of adoption disruption: An interpretative phenomenological analysis of the lived experiences of adoptive parents. *Children and Youth Services Review*, *166*, 1-10. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107916

Penner, J. (2024). Post-Adoption Service Provision: A Scoping Review. *Adoption Quarterly*, *27*(4), 319–348. https://doi.org/10.1080/10926755.2023.2176957

Piché, A.-M. (2012). La prescription de l'attachement en contexte d'adoption internationale. *Nouvelles pratiques sociales*, Hors-série (1), 79-101. https://doi.org/10.7202/1008628ar

Poirier, M.-A., Côté, C., Pagé, G. et Côté-Auger, S. (2018, 3-4 décembre). *La réalité méconnue des mères qui vivent l'adoption de leur enfant en contexte de protection de la jeunesse* [communication orale]. Colloque « Défis jeunesse » de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté, Montréal, Canada.

Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., Séguin, R., Belhumeur, C., Germain, P., Amyot, I. et Jéliu, G. (2005). Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the first 6 months after adoption. *International Journal of Behavioral Development*, *29*(5), 445457. https://doi.org/10.1177/01650250500206257

Quality Improvement Center for Adoption & Guardianship Support and Preservation - QIC-AG. (2021). *Vermont Permanency Survey*. https://www.qic-ag.org/vt-site/

Reilly, T. et Platz, L. (2004). Post-adoption service needs of families with special needs children: Use, helpfulness, and unmet needs. *Journal of Social Service Research*, *30*(4), 51-67. https://doi.org/10.1300/J079v30n04_03

Reimer, D. (2017). L'approche biographique dans la recherche sur le placement familial : réflexions éthiques et méthodologiques. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, *18*. https://journals.openedition.org/sejed/8356

Rolock, N., Ocasio, K., White, K., Cho, Y., Fong, R., Marra, L. et Faulkner, M. (2021). Identifying families who may be struggling after adoption or guardianship. *Journal of Public Child Welfare*, *15*(1), 78-104. https://doi.org/10.1080/15548732.2020.1831679

Rolock, N. et White, K. R. (2016). Post-permanency discontinuity: A longitudinal examination of outcomes for foster youth after adoption or guardianship. *Children and Youth Services Review, 70*, 419-427. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.025

Rolock, N., White, K. R., McGinnis, H., Bai, R., Koh, E., Jeon, J., Ringeisen, H. et Domanico, R. (2025). Belonging in Adoptive Families: Perspectives of Young Adults and Adoptive Parents. *Adoption Quarterly, 29*(1–2), 235–258. https://doi.org/10.1080/10926755.2025.2583533

Rolock, N., White, K. R., Ocasio, K., Zhang, L., MacKenzie, M. J. et Fong, R. (2019). A Comparison of Foster Care Reentry After Adoption in Two Large U.S. States. *Research on Social Work Practice*, *29*(2), 153–164. https://doi.org/10.1177/1049731518783857

Roy, A. (2010). *Droit de l'adoption* (2e éd.). Éditions Wilson & Lafleur.

Ruderman, M. A., Christy, D., Berman, A., Waterman, J. et Langley, A. K. (2025). Family closeness and adoption satisfaction: A longitudinal study of families adopting from foster care. *Translational Issues in Psychological Science*, *11*(4), 457-466. https://doi.org/10.1037/tps0000473

Rush, M. L. (2021). *Resilience, social support, & psychological adjustment in adult adoptees* (publication no 28860854) [thèse de doctorat, Hofstra University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

Salvo Agoglia, I. et Herrera, F. (2021). "I Assumed He Didn't Exist": The Birth Father as the Invisible Member of the Adoption Kinship Network. *Journal of Family Issues, 42*(5), 984-1006. https://doi.org/10.1177/0192513X20984509

Sánchez-Sandoval, Y., Melero, S. et López-Jiménez, A. M. (2020). Mediating Effects of Social Support in the Association Between Problems in Childhood and Adolescence and Well-Being in Adult Domestic Adoptees. *Journal of Happiness Studies, 21*(4), 1183-1198. https://doi.org/10.1007/s10902-019-00124-8

Sattler, K. M. P. et Font, S. A. (2021). Predictors of Adoption and Guardianship Dissolution: The Role of Race, Age, and Gender Among Children in Foster Care. *Child Maltreatment, 26*(2), 216–227. https://doi.org/10.1177/1077559520952171

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. et Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction (Abingdon, England)*, *88*(6), 791–804. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

Selwyn, J. et Meakings, S. (2016). Adolescent-to-parent violence in adoptive families. The British Journal of Social Work, 46(5), 1224-1240. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv072

Selwyn J., Meakings S. et Wijedasa D. (2014). Beyond the Adoption Order: challenges, interventions and disruption. Department for Education. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/301889/Final_Report_-_3rd_April_2014v2.pdf

Selwyn, J. et Sturgess, W. (2001). *International overview of adoption: Policy and practice* [document inédit]. University of Bristol.

Shelton, D. et Bridges, C. W. (2022). A Phenomenological Exploration of Adoptive Parent Experiences of Support During the Adoption Process. *Adoption Quarterly*, *25*(3), 212-243. https://doi.org/10.1080/10926755.2021.1976336

Shields, D. E. et Nicholl, P. (2025). An Analysis of Reunifications Between Adopted Adults and Their Birth Relatives. *Child Care in Practice*, *31*(3), 471–487. https://doi.org/10.1080/13575279.2024.2359939

Simon, L. V., Shah, M. et Bragg, B. N. (2026). APGAR Score. *StatPearls*. https://www.statpearls.com/point-of-care/17763

Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors, 7*(4), 363–371.

Small, J. L., Dillon, K., Wexler, J. H., Hebert, S., Day, P., Schulte, E. et Forkey, H. (2025). Unmet Health Care Needs of Adult Patients Adopted in Childhood: Insights and Recommendations. *Annals of Family Medicine*, *23*(6), 488–499. https://doi.org/10.1370/afm.240595

Smeeton, J. et Boxall, K. (2011). Birth parents' perceptions of professional practice in child care and adoption proceedings: Implications for practice. *Child & Family Social Work, 16*(4), 444-453. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00759.x

Smith, S. L. (2010). *Keeping the promise: The critical need for post-adoption services to enable children and families to succeed*. The Donaldson Adoption Institute. http://poundpuplegacy.org/files/2010_10_20_KeepingThePromise.pdf

Smith, S. L. (2014). *Keeping the promise. The case for adoption support and preservation*. The Donaldson Adoption Institute.

https://library.childwelfare.gov/cwig/ws/library/docs/gateway/Blob/92268.pdf?r=1&rpp=10&upp=0&w=+NATIVE%28%27recno%3D92268%27%29&m=1

Smith, S. L., Howard, J. A., Garnier, P. C. et Ryan, S. D. (2006). Where are we now? : A post-ASFA examination of adoption disruption. *Adoption Quarterly, 9*(4), 19-44. https://doi.org/10.1300/J145v09n04_02

Société canadienne de pédiatrie. (2026). *Les facteurs de risque prénatals de retard de développement chez l'enfant nouvellement arrivé au Canada*. https://enfantsneocanadiens.ca/mental-health/prenatal-risk

South, S. C., Lim, E., Jarnecke, A. M. et Foli, K. J. (2018). Relationship quality from pre to postplacement in adoptive couples. Journal of Family Psychology, 33(1), 64–76. https://doi.org/10.1037/fam0000456

Sumontha, J., Farr, R. H. et Patterson, C. J. (2016). Social support and coparenting among lesbian, gay, and heterosexual adoptive parents. *Journal of Family Psychology, 30*(8), 987–996. https://doi.org/10.1037/fam0000253

Tilbury, C. et Osmond, J. (2006). Permanency planning in foster care: A research review and guidelines for practitioners. *Australian Social Work*, *59*(3), 265-280. https://doi.org/10.1080/03124070600833055

Toussaint, E., Roze, M., Marchand, V. et Rousseau, D. (2023). Le programme PEGASE : un parcours de soin précoce visant à limiter les conséquences délétères de la maltraitance et/ou de la négligence sur la santé et le développement des jeunes enfants protégés. *Neuropsychiatrie de L'enfance & de l'Adolescence*, *71*(8), 411–418. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.09.004

Tremblay, K. et Pagé, G. (2023). Filial Trauma: The Experience of Adoptive Parents of Children with Complex Behavioral and Relational Problems. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *17*(2), 691-705. https://doi.org/10.1007/s40653-023-00601-6

Tremblay, K. et Pagé, G. (2024). Quand cogner à plusieurs portes n'entraine pas l'aide espérée aux parents adoptant un enfant ayant d'importantes difficultés comportementales et relationnelles. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (45). http://journals.openedition.org/efg/19868

Tung, I., Noroña, A. N., Lee, S. S., Langley, A. K. et Waterman, J. M. (2018). Temperamental sensitivity to early maltreatment and later family cohesion for externalizing behaviors in youth adopted from foster care. *Child abuse & Neglect*, *76*, 149-159. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.10.018

U.S. Department of Health and Human Services. (2013). *The AFCARS Report: Preliminary FY 2012 Estimates as of November 2013*. http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/afcars-report-20

van den Dries, L., Juffer, F., van Ijzendoorn, M. et Bakermans-Kranenburg, M. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review, 31*(3), 410-421. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.09.008

van Ijzendoorn, M. et Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(12), 1228-1245. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01675.x

Vandivere, S. et McKlindon, A. (2010). The well-being of US children adopted from foster care, privately from the United States and internationally. *Adoption Quarterly*, *13*(3-4), 157-184. https://doi.org/10.1080/10926755.2010.524871

Vandivere, S., Malm, K. et Radel, L. (2009). *Adoption USA: A chartbook based on the 2007 National Survey of Adoptive Parents, Washington, DC: The U.S.* Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.

Waid, J. et Alewine, E. (2018). An exploration of family challenges and service needs during the post-adoption period. *Children and Youth Services Review*, *91*, 213-220. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.017

Weistra, S. et Luke, N. (2017). Adoptive parents' experiences of social support and attitudes towards adoption. *Adoption & Fostering*, *41*(3), 228-241. https://doi.org/10.1177/0308575917708702

White, E. E., Baden, A. L., Ferguson, A. L. et Smith, L. (2022). The intersection of race and adoption: Experiences of transracial and international adoptees with microaggressions. *Journal of Family Psychology, 36*(8), 1318-1328. https://doi.org/10.1037/fam0000922

White, K. R. (2016). Placement discontinuity for older children and adolescents who exit foster care through adoption or guardianship: A systematic review. *Child & Adolescent Social Work Journal, 33*(4), 377–394. https://doi.org/10.1007/s10560-015-0425-1

Whitten, K. L. et Weaver, S. R. (2010). Adoptive Family Relationships and Healthy Adolescent Development: A Risk and Resilience Analysis. *Adoption Quarterly*, *13*(3–4), 209-226. https://doi.org/10.1080/10926755.2010.524873

Wigfall, V., Monck, E. et Reynolds, J. (2006). Putting programme into practice: The introduction of concurrent planning into mainstream adoption and fostering services. *British Journal of Social Work*, *36*(1), 41-55. https://doi.org/10.1093/bjsw/bch250

Wijedasa, D. et Selwyn, J. (2017). Examining rates and risk factors for post-order adoption disruption in England and Wales through survival analyses. *Children and Youth Services Review, 83*, 179-189. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.10.005

William, E. A., Russell, W. et Wilson, A. (2023). Narratives of parenthood: Experiences of adoptive parents. *Journal of Psychosociological Research in Family & Culture*, *1*(4), 26-34. https://doi.org/10.61838/kman.jprfc.1.4.5

Wind, L. H., Brooks, D. et Barth, R. P. (2007). Influences of risk history and adoption preparation on post-adoption Services Use in U.S. adoptions. *Family Relations*, *56*(4), 378-389. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00467.x

World Health Organization (WHO). (2025). *Global nutrition targets 2030: Low birth weight policy brief*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/B09402

Wright, A. W., Carlson, K. et Grotevant, H. D. (2022). Internalizing symptoms and use of mental health services among domestic adoptees. *Children and Youth Services Review*, *138*, 1-18. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106499

Wright, A. W., Wang, D. et Grotevant, H. D. (2023). Profiles of Adoptee Adjustment in Young Adulthood. *Adoption Quarterly*, *26*(3), 251–280. https://doi.org/10.1080/10926755.2022.2156011

Wrobel, G. M. et Grotevant, H. D. (2019). Minding the (information) gap: What do emerging adult adoptees want to know about their birth parents?. *Adoption Quarterly*, *22*(1), 29-52. https://doi.org/10.1080/10926755.2018.1488332

Zamostny, K. P., O'Brien, K. M., Baden, A. L. et O'Leary Wiley, M. (2003). The practice of adoption: History, trends, and social context. *The Counseling Psychologist, 31*, 651–678. https://doi.org/10.1177/0011000003258061

Zill, N. et Bramlett, M. D. (2014). Health and well-being of children adopted from foster care. *Children and Youth Services Review*, *40*, 29-40. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.02.008

Zosky, D. L., Howard, J. A., Smith, S. L., Howard, A. M. et Shelvin, K. H. (2005). Investing in adoptive families: What adoptive families tell us regarding the benefits of adoption preservation services. *Adoption Quarterly, 8*(3), 1-23. https://doi.org/10.1300/J145v08n03_01