

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
KARINE TREMBLAY

DU TRAUMA SECONDAIRE AU TRAUMA DE FILIATION : L'EXPÉRIENCE DE
PARENTS ADOPTIFS D'UN ENFANT PRÉSENTANT UN TRAUMA COMPLEXE

JUILLET 2020

Résumé

L'enfant adopté par l'entremise de la Banque-mixte, en protection de la jeunesse, est souvent victime de mauvais traitements dans sa famille d'origine. Il peut arriver dans sa nouvelle famille avec un bagage, **un trauma complexe**, qui a des répercussions majeures sur son fonctionnement individuel tels que problèmes d'attachement, troubles du comportement ou d'apprentissage (Godbout, Girard, Milot, Collin-Vézina, & Hébert, 2018). Vivant à tous les jours en proximité affective avec celui-ci, ces difficultés ont des conséquences sur les adultes qui l'accueillent, ce que Figley (1995) a nommé le **trauma secondaire**. L'objectif de ce mémoire était de mieux comprendre l'expérience de trauma secondaire de parents adoptant un enfant présentant un trauma complexe. Dans le cadre de cette étude qualitative, 12 parents adoptifs (provenant de 10 familles) ont partagé une gamme d'émotions vécues à un niveau extrême, calquées sur celles des enfants qu'ils ont adoptés. Ils ont rapporté des impacts sur leur santé physique et mentale, associés au trauma secondaire, apparus suite à l'arrivée de l'enfant dans leur famille. Les entretiens ont été transcrits et soumis à une analyse de contenu thématique. Au fil de l'analyse, il s'est révélé que le trauma secondaire seul était insuffisant pour rendre compte de la complexité de l'expérience de ces parents. C'est ce qui nous a amené à définir un nouveau concept, le **trauma de filiation**, exprimant cette expérience douloureuse. En effet, les parents ont exprimé ressentir également des émotions difficiles qui ébranlent leur **sentiment de filiation**. Pagé (2012) définit celui-ci comme étant les « représentations internes du parent, [...] comment il se perçoit, il s'identifie, il se définit en tant que parent de son enfant » (p.136). Les parents rencontrés ont exprimé se sentir le parent de l'enfant qu'ils ont adopté, mais ressentir des émotions si difficiles, qu'elles mettent quotidiennement à l'épreuve cette relation empreinte de souffrance. Cette expérience difficile, caractérisée par la violence, a amené 5 des 10 familles à placer leur jeune en ressource d'hébergement. Il en sera question dans la discussion, ainsi que du trauma de filiation et des recommandations pour mieux préparer et soutenir les parents adoptifs Banque-mixte.

MOTS CLÉS : parents adoptifs, parentalité adoptive, Banque-mixte, trauma secondaire, trauma de filiation, trauma complexe, sentiment de filiation

TABLE DES MATIÈRES

RESUME	I
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VI
REMERCIEMENTS	VII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	3
CHAPITRE 2 : L'ETAT DES CONNAISSANCES SUR L'EXPERIENCE DES PARENTS ADOPTIFS BANQUE-MIXTE	9
2.1 Préparation à accueillir un enfant à besoins particuliers.....	9
2.2 Impacts du vécu traumatique de l'enfant adopté sur son parent	12
2.3 Besoins de soutien des parents.....	17
2.4 Croissance post-traumatique.....	20
2.5 Question de recherche	21
CHAPITRE 3 : LE CADRE CONCEPTUEL	22
3.1 Trauma complexe	22
3.2 Trauma secondaire	27
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	34
4.1 Perspective de recherche.....	34
4.2 Population cible	36
4.3 Stratégie de recrutement et échantillon	38
4.4 Instrument de collecte de données.....	41
4.5 Stratégie d'analyse.....	42
4.6 Considérations éthiques	42

CHAPITRE 5 : LA PAROLE AUX PARENTS ADOPTIFS BANQUE-MIXTE	44
5.1 Méconnaissance de l'histoire de l'enfant	44
5.2 Diagnostics et problèmes de comportement de l'enfant	45
5.3 Violence subie par les parents	47
5.4 Étapes de deuil de l'expérience parentale rêvée	49
5.5 Répercussions des comportements de l'enfant sur les différentes sphères de vie du parent.....	52
5.5.1 Impacts temporels	52
5.5.2 Impacts professionnels	53
5.5.3 Impacts financiers	55
5.5.4 Impacts sur la vie de couple	56
5.5.5 Impacts sur la vie familiale et sociale	57
5.6 Trauma secondaire	61
5.6.1 Stress et hypervigilance	61
5.6.2 Impacts sur la santé physique et mentale	62
5.6.3 Impacts affectifs	63
5.6.3.1 <i>Sentiment d'incompétence, impuissance</i>	63
5.6.3.2 <i>Colère et perte de contrôle</i>	64
5.6.3.3 <i>Culpabilité</i>	66
5.6.3.4 <i>Tristesse</i>	67
5.6.3.5 <i>Sentiment d'usure et perte d'espoir</i>	68
5.6.3.6 <i>Sentiment de se perdre</i>	69
5.6.3.7 <i>Peur</i>	69
5.7 Lectures des causes des difficultés avec l'enfant	71
5.8 Relation parent-enfant	75
5.9 La goutte qui fait déborder le vase, l'incident critique	77
5.10 Quand cogner à plusieurs portes n'entraîne pas l'aide espérée	79
5.10.1 Perception de l'attitude des intervenants	79
5.10.2 Services pour l'enfant	82
5.10.3 Services pour les parents	87
5.10.4 Relations avec la DPJ et ses intervenants	90
5.11 Mettre fin à l'adoption ?	93
5.12 Et si c'était à recommencer ?	96
5.12.1 Besoin d'intervenants compétents et de services spécialisés	96
5.12.2 Préparation	98
5.12.3 Dire les vraies affaires	99
5.12.4 Groupes de pairs	100
5.13 Apprentissages	101
CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....	105
6.1 L'enfant adopté ayant un trauma complexe : un petit terroriste de maison	105

6.2 L'expérience des parents adoptifs : un trauma qui ébranle même la filiation	112
6.2.1 Impacts : financiers, temporels, professionnels, sur la vie de couple, la famille, le réseau	115
6.2.2 <i>Sentiment de filiation</i>	116
6.2.3 « <i>Blocked care</i> »	120
6.2.4 <i>Deuil</i>	124
6.2.5 <i>Sentiment d'être jugé et tenu responsable des difficultés de l'enfant</i>	126
6.3 Quels remèdes à cette souffrance ?	128
6.4 Croissance post-traumatique.....	131
CHAPITRE 7 : CONCLUSION.....	132
7.1 Limites et forces	132
7.2 Pistes d'améliorations pour la pratique.....	135
7.2.1 Prévention/Préparation	135
7.2.2 Soutien post-adoption	138
7.3 Pistes de recherches futures.....	142
REFERENCES.....	144
ANNEXES	X
ANNEXE 1 LETTRE AUX PARTICIPANTS.....	XI
ANNEXE 2 FICHE INFORMATIVE.....	XIII
ANNEXE 3 GRILLE D'ENTREVUE.....	XV
ANNEXE 4 CERTIFICAT ETHIQUE.....	XIX
ANNEXE 5 FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	XX

Liste des tableaux

Tableau 1 : Symptômes du trauma secondaire	32
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	40

Liste des figures

Figure 1 : <i>Interrelation entre les domaines de fonctionnement altérés chez les enfants ayant un trauma complexe</i>	25
Figure 2 : <i>Professional Quality of Life</i>	28
Figure 3: <i>Trauma de filiation</i>	115

Remerciements

Au bout de plus de trois ans et demi, j'aimerais couronner ce travail par la partie la plus importante à mon sens, celle des remerciements. En premier lieu, j'aimerais remercier chacun des parents qui a participé à ma recherche, m'a ouvert son cœur si généreusement, avec une vulnérabilité si forte. Vous m'avez permis de mieux comprendre, non seulement votre expérience, mais aussi la mienne. La richesse de nos échanges a été pour moi une source de réflexion incroyable. J'espère que je rapporterai vos propos avec le plus de vérité et d'empathie possible.

Merci à Patrice, mon conjoint, parce qu'après toutes ces années, nous sommes toujours une équipe unie. Avec toi, ce projet a été une nouvelle occasion de croissance. Merci de croire avec moi que cette recherche pourra aider d'autres parents, comme nous, à garder espoir quand l'impuissance, l'épuisement, les deuils et l'anxiété jalonnent leurs routes. Merci à mes filles, Mélodie, Sophie, Maëlle, Marjolaine, parce que vous avez dû accepter que je sois moins disponible, mais surtout parce que vous m'avez donné la chance d'apprendre tant de choses. Grâce à vous, je deviens une meilleure personne. Merci à mes parents, Marthe et Jean-Yves, d'avoir soutenu ce chemin d'apprentissage, même si ta route s'est achevée papa. Merci à mes frères Pierre-Olivier, Étienne et ma belle-sœur préférée Annick.

Maintenant, je veux dire toute l'importance qu'a eu pour moi Geneviève Pagé, MA directrice, une femme généreuse, disponible. Elle a su recevoir mes questionnements, mes débordements d'enthousiasme comme d'accablement, avec tellement d'empathie. Je peux dire, assurément, que je n'aurais pas fait tout ce chemin sans elle pour me pousser à aller plus loin, pour mettre plus de rationalité autour de mes intuitions. Nos nombreux échanges ont été indispensables à mes constats et découvertes. Geneviève, tu es pour moi une sage-femme. Non seulement tu as su m'accompagner dans ce projet, comme une grossesse, mais tu as eu confiance en moi, pour livrer mon message. Ta confiance me donne des ailes. Je suis heureuse et choyée que l'on poursuive ensemble pour mon doctorat. Mille fois merci.

Je crois du plus profond du cœur qu'il faut tout un village pour entourer un enfant. Comment ne pas ici remercier tous les gens de mon village qui ont su, au fil des années,

m'apporter soutien et réconfort, dans cette belle aventure qu'est la parentalité adoptive. Vous avez tous et toutes été, à un moment ou un autre, la personne marchant à mes côtés. Merci à Louis et à mes amies si précieuses, Annie G., Anne-Marie D., Marlene, Jacinthe, Anne-Marie L. Merci à mon amie Catherine, de l'Association Emmanuel, pour tous nos échanges si précieux. Aux membres de l'Association, qui m'ont parfois indiqué un chemin qui m'était inconnu. Merci à mes amis Julie et Benoît pour votre accueil à chacun de mes passages à Gatineau. Nos échanges ont été le point tournant du développement de mon concept du trauma de filiation. Merci à Gail qui me répare tout le temps le corps et l'âme, qui tempère mes envolées et me ramène sur terre. Merci aussi à Catherine P. et Denis F. Merci aux animateurs scouts qui sont des modèles pour mes filles et qui m'ont permis d'avoir du répit. Particulièrement à toi Majuscule, mon frère que j'ai adopté et Julie, pour tout ce que vous avez fait pour nous aider. Et à toi Louis-Pierre, à qui j'ai promis une partie de mon diplôme : te voilà gradué ! Merci au personnel scolaire, spécialement Francis B., Étienne H., William P., et aux professionnels qui ont voulu travailler en équipe avec nous pour soutenir notre fille. Merci à Martin B. qui le premier m'a fait comprendre que mon chum et moi étions les experts de notre fille.

Merci à mes collègues d'étude qui ont entendu toutes mes questions et m'ont permis d'aller plus loin, vous vous reconnaitrez ici. Merci aux professeurs qui m'ont amenée à ouvrir mes horizons : particulièrement Marie-Andrée Poirier, Josée Chénard, Jacques Boucher, Christiane Guay. Merci tout spécial à ma super-héroïne Laurence Huot, de l'UQO, pour les milliers de fois où j'ai eu des questions sur les références ou Endnote. Merci à mon team de l'ICAR6, pour nos échanges si instructifs. *Special thanks to David Brodzinsky who helped me with my concept in English and encouraged me to keep going.* Merci à mes cousins, cousines de France qui ont voulu m'entendre parler du trauma de filiation.

Enfin, merci à toutes ces organisations qui m'ont soutenue financièrement durant mon projet, cette aide a été des plus précieuses : Département de travail social de l'UQO, l'Institut Universitaire Jeunes en difficulté, Fondation de l'Université du Québec, Fondation de l'Université du Québec en Outaouais, Fondation Desjardins.

Introduction

L'adoption a été longtemps idéalisée et soumise à une obligation de réussite, tant du côté des parents adoptifs, qui ne pouvaient qu'être de bons parents, que des intervenants, qui croyaient qu'elle était capable d'effacer les souffrances des enfants victimes du désengagement parental initial (Duboc, 2008, p. 112)

Qui d'entre nous ne connaît pas quelqu'un, de près ou de loin, qui a été adopté ? Qui n'a pas entendu de belles histoires de coup de foudre et d'amour inconditionnel dès le premier regard ? Mais qui n'a pas entendu aussi des histoires tristes où des enfants ont peiné à choisir d'adopter leur famille, où des parents ont eu du mal à se reconnaître dans un enfant pourtant tellement désiré ? Il est clair que ces deuxièmes histoires ne sont pas celles que l'on veut retenir quand on pense à l'adoption. L'extrait de Duboc nous rappelle dans quel esprit naviguent les parents qui décident d'adopter, et le rêve enfoui, tel un trésor, de « réussir » l'adoption de leur enfant. Il rappelle aussi comment le regard de la société, orienté vers la réussite, nourrit ce rêve. Rappelons-nous qu'aucune souffrance ne s'efface, mais qu'elle ne peut que devenir moins lourde quand quelqu'un accueille, avec empathie, la vulnérabilité qui nous fait tous humains. Le chemin de l'adoption est le croisement de deux routes qui n'ont pas le même point de départ, et qui n'aura pas nécessairement non plus le même point d'arrivée, même si c'est ce dont rêvent ceux qui s'y aventurent.

Les parents adoptifs ont souvent la naïve pensée que l'amour, les bons soins et un foyer stable permettront à tout enfant de se développer normalement (Suetterlein, 2007). Mais qu'arrive-t-il quand ils sont confrontés à un enfant ayant subi de multiples maltraitances dans sa famille d'origine entraînant un trauma complexe ; trauma qui se manifeste par différents symptômes tels que des difficultés en lien avec l'attachement, des difficultés comportementales et de régulation des affects ou une faible estime de soi (Cook et al., 2005) ? L'expression de ces symptômes a des impacts sur les parents adoptifs qui, en vivant quotidiennement avec lui, développent des symptômes semblables, manifestant un trauma secondaire (Cairns, 2008). D'où arrivent ces enfants, qu'ont-ils vécu ? Que traînent-ils dans leur baluchon ? Est-il important que les parents adoptifs soient le plus possible au

fait de ces réponses pour faciliter l'accomplissement de leur rôle ? Leur histoire connue et inconnue de trauma se jouera-t-elle dans leur nouvelle famille ? Comment leurs nouveaux parents feront-ils face à ces histoires troublantes ? Ces questions en toile de fond serviront de canevas à cette recherche.

Le présent mémoire s'inscrit dans la suite de notre propre expérience de parentalité adoptive Banque-mixte. En effet, nous avons adopté deux de nos quatre enfants. Elles sont arrivées toutes deux avant l'âge de 3 mois et sont aujourd'hui adolescentes. Devant les enjeux rencontrés avec elles et la difficulté, voire parfois l'incapacité à trouver des services adaptés, une question préliminaire nous habitait : comment assurer le développement d'enfants déjà fragilisés, sans se doter, socialement, d'un soutien permettant justement que ce développement se poursuive le plus sainement possible ? Cette étude se rallie donc entièrement au questionnement qui a mené à la mise sur pied de la Commission spéciale sur les droits des enfants et de la jeunesse, présidé par Madame Régine Laurent, à savoir le rôle et la responsabilité de la société face à tous ses enfants.

Ce mémoire de maîtrise s'intéresse donc à l'expérience des parents adoptifs Banque-mixte d'enfants présentant un trauma complexe, plus particulièrement à l'impact dans leur vie d'avoir accueilli un enfant portant un lourd bagage.

Le premier chapitre est dédié à la problématique, c'est-à-dire, qui sont les enfants qui sont confiés à l'adoption dans le cadre de la Banque-mixte, quelle est leur histoire et l'impact de celle-ci sur les parents qui les accueillent. Au deuxième chapitre, une recension est faite sur la préparation des parents adoptifs, sur l'expérience des parents adoptant un enfant à besoins particuliers, sur les besoins de soutien des parents et sur la croissance post-traumatique qu'ils peuvent vivre quand ils réussissent à donner un sens à leur expérience. Les chapitre trois et quatre présentent des cadres théorique et méthodologique utilisés. Enfin, les chapitres cinq, six et sept présentent respectivement les résultats de la recherche, la discussion et la conclusion quant aux recommandations utiles pour l'intervention clinique et aux pistes de recherche future.

Chapitre 1 : Problématique

Chaque jour, au Québec, de nombreux signalements de mauvais traitements envers les enfants sont faits à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) par la famille, l'école, le réseau familial, les voisins ou encore la police. Les motifs pour lesquels les signalements seront retenus sont les suivants : négligence ou risque de négligence, abandon, abus physique ou risque sérieux d'abus physique, mauvais traitements psychologiques et abus sexuel ou risque sérieux d'abus sexuel. Tous ces motifs sont des facteurs de risque de compromission de la sécurité et du développement pour ces enfants au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse du Québec (Institut national d'excellence en santé et services sociaux, 2016). Pour l'année 2018-2019, ce sont 105 644 signalements qui ont été faits. De ce nombre, 39,3% ont été retenus. Ainsi, 35 998 jeunes de 0-17 ans ont été pris en charge par la DPJ, principalement pour des motifs de négligence, de risque sérieux de négligence, ou de mauvais traitements psychologiques (Direction de la protection de la jeunesse, 2019).

La maltraitance peut engendrer des répercussions tout au long de la vie des victimes. Selon la défunte Association des centres jeunesse du Québec (2013), la négligence et la maltraitance vécues par les enfants laissent des marques durables qui auront un effet sur le développement de ceux-ci, à la fois sur l'estime de soi, la confiance et la capacité de se réaliser. « L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que la maltraitance dans l'enfance altère parfois, pour la vie, la santé physique et mentale de ceux qui en sont victimes » (Association des centres jeunesse du Québec, 2013, p. 14). Selon une recension des écrits réalisée par Côté et Le Blanc (2016), il ressort que, devenus adultes, les victimes de maltraitance risquent de vivre davantage en marge de la société et de dépendre des services. Dans *l'Adverse childhood experiences (ACE) study*, Felitti et al. (1998) ont trouvé une corrélation élevée entre la maltraitance subie dans l'enfance et les problèmes suivants à l'âge adulte : dépression, tentatives de suicide, alcoolisme, toxicomanie, promiscuité sexuelle, violence conjugale, usage du tabac, obésité, inactivité physique, et infections transmises sexuellement. Les risques sont aussi plus élevés de développer des problèmes cardiaques, un cancer, des accidents cérébrovasculaires, du diabète, des fractures diverses et des problèmes hépatiques. Cela occasionne une

augmentation des coûts sociaux si l'intervention dans leur parcours n'est pas faite le plus tôt possible.

Dans le cadre de ce mémoire, plutôt que de parler de maltraitance, le terme **trauma complexe** sera utilisé pour représenter ce que Felitti et al. (1998) nomment ACE (*adverse childhood experience*); c'est-à-dire toute expérience familiale traumatique vécue dans l'enfance, telle que l'abus physique, émotionnel, sexuel ou la négligence, ou liée à des dysfonctionnements familiaux tels que l'abus de substance, la maladie mentale, l'exposition à la violence familiale ou l'emprisonnement. Ces expériences sont chroniques et liées à une relation interpersonnelle significative (le plus souvent, le donneur de soins). Il faut tout de même souligner que tous les enfants victimes de maltraitance ne développent pas nécessairement un trauma complexe, mais ceux pour qui la maltraitance est chronique sont plus susceptibles de le développer (Côté & Le Blanc, 2016). Van der Kolk (2005) est le premier à utiliser le terme de trauma développemental pour désigner les différentes séquelles physiques et psychologiques vécues par l'enfant victime de trauma complexe. Mais pour éviter toute confusion, le terme trauma complexe sera utilisé pour représenter à la fois l'expérience de maltraitance ainsi que ses séquelles, comme le font les auteurs québécois voir Godbout et al. (2018).

Ces expériences de trauma complexe ont un impact sur le développement de l'enfant puisqu'elles se vivent à l'intérieur d'une relation où son parent échoue à le protéger (Côté & Le Blanc, 2016). Dans certains cas, cet échec de protection est si important que l'enfant doit être retiré de son milieu familial. Au 31 mars 2019, 38,7% des jeunes dont la situation est prise en charge par la DPJ vivent en ressource de type familial, c'est-à-dire dans une famille d'accueil (Direction de la protection de la jeunesse, 2019). Ces ressources accueillent des enfants en placement, habituellement de manière temporaire, dans le but de permettre un retour dans leur famille. Parmi les enfants retirés de leurs milieux, une faible proportion ne pourra retourner dans leur famille biologique. Pour ce petit nombre, le placement se fera soit dans une famille d'accueil jusqu'à majorité ou dans une famille d'accueil Banque mixte. Cette dernière accueille un enfant à haut risque d'abandon, dans le but éventuel de l'adopter (Ministère de la Santé et des Services sociaux,

2010). Goubau (1994) définit le haut risque d'abandon lorsque les parents ne peuvent répondre aux besoins de leur enfant, ne s'en occupent plus ou quand leurs difficultés sont si importantes qu'un retour dans la famille biologique n'est pas envisageable. En 2018-2019, ce sont 223 enfants québécois qui ont été adoptés au Québec par l'entremise de la protection de la jeunesse, c'est-à-dire en Banque-mixte (Direction de la protection de la jeunesse, 2019).

Les enfants placés en Banque-mixte proviennent de milieux familiaux où les parents cumulent de nombreuses problématiques : toxicomanie, alcoolisme, santé mentale, violence dans le couple ou envers les enfants de la famille, criminalité, pauvreté sociale, culturelle et économique (Chateaufort, 2015; Ouellette, Goubau, Saillant, Collard, & Leblanc, 2009). Les auteurs ajoutent que ces parents présentent aussi des enjeux d'incapacités parentales à prendre soin de l'enfant, de souffrance, d'instabilité, de négligence, de mauvais traitements qu'ils auraient eux-mêmes vécus. Chateaufort (2015) avance que « la concomitance de plusieurs problématiques rend la prise en charge de l'enfant par ses parents difficile à envisager » (p.144).

L'enfant victime de trauma complexe pourrait manifester certains des comportements suivants : des conduites impulsives, des troubles de comportement, des difficultés dans le fonctionnement social et affectif nuisant aux relations, une grande méfiance envers autrui ou une absence de frontières, un état d'alerte où l'enfant est agité ou tendu, un manque de concentration, un refus d'engagement dans des échanges mutuels, des problèmes d'alimentation et de sommeil (cauchemars) ou de phobies (Côté & Le Blanc, 2016). Un tel bagage porté par un enfant peut avoir des conséquences sur la famille qui l'accueille.

Il semble bon de rappeler que, selon Brodzinsky (2011), un objectif fondamental de l'adoption est de permettre à l'enfant de s'enraciner et grandir, se développer et devenir un adulte responsable et partie prenante de la société, grâce, entre autres, à son nouveau milieu familial. Pour ce faire, il est important de s'occuper des parents qui accueillent ces enfants différents pour éviter que les difficultés vécues par leurs enfants ne viennent aussi

les traumatiser et entraîner un échec d'adoption. « Plus le parent sera accueilli et entendu, plus il saura à son tour accueillir son enfant » (Marinopoulos, 2017, p. 160). Ces propos, adressés initialement aux parents biologiques, pourraient s'adresser tout autant aux parents adoptifs.

La littérature sur l'adoption tend à généraliser que les échecs sont plus difficiles à comptabiliser à cause de la confidentialité liée à l'adoption qui empêche les autorités d'obtenir ces données une fois que l'enfant est adopté, mais aussi parce que les méthodes utilisées pour faire le décompte ou les termes utilisés ne sont pas les mêmes partout. Par exemple, les termes anglophones de *disruption*, signifiant que l'enfant est déplacé de son foyer adoptif avant la finalisation de l'adoption et *dissolution*, qui signifie l'interruption et le déplacement après la finalisation de l'adoption, ajoutent à la complexité de comptabilisation des échecs d'adoption. Les définitions n'expliquent pas si les déplacements signifient l'abandon de l'enfant ou un placement temporaire ou permanent. Erickson (2013) lors d'une recension, arrive à un taux de 0 à 25% d'échec d'adoption aux États-Unis, toutes catégories d'adoption confondues. Pour le Québec, de telles données ne sont pas disponibles. Par contre, selon Poirier, Pagé, Carignan et Normandeau (2008), sur un échantillon de 49 jeunes adoptés en Banque-mixte à Montréal, 20% de ceux-ci ont été déplacés en famille d'accueil ou en centre de réadaptation après leur adoption. Selon la recension de Coakley et Berrick (2007) portant sur les échecs d'adoption, il ressort que sur des échantillons d'enfants adoptés aux États-Unis, plus l'enfant est placé jeune dans sa famille adoptive, moins le taux d'échec est grand. Ces données laissent présager que le taux d'interruptions d'adoption des enfants placés en Banque-mixte au Québec pourrait être peu élevé étant donné que, d'après Pagé et Hélie (2016), la majorité des enfants (55%) sont placés avant l'âge d'un an. Par contre, Coakley et Berrick (2007) rapportent un taux significativement plus grand d'échec d'adoption dans le cas des enfants à besoins particuliers, tels que les enfants ayant vécu de la maltraitance. Ces données permettent de constater que l'adoption d'un enfant à besoins particuliers peut représenter un poids important pour les parents qui doivent s'en occuper au quotidien.

Les recherches de Figley ont permis de mettre en évidence le fait que de prendre soin d'une personne traumatisée pouvait épuiser émotionnellement, et qu'à cause de la proximité affective avec la victime, les membres de la famille pouvaient devenir aussi des « victimes ». C'est ce qu'il a appelé le **trauma secondaire** (Figley, 1995). Le trauma secondaire est aujourd'hui plus souvent associé, dans la littérature, au rôle des intervenants. Il est aussi entendu que les proches aidants peuvent vivre de la fatigue de compassion. Mais les parents adoptifs, qui s'engagent à s'occuper d'un enfant présentant des difficultés sont-ils considérés dans les études portant sur le trauma secondaire ? Est-ce que la société reconnaît et offre du soutien quand ils ont un trauma secondaire ou s'attend-on à ce qu'ils sachent toujours quoi faire parce qu'ils ont choisi d'adopter ? Les termes trauma vicariant ou fatigue de compassion sont souvent utilisés, dans la littérature, pour référer à la souffrance ressentie par une personne intervenant auprès d'une victime d'un traumatisme. Nous y reviendrons. Chacun de ces termes comporte des nuances bien à lui. À la lumière des textes recensés, le terme trauma secondaire sera utilisé pour référer au sujet à l'étude. Pour Cairns (2008), les personnes traumatisées vivent physiologiquement de la terreur et les personnes qui leur sont empathiques ressentent aussi une part de cette terreur dans leur propre corps. En conséquence, selon elle, plus le lien est rapproché entre la personne traumatisée et la personne empathique, plus la réponse physiologique chez la personne empathique pourra la surprendre ou la déstabiliser. Figley (1995) parle d'une réponse physiologique mais parle aussi d'une réponse psychologique liée à cette proximité affective avec l'enfant.

La parentalité Banque-mixte comporte des défis importants, par exemple, vivre avec l'incertitude que l'enfant retourne dans sa famille biologique (Goubau & Ouellette, 2006; Pagé, Poirier, & Châteauneuf, 2019). Ils doivent aussi accepter que celle-ci demeure présente dans la vie de leur enfant (avec les contacts supervisés suivant différentes fréquences), tant que le juge n'ordonnera pas l'arrêt des contacts et l'admissibilité de l'enfant à l'adoption. Ils doivent aussi développer un sentiment de filiation avec l'enfant sans avoir l'autorité parentale (Pagé & Poirier, 2015).

Dès lors, les questions suivantes prennent tout leur sens : quels seront les impacts du trauma complexe exprimés par les enfants sur leurs parents adoptifs? Qu'est ce qui rend des parents ayant adopté par le programme Banque-mixte à risque de développer un trauma secondaire ? Ce trauma secondaire risque-t-il de faire éclater la famille ou de mettre fin à l'adoption ? Répondre à ces questions est important pour l'avancement des connaissances sur l'adoption d'un enfant en contexte de protection de la jeunesse, car l'expérience subjective des parents qui adoptent de cette manière demeure peu documentée à ce jour. Mieux comprendre le vécu et les besoins de ces parents adoptifs est essentiel pour permettre de développer de la formation ainsi que des services de soutien et d'accompagnement mieux adaptés à leur réalité, particulièrement dans le contexte québécois actuel où l'offre de services en post-adoption est lacunaire. Ultimement, une meilleure compréhension de la réalité des parents adoptifs en contexte de protection de la jeunesse peut contribuer à réduire le risque d'échec d'adoption pour ces enfants. Avant de poursuivre, il est nécessaire de consulter les écrits scientifiques pour voir s'il existe des éléments de réponse à ces différentes questions.

Chapitre 2 : L'état des connaissances sur l'expérience des parents adoptifs Banque-mixte

Les enfants qui sont orientés en Banque-mixte ont en commun une histoire connue ou inconnue de trauma, pouvant engendrer différentes séquelles qui auront un impact sur les parents qui les accueillent. Ces enfants peuvent avoir de grands défis, liés à leurs traumatismes complexes, faisant en sorte qu'ils sont considérés comme des enfants à besoins particuliers (Pagé, 2012). Reilly et Platz (2003) définissent les enfants à besoins particuliers de la manière suivante : ils peuvent être adoptés à un âge avancé, provenir de minorités ethniques, être adoptés avec des membres de leur fratrie ou à cause de différentes problématiques affectives, comportementales, développementales ou médicales particulières qu'ils vivent. Dans le présent chapitre de recension des écrits, il sera donc question de la préparation que reçoivent les parents adoptifs d'enfants à besoins particuliers, afin de comprendre si la préparation des parents joue un rôle dans l'apparition du trauma secondaire. Dans un deuxième temps seront abordés les comportements difficiles que l'enfant manifeste et qui ne sont pas sans effet sur le parent adoptif. En l'absence de recherches empiriques sur l'expérience des parents adoptifs dont l'enfant présente un trauma complexe, il en sera question plus précisément via des recherches sur l'expérience des parents qui ont un enfant présentant un trouble réactionnel de l'attachement et sur l'expérience de parents de familles d'accueil d'enfants traumatisés. Ensuite, les motifs de consultation des parents adoptifs, leurs besoins de recevoir du soutien et de la formation pour prévenir l'apparition du trauma secondaire seront présentés. Enfin, la croissance post-traumatique vécue par certains parents qui s'en sortent grandis par cette expérience permettra de clore ce chapitre.

2.1 Préparation à accueillir un enfant à besoins particuliers

Dans une étude américaine de Bramlett, Radel et Blumber (2007), portant sur 2303 enfants adoptés et de 95 827 enfants biologiques, il ressort que les enfants adoptés sont plus susceptibles que les enfants biologiques d'avoir des difficultés d'apprentissage, un retard de développement et d'autres problèmes de santé mentale ; de manifester des problèmes comportementaux, développementaux ou émotionnels. Selon ces auteurs, 24,3% des enfants adoptés (3-17 ans) ont des problèmes modérés à sévères avec les

émotions, la concentration, les comportements et les relations, comparé à 8,5% des enfants biologiques du même âge. Ces statistiques démontrent bien que les enfants en Banque-mixte pourraient être plus susceptibles de présenter des troubles de santé mentale ou de comportement que les enfants biologiques, à cause de leur histoire. Voilà pourquoi il importe de s'intéresser à la préparation que reçoivent les parents adoptifs d'enfants à besoins particuliers.

Selon la recension de Lindstrom, Voynow et Boyer (2013) sur la préparation des parents adoptifs d'enfants à besoins particuliers, tout parent adoptif doit avoir examiné son aptitude à s'engager envers l'enfant à venir et sa capacité à accepter les changements que sa venue entraînera. Ainsi, si l'enfant présente des difficultés plus grandes à cause de son passé de trauma complexe, le parent devra être encore plus prêt à s'engager. En effet, cette parentalité nécessitera plus de ressources, de temps et de patience, qu'un enfant en général, et un plus grand niveau d'acceptation des limites de l'enfant ou de ses problématiques. Selon Van der Kolk (2005), il est important que les nouveaux donneurs de soin (parents d'adoption) comprennent que les comportements antisociaux ou d'opposition, de rébellion, de non-motivation de l'enfant, peuvent être des réactions de survie pour tenter d'amoinrir la menace ressentie ou pour autoréguler leur détresse émotionnelle. Ils insistent sur le fait que les parents adoptifs doivent bien saisir cette réalité pour mieux soutenir l'enfant qu'ils accueillent et lui être empathiques, se rappelant que l'enfant a peu de contrôle sur les réactions qu'il peut avoir, puisque son cerveau a été modifié et qu'il n'est pas outillé pour faire face à la réalité quotidienne. D'après Lindstrom et al. (2013), le terme préparation réfère à deux idées dans les écrits scientifiques : la formation reçue d'une organisation durant le processus de l'adoption et le niveau de préparation personnelle du parent par rapport à la réalité du quotidien avec l'enfant adopté. Pour Molinari et Freeborn (2006) les parents recherchent des connaissances sur les thèmes suivants : les problèmes liés à l'adoption, les diagnostics de santé, les ressources, les interventions à privilégier, la parentalité. Ils avancent que le manque de connaissances peut entraîner des difficultés à long terme qui pourraient être traitées beaucoup plus tôt. D'après Cook et al. (2005), les atteintes biologiques peuvent s'améliorer face à un stress pour lequel le donneur de soins

offre un soutien sécurisant. Ces auteurs démontrent l'importance de la formation préadoptive pour être le mieux préparé possible et offrir le meilleur soutien à l'enfant.

Généralement, les différents auteurs recensés par Lindstrom et al. (2013) s'accordent pour dire que plus les parents sont informés sur la réalité de l'enfant qu'ils adoptent, mieux ils se préparent et plus ils se sentent compétents. Follan et Mcnamara (2014) ajoutent qu'il est important d'établir des services de façon proactive, sans attendre que les parents viennent chercher de l'aide, permettant ainsi à ceux-ci de ne pas expérimenter le sentiment qu'ils sont inadéquats. Pour ce faire, ils proposent une approche interdisciplinaire de prévention et de soutien à l'adoption qui comprendrait un plan de soins, du mentorat, un soutien éducatif, une gestion de cas pour les questions complexes et des conseils avant l'adoption. Selon Lindstrom et al. (2013), il ressort que des connaissances préalables sur les besoins particuliers des enfants pourraient être un facteur immunisant contre le stress inhérent aux multiples soins, ressources, temps et énergies requis par l'enfant. Sachant que le stress est présent dans les symptômes du trauma secondaire, ces formations pourraient contribuer à diminuer les risques de son apparition ou son intensité. La formation préadoptive devrait aussi contenir un point très important : l'importance de renforcer leur réseau informel avant l'arrivée de l'enfant, de sorte que les parents ne se retrouvent pas seuls face à leurs difficultés (Molinari & Freeborn, 2006). Pour Cairns (2008), si le réseau informel de l'enfant traumatisé a reçu une formation, ses membres pourront ainsi garder les yeux ouverts sur les symptômes pouvant apparaître chez les donneurs de soins, et offrir du soutien, du répit aux parents, pour s'assurer du maintien de leur bonne santé mentale. Malgré tout, les parents ne peuvent anticiper complètement ce qu'il adviendra de leur enfant, des difficultés pouvant survenir durant son parcours développemental. Selon Lindstrom et al. (2013), les parents peuvent aussi avoir des rêves irréalistes face au développement de leur enfant. Ils peuvent vivre un deuil face à cet enfant idéalisé.

À l'inverse, pour Cairns (2008), rien dans la formation ni dans leur histoire personnelle ne peut préparer les parents à la réalité quotidienne avec un enfant traumatisé. Encore moins leur laisser savoir comment eux-mêmes réagiront ou se sentiront face à cette

réalité quotidienne. Il est donc important qu'ils connaissent ce qu'est le trauma secondaire pour mieux saisir ce qui peut les affecter, eux, ainsi que leur famille. La formation sur le trauma secondaire permet aux donneurs de soins de reconnaître leurs propres réponses au stress, de façon à être vigilants face à l'apparition de changements chez eux ou chez leurs partenaires. Ils apprennent à développer leur répertoire de réponses au stress et les outils pour que ce stress ne prenne pas toute la place. Cela peut être de pratiquer du sport, faire de la méditation ou chanter par exemple. Connaissant les impacts du stress et du trauma secondaire, ils seront à même d'aller chercher l'aide pour éviter de le développer. Les familles adoptives devraient avoir accès à de telles formations pour prévenir que la réponse au stress ne devienne un trauma secondaire (Cairns, 2008). En conclusion, être formé au préalable sur tous ces enjeux pourrait apporter des bienfaits pour diminuer le stress parental, un élément central du trauma secondaire, en protégeant contre celui-ci ou en limitant ses effets.

2.2 Impacts du vécu traumatique de l'enfant adopté sur son parent

D'après Goubier-Boula (2005), l'enfant adopté peut exprimer plusieurs comportements antagonistes (anxiété, tristesse, *acting out*, colère, confusion) liés à la relation d'attachement avec ses parents d'origine. À cause de cette première expérience d'attachement difficile, il aura, envers ses nouveaux parents, des réactions émotives qui ne leur sont pas destinées. Il peut chercher à se protéger d'un éventuel abandon en manifestant une position d'observateur externe, en gardant une distance envers ses nouveaux parents, sans s'investir dans la relation. Il peut chercher à créer des liens (même fusionnels) avec des inconnus, sans discrimination. Mais pour Goubier-Boula (2005), les parents adoptifs accueillent généralement bien ces comportements défensifs, même si certains en sont blessés ou s'en inquiètent. C'est au travers de cette roue émotive que se développera le lien d'attachement. L'auteure relate avoir reçu souvent des témoignages de parents racontant, beaucoup plus tard, combien le processus a été ardu pour développer le sentiment d'être une famille.

Une étude effectuée par Ottaway et Selwyn (2016), dont l'objectif était spécifiquement de connaître la satisfaction de compassion et la fatigue de compassion¹ des familles d'accueil œuvrant auprès d'enfants traumatisés et de faire ressortir des éléments de prévention, a été recensée. Elle a été réalisée en deux temps. Une première partie quantitative où les 546 parents d'accueil ont complété deux outils standardisés: la grille *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) et la *Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale* (WEMWBS). Dans un deuxième temps, les chercheuses ont réalisé quatre groupes de discussion d'environ 5-6 participants (n=23) pour approfondir certaines questions. Nous devons d'emblée noter quelques limitations aux résultats de l'enquête. En effet, l'outil le ProQol réfère uniquement aux 30 jours précédant la complétion du questionnaire. Il peut ainsi passer sous silence des expériences pertinentes qui ont été importantes dans les derniers mois voire années et qui influencent l'expérience actuelle des parents. Il a l'avantage d'être court à remplir mais ne remplace pas un réel diagnostic d'épuisement, par contre, car c'est uniquement un outil de détection du niveau de satisfaction ou de fatigue de compassion. De nature quantitative, il ne permet pas d'évaluer en profondeur l'expérience des partenaires d'un couple ou de la famille puisqu'il est habituellement utilisé auprès des professionnels, donc dans le cadre de leur travail. Selon Ottaway et Selwyn (2016), les résultats de leur recherche qualitative basée sur les *focus groups* sont différents des résultats du sondage, principalement parce que l'outil, le ProQOL, s'adresse à des intervenants ne partageant pas le quotidien de l'enfant traumatisé. Pour les auteurs, la fatigue de compassion vécue par les parents d'accueil est différente et unique comparativement à ce que peuvent vivre les différents professionnels travaillant auprès de personnes traumatisées. En effet, le fait que l'enfant vit avec eux (dans leur environnement familial, auprès des membres de leurs familles, dans leur intimité) rend leur réalité différente de celle des intervenants pour qui existe une séparation entre milieu de travail et milieu de vie, entre milieu de travail et membres de la famille (Ottaway & Selwyn, 2016). Pour les auteures, l'outil permet d'évaluer si les parents d'accueil sont satisfaits dans l'exercice de leur rôle. Selon Cairns (2008), c'est un rôle de réadaptation parentale

¹ Ces concepts seront définis dans la section portant sur le trauma secondaire. La grille de ProQOL mesure à la fois la satisfaction de compassion et la fatigue de compassion qui comprend à la fois l'épuisement et le trauma secondaire.

thérapeutique que les familles d'accueil reconnaissent comme une tâche de niveau professionnel. Pour nous par contre, l'outil n'apparaît pas approprié pour la réalité des parents adoptifs Banque-mixte, étant donné le fait, déjà rapporté, qu'ils ne se reconnaissent pas comme famille d'accueil ni ne se positionnent pas comme des « thérapeutes » pour l'enfant mais bien comme leurs parents (Pagé & Poirier, 2015). Globalement, le sondage d'Ottaway et Selwyn (2016) a permis de démontrer que les parents d'accueil présentent des symptômes de trauma secondaire à des taux similaires aux autres types de professionnels de soins tels que les infirmières, travailleurs sociaux ou pompiers. Par ailleurs, ils ont des taux plus élevés de symptômes de burnout et plus bas de satisfaction dans leur travail. Plus d'un parent sur quatre ont de faibles niveaux de bien-être suggérant qu'un traitement pour la dépression ou l'anxiété pourrait leur être profitable.

Dans une étude de Suetterlein (2007), portant sur l'expérience de parents ayant adopté un enfant présentant un trouble réactionnel de l'attachement, dix parents adoptifs américains mentionnent les comportements de leurs enfants les plus difficiles à gérer : stockage de nourriture, vols, mensonges, comportements autodestructeurs, pyromanie, agressions verbales ou physiques envers les animaux, les pairs ou les adultes, cris incessants. Suetterlein (2007) mentionne que les parents adoptifs de son étude sentent que leurs compétences parentales sont remises en cause parce que les interventions habituellement utilisées, telles que les retraits (*time-out*) ou des pertes de privilèges face à des comportements inappropriés, par exemple, ne sont pas efficaces avec ces enfants. L'auteur ajoute que les coûts financiers liés aux différents besoins de l'enfant augmentent le stress parental. Par exemple, les parents adoptifs souhaiteraient obtenir du soutien pour eux-mêmes, mais disent ne pas avoir assez d'argent pour pouvoir se l'offrir après avoir payé pour les soins de l'enfant. À l'instar de Suetterlein (2007), Follan et Mcnamara (2014), Ottaway et Selwyn (2016) et Vasquez et Stensland (2016) affirment que les parents se sentent épuisés, expriment le sentiment de porter un fardeau continu, ont l'impression de vivre une perte de contrôle personnelle et ont peu d'énergie à mettre dans leur couple et auprès des autres enfants de la famille (lorsqu'il y en a). Les effets sur le couple sont vécus différemment dans l'étude sur les parents d'accueil d'Ottaway et Selwyn (2016). Pour ceux-ci, grâce à ce rôle, ils ont le plaisir de travailler ensemble, en équipe et de se sentir

plus proches. Par contre, à cause du manque de répit, plusieurs parents ont souligné qu'il leur arrive de faire passer en dernier leur vie de couple, leur intimité et cela leur donne l'impression d'être des collègues de travail plutôt que des amoureux. L'impact est aussi présent sur la vie familiale, particulièrement si un enfant d'accueil agresse un autre enfant de la famille. Les parents d'accueil se sentent souvent incapables d'offrir une qualité de présence à leurs enfants biologiques. Le stress sur les familles d'accueil peut entraîner un échec du placement, car la survie du couple peut être en danger et les enfants biologiques peuvent se sentir aliénés (Ottaway & Selwyn, 2016).

L'étude américaine de Vasquez et Stensland (2016), porte sur l'adaptation des familles face à l'introduction dans celle-ci, d'un enfant adopté ayant un trouble réactionnel de l'attachement. Cinq familles adoptives compilant 28 participants, où les parents, l'enfant adopté (ayant un trouble réactionnel de l'attachement) et sa fratrie, ont été interviewés. Les 10 parents rencontrés rapportent subir des effets importants sur leur santé, liés aux difficultés vécues avec l'enfant : une mère raconte avoir des problèmes de mémoire à cause du stress constant qui l'assaille. Une autre parle de problèmes de santé mentale, de dépression passée qui remonte à la surface et d'une difficulté à se donner le droit d'être heureuse si son enfant ne l'est pas. Ces expériences sont aussi partagées par les parents d'accueil présentés par Ottaway et Selwyn (2016). Dans l'étude de Follan et Mcnamara (2014) portant sur l'expérience des parents adoptifs d'un enfant ayant un trouble réactionnel de l'attachement, huit parents adoptifs du Royaume-Uni déclarent manquer de connaissances sur le trouble réactionnel de l'attachement lui-même, s'être senti non préparés à cette réalité. Ils sont surpris du fait que l'enfant teste constamment le lien entre eux, qu'il ait des demandes incessantes et de la difficulté à créer une relation. Pour eux, la relation parent-enfant est un lien fragile soumis à un déséquilibre continu. Leurs espoirs d'une belle famille unie sont déçus. Ils sont envahis par des émotions inattendues (telles que colère inconnue jusqu'alors, sentiment de culpabilité, vulnérabilité intense et fragilité) (Follan & Mcnamara, 2014). Cairns (2008) ajoute que les parents adoptifs, face au fort niveau d'exposition au trauma de l'enfant, peuvent devenir plus instables sur le plan émotionnel. Leurs réactions au stress peuvent être différentes selon qu'ils ont tendance à la fuite, à l'agressivité ou à la dissociation. S'ils sont plus de nature dissociative, ils

deviennent plus froids et repliés sur eux-mêmes. Les habitudes de sommeil peuvent se modifier, l'appétit et les habitudes de consommation peuvent changer ; les gens peuvent avoir envie de nourriture ou de boissons qui stimulent, apaisent ou produisent une réaction de plaisir, et la consommation de tabac ou l'alcool peut augmenter.

Dans deux études portant sur l'expérience des parents adoptifs, ces derniers disent vivre un stress continu et un sentiment d'isolement à cause des comportements inadéquats de leur enfant (Follan & Mcnamara, 2014; Vasquez & Stensland, 2016). La bataille constante à la maison avec l'enfant en raison de ses comportements difficiles est déjà suffisamment épuisante. Lors des sorties, le fait d'avoir l'impression de devoir se justifier devant un public prompt à la critique et tenter de gérer les comportements de l'enfant en même temps, sont des stress suffisants pour qu'ils choisissent de rester chez eux, où l'environnement est sécurisant pour l'enfant et les crises plus facilement contrôlables. Ils évitent les rencontres sociales car, même avec ses pairs, l'enfant n'est pas un bon compagnon de jeu. Les parents ajoutent que les sorties engendrent leur lot d'émotions difficiles à gérer pour l'enfant et créent une occasion supplémentaire à ses débordements émotifs. Elles sont toujours suivies de crises disent-ils. Lors des *focus groups* d'Ottaway et Selwyn (2016), plusieurs parents d'accueil ont exprimé qu'être parent de ces enfants s'est fait au détriment des relations d'amitié qu'ils avaient avant, entraînant un isolement encore plus grand. Même le soutien familial ressort comme peu présent, la famille ne comprenant pas que l'enfant a des besoins différents de ceux qu'ils ont connus chez leurs propres enfants.

Selon Cairns (2008), les personnes de nature plus dissociative deviennent incapables d'entrer dans l'espace émotionnel de l'enfant, devenant plus rigides et plus punitives à l'égard de cet enfant qu'elles ne le sont dans d'autres circonstances. Lors des *focus groups* d'Ottaway et Selwyn (2016), les thèmes suivants sont ressortis : les parents d'accueil ont une plus grande difficulté à réguler leurs propres émotions quand ils vivent de la fatigue de compassion et se sentent moins capables d'avoir une sensibilité parentale ; ils reconnaissent qu'en l'absence de soutien, leur expérience de fatigue de compassion peut entraîner une difficulté à aimer l'enfant, dont découle la culpabilité d'avoir un tel

sentiment pour un enfant. Il est apparu aussi que la satisfaction de compassion permet de diminuer certains aspects de la fatigue de compassion car le parent d'accueil ressent de la satisfaction à être engagé, à aimer cet enfant et à observer les moindres progrès chez celui-ci. Ainsi, l'engagement et l'amour ressenti pour l'enfant semblent être les éléments les plus forts pour diminuer la fatigue de compassion et agissent comme un puissant motivateur à poursuivre malgré les difficultés.

Follan et Mcnamara (2014) ont trouvé intéressant d'entendre les parents parler d'émotions et de pensées semblables à celles de l'enfant lui-même : peur, colère, perte de contrôle, insécurité, tristesse. Ce constat est fort pertinent dans le cadre de la présente recherche, puisque le fait de ressentir les mêmes émotions que la personne traumatisée fait partie des symptômes du trauma secondaire (Figley, 1995).

2.3 Besoins de soutien des parents

Bien que, comme Lindstrom et al. (2013) le soulignent, la fatigue liée aux multiples rendez-vous et l'hypervigilance soient présentes chez toutes les familles d'enfants à besoins particuliers, les propos de Molinari et Freeborn (2006) à l'effet que la fatigue psychologique est plus élevée pour les parents d'enfants ayant des troubles du comportement ou des troubles de santé mentale apportent un éclairage différent sur la charge affective beaucoup plus lourde pour ces parents. Pour nous, à la lumière de cette recension, deux questions demeurent : étant tellement tournés vers les grands besoins de leur enfant avec un trauma complexe, les parents ressentent-ils leur propre souffrance ? Peuvent-ils la différencier de celle de leur enfant ?

Molinari et Freeborn (2006) ont souhaité connaître les raisons qui motivaient les parents adoptifs à aller chercher de l'aide (ou non) pour les différents besoins de leurs familles. Leurs constats sont les suivants :

- c'est la souffrance qui motivera les parents à aller chercher de l'aide, quand leurs propres ressources (connaissances, compétences en intervention) ne satisferont plus aux situations présentées;

- s'ils se sentent compétents et avec assez de connaissances (sur l'adoption et les stratégies d'interventions), ils n'iront pas chercher de l'aide;
- quand ils sont face à un besoin d'obtenir de l'aide, les parents préfèrent aller en premier lieu vers leur réseau informel, la famille élargie, les amis (ceux qui ont un faible réseau sont aussi ceux qui sont le plus insatisfaits du soutien social en général).
- si ce réseau ne répond pas, ils iront vers l'aide professionnelle.

Selon les auteurs consultés par Molinari et Freeborn (2006), les parents sollicitent de l'aide auprès de différents dispensateurs de soins de santé, que ce soit pour des problèmes physiques, mentaux ou comportementaux de leurs enfants. Les auteurs ne spécifient pas si les parents consultent pour eux-mêmes ou seulement pour leur enfant, mais affirment que la douleur émotive serait une motivation pour chercher de l'aide, ce qui tend à nous laisser penser qu'ils sont conscients d'une souffrance en eux-mêmes. Certains parents adoptifs hésitent à demander de l'aide, souvent parce qu'ils ne trouvent pas de professionnels comprenant bien leur réalité de parents adoptifs et répondant avec doigté à leurs besoins (Duboc, 2008; Molinari & Freeborn, 2006). Dans leur recension, Chateauneuf et Lessard (2015) rapportent que les parents Banque-mixte peuvent hésiter à demander de l'aide pour ne pas nuire à leur projet d'adoption et pour éviter de se sentir jugés.

Voici les résultats d'une recherche de théorisation enracinée de Molinari et Freeborn (2006), dont l'objectif était de connaître les besoins de soutien des parents d'enfants adoptés à un âge avancé, augmentant, par le fait même, les probabilités d'avoir vécu des expériences de traumas. À partir d'un échantillon de vingt familles (3 familles monoparentales, 17 familles biparentales, parents âgés entre 25 et 59 ans, ayant adopté 1 à 17 enfants âgés de moins d'un an jusqu'à 24 ans), il ressort que le soutien insuffisant pour les familles adoptives pourrait produire différents résultats : un trauma secondaire chez le parent, l'abus des enfants, le divorce ou l'échec de l'adoption. Les familles d'enfants adoptés ayant des problématiques comportementales et neurologiques révèlent trouver moins d'aide pour leurs difficultés et moins de soutien de la société en général que celles ayant adopté un enfant avec un unique handicap. Elles ont un niveau de stress supérieur

aux autres familles ne vivant pas cette réalité ou ayant un enfant uniquement avec une problématique physiologique. Ces données sont corroborées par les parents de deux études (Follan & Mcnamara, 2014; Vasquez & Stensland, 2016) qui disent avoir eu du mal à trouver conseils et informations dans les services publics anglais et américains. Ils disent même avoir eu besoin de se battre pour obtenir lesdits services. Ils se sentaient incompris et jugés comme s'ils avaient échoué dans leur rôle parental. Le manque de connaissance des intervenants à propos du trouble réactionnel de l'attachement a augmenté leur difficulté à trouver du soutien.

Dans l'étude d'Ottaway et Selwyn (2016), le soutien désiré par les familles d'accueil en est un d'écoute active plutôt que de recherche de solution. Pour les participants, il importe de partager leurs émotions difficiles sans peur du jugement des autres. Le soutien le plus valable pour eux est celui offert par les pairs, c'est-à-dire les autres parents d'accueil, car ils disent que les travailleurs sociaux ne semblent pas capables d'entendre leur vécu quotidien sans les juger. Un système de parrainage serait utile selon eux. D'après Cairns (2008) le réseau formel (référant aux groupes de pairs, de mentors, de lignes d'écoute téléphonique) devrait avoir au moins un professionnel connaissant bien les mécanismes du trauma et la réalité de l'adoption pour pouvoir offrir l'encadrement nécessaire à l'expression des émotions. Elle ajoute que l'accessibilité à différentes interventions thérapeutiques comme la thérapie cognitive, la thérapie de couple ou familiale, par exemple, est une clé pour s'assurer de la santé et du bien-être des donneurs de soins. Cardona (2007) soutient que dans le processus d'adoption, les capacités parentales des parents adoptifs sont remises en cause, alors qu'elles doivent être soutenues. Ainsi, la possibilité de parler à d'autres parents vivant la même réalité peut diminuer le sentiment de culpabilité qui est contre-productif et permettre de trouver ensemble du soutien, des solutions, un exutoire et briser l'isolement. L'auteur croit qu'il est très important d'offrir aux familles adoptives un accompagnement au fil du processus d'adoption et même au-delà, pour prévenir les échecs d'adoptions possibles. Ottaway et Selwyn (2016), rapportent que pour la question du répit, les familles ont déploré que les ressources disponibles ne soient pas offertes par des gens que l'enfant connaît, pour offrir la sécurité affective nécessaire. Le fait que les ressources de répit ne soient pas spécialisées

afin d'intervenir judicieusement avec des enfants traumatisés est aussi un manque que les familles d'accueil ont reconnu.

Pour Cairns (2008), les familles adoptives utilisent les ressources de façon inégale et quand l'adoption est finalisée, aucune structure ne peut les forcer à les utiliser. Sachant que les gens qui vivent un trauma secondaire ont tendance à rester en retrait des services, cela renforce l'idée de la nécessité d'offrir la formation avant l'adoption. Le fait de suivre une formation avant l'adoption permettrait aux parents de développer leurs compétences, de se familiariser avec les ressources existantes, ce qui faciliterait leur usage ultérieur. C'est un enjeu important pour la prévention du trauma secondaire. Selon Klinik Community Health Centre et al. (2013), les organisations qui sont responsables de leurs employés, le sont quand elles assurent leur bien-être en favorisant un milieu de travail sensible aux traumatismes et en mettant en place des mécanismes de *débriefing* sur le stress vécu par leurs employés. Ainsi, par ces mécanismes qui prennent en compte une réalité importante du vécu des travailleurs, ces organisations favorisent la récupération et le mieux-être, autant du thérapeute que des personnes recevant le service. Au Québec, comme le Directeur de la protection de la jeunesse intervient dans des situations où la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, son mandat se termine dès que l'adoption est finalisée. Or, selon Molinari et Freeborn (2006), les parents adoptifs se sentent trop souvent laissés à eux-mêmes. Les différentes études précitées démontrent l'importance de mettre sur pied un service post-adoption et d'encourager les parents à y recourir d'emblée et non uniquement quand les difficultés apparaissent. Ces services pourraient mettre en place des pratiques axées sur le trauma. Une telle approche préventive serait facilitante et éviterait l'aggravation de situations menant au trauma secondaire.

2.4 Croissance post-traumatique

Face au trauma complexe de l'enfant, tous les parents ne vivront pas la même expérience. Certains ont une grande capacité de résilience et développeront ce que Tedeschi et Calhoun (2004, cités dans Lindstrom et al., 2013) appellent la « croissance post-traumatique ». Elle réfère aux changements positifs qu'expérimentent les personnes dans leur lutte avec le trauma. La croissance post-traumatique inclut des relations

interpersonnelles améliorées, de nouvelles possibilités de vie, une meilleure appréciation de la vie, une réévaluation de leurs objectifs de vie, un sentiment de force intérieure et de développement spirituel. Lindstrom et al. (2013) ajoutent que cela peut aussi être un enrichissement de leur vision du monde, un changement de philosophie et de considération envers ses propres défis et ceux des autres. Ou encore, ce peut être une amélioration de la dynamique familiale grâce à l'appréciation de l'apport de l'enfant au reste de la famille, par son humour, sa sagesse, sa capacité à faire avancer l'autre vers l'essentiel. Les parents adoptifs qui développent des stratégies perçues comme satisfaisantes pour s'adapter aux difficultés vécues en raison des besoins particuliers de l'enfant peuvent développer cette croissance post-traumatique (Lindstrom et al., 2013). Comment les parents vivant un trauma secondaire atteignent-ils un tel niveau de résilience?

2.5 Question de recherche

À la lumière de cette recension, plusieurs questions ont surgi ou sont restées sans réponse et ont orienté la présente recherche. Il a été démontré combien les enfants qui sont orientés vers la Banque-mixte peuvent avoir vécu un trauma complexe qui a une incidence sur tout leur développement et entraîner de grands défis dans leur fonctionnement quotidien : difficultés à créer un lien d'attachement sécurisé avec leurs nouveaux parents, difficultés à réguler leurs émotions et comportements, à développer leurs fonctions exécutives, entre autres. Plusieurs études portant sur l'expérience de parents ayant adopté des enfants à besoins particuliers ont mis en lumière différents impacts sur leur vie, par exemple : des impacts sur le temps, les finances, la vie de couple, familiale ou sociale ; des problèmes de santé physique, mentale et affective. Tel que le montre la recension des écrits, si la répétition d'événements traumatisants entraîne des séquelles pour l'enfant, il peut être cohérent de penser que le parent Banque-mixte exposé quotidiennement à différents défis et expériences parentales très difficiles, peut, lui aussi, développer un trauma qu'on dira secondaire. Ainsi, devant tous ces enjeux, la question de la présente recherche sera : quelle est l'expérience des parents adoptifs Banque-mixte présentant des symptômes de trauma secondaire à la suite de l'adoption d'un enfant présentant un trauma complexe ?

Chapitre 3 : Le cadre conceptuel

Selon Fortin et Gagnon (2016), le cadre conceptuel est « une brève explication fondée sur l'agencement logique d'un ensemble de concepts et de sous-concepts liés entre eux et réunis en raison de leur affinité avec le problème de recherche » (p.109). Dans ce chapitre, nous présenterons deux concepts intimement liés dans le cadre de la présente étude. En effet, bien qu'elle cherche à comprendre l'expérience du **parent** ayant adopté un enfant présentant un trauma complexe, il nous semble impossible de parler de l'expérience du parent sans bien camper au départ qui est cet enfant traumatisé. Ce concept est essentiel dans la mesure où il réfère à l'expérience de trauma vécue par les enfants adoptés dans le cadre de la Banque-mixte et aux séquelles qui en découlent sur leur développement. Commencer par ce concept permet d'illustrer l'intensité de l'expérience quotidienne vécue par les parents qui les accompagnent. C'est à partir de cette première expérience traumatique de l'enfant que se greffe, à notre avis, le second concept : le trauma secondaire. Celui-ci réfère à l'expérience vécue par les parents adoptifs Banque-mixte adoptant un enfant traumatisé et dont les séquelles de ces traumatismes affecteront leur santé physique, mentale et affective. Il est le cœur de la présente étude et peut difficilement être présent chez le parent en absence d'une situation difficile, soit, celle vécue avec l'enfant traumatisé.

3.1 Trauma complexe

L'enfant adopté ayant vécu un trauma complexe porte en lui des expériences traumatisantes qui s'expriment à la fois par ses comportements difficiles et ses difficultés relationnelles. Hopchet, Kholti et Vanhelleputte (2017) présentent des appellations possibles pour ces séquelles : trauma de type II (Terr, 1991), trauma complexe (Godbout et al., 2018), état de stress post-traumatique (ESPT) dans sa forme complexe ou trouble du stress extrême non autrement spécifié (Herman, 1992), trauma développemental (Van der Kolk, 2005). Chacun de ces concepts comprend les différents symptômes suivants : « des difficultés de régulation émotionnelle; des perturbations dans les capacités relationnelles; des altérations dans le processus d'attention et de conscience; un système de croyances affecté, et une souffrance ou une désorganisation somatique » (Hopchet et al., 2017, p.

291). Pour la bonne compréhension du présent mémoire, l'expression trauma complexe sera utilisée pour désigner les séquelles vécues par ces enfants, parce qu'elle place la brisure du lien d'attachement à son étiologie et explique en quoi les séquelles affectent le développement du cerveau de l'enfant dès son jeune âge et pour toute sa vie. Cette expression nous semble la plus complète.

Mais d'abord, qu'est-ce qu'un trauma? Côté et Le Blanc (2016) le définissent comme suit : « le traumatisme survient quand la personne est submergée par un événement ou une situation qui outrepassent ses capacités d'adaptation ou de « coping », ce qui pourrait être traduit par des stratégies adaptatives » (p.15). L'événement est tellement intense que la personne ne trouve pas, en elle, les ressources pour y faire face, le tolérer, l'éviter ou le surmonter. La personne doit avoir peur pour son intégrité physique ou psychologique. Dans le cas du trauma complexe, l'expérience de maltraitance ou de négligence est celle qui traumatise l'enfant, le laissant seul face à une situation insurmontable. Les éléments définissant l'expérience de trauma complexe sont les suivants :

- le donneur de soin (généralement le parent) est celui qui maltraite (Van der Kolk, 2005);
- ou le donneur de soin est témoin de la maltraitance, sans intervenir, donc il ne protège pas son enfant (Côté & Le Blanc, 2016);
- l'événement traumatique est répétitif ou chronique et prolongé (Kliethermes, Schacht, & Drewry, 2014; Tarquinio, Houllé, & Tarquinio, 2017);
- la victime n'a aucune capacité de le fuir, elle se sent en captivité face à son agresseur (Herman, 1992);
- la victime sent une absence totale de contrôle (Terr, 1991);
- l'événement doit s'être passé durant l'enfance ou l'adolescence (Cloitre et al., 2009).

Selon Côté et Le Blanc (2016), toutes les victimes d'événements potentiellement traumatiques ne développeront pas nécessairement un trauma complexe. Cependant, les auteurs rapportent que le cumul de facteurs de risques présents avant, pendant et après la

grossesse, augmentent les risques de développer des séquelles par suite de trauma complexe. Ces divers facteurs de risque sont liés :

- à l'enfant (vulnérabilité au stress et au danger due au fait qu'il soit en développement, caractéristiques personnelles, limites du langage, etc.);
- au parent (vécu de maltraitance dans l'enfance avec ses séquelles, incapacité d'offrir du soutien à l'enfant vivant le traumatisme, refus ou incapacité à protéger son enfant, provocation de la fragilisation du lien d'attachement de l'enfant à cause de ses mauvais traitements, trouble de santé mentale ou d'abus de substance, etc.);
- ou à l'environnement (incapacité à fuir car le traumatisme est vécu dans la famille, absence de personne pour répondre à ses besoins, pays en guerre, etc.).

Côté et Le Blanc (2016) ajoutent que, du fait de son développement physique, cognitif et affectif, l'enfant est plus vulnérable aux traumatismes, au stress ou aux dangers car il n'a pas acquis toutes les habiletés pour les affronter et son cerveau, encore en formation, est plus fragile. Il dépend donc du donneur de soins pour le protéger et lui apprendre à s'autoréguler face à toutes ces situations. Selon des essais terrain du DSM-IV, il ressort que les impacts des traumatismes sont plus grands quand ils arrivent avant l'âge de 10 ans, à cause de l'aspect développemental du cerveau de l'enfant au moment des traumatismes. Les victimes plus âgées développeraient plutôt un trouble de stress post-traumatique « pur » (Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

Selon Van der Kolk (2005), 80% des responsables de la maltraitance envers les enfants sont leurs propres parents. Le fait que ces expériences arrivent à l'intérieur d'une relation de confiance et à un âge précoce entraîne des effets importants sur le fonctionnement psychologique présent et futur de la victime. Même si, selon Cook et al. (2005), la rupture du lien d'attachement est présentée comme la source des autres difficultés, telles que la régulation des émotions ou des comportements ou le fonctionnement cognitif ou biologique, il est important de se souvenir qu'ils sont tous étroitement inter-reliés, et ne peuvent donc pas être pris indépendamment. Nous utiliserons la figure de Godbout et al. (2018) pour représenter l'interrelation entre les neuf différents

domaines de fonctionnement de l'enfant pouvant être altérés par un trauma complexe (voir figure 1). Comme cette figure permet de le constater, les traumas interpersonnels subis dans l'enfance (trauma complexe) peuvent avoir des répercussions sur toutes les sphères de fonctionnement de l'enfant.

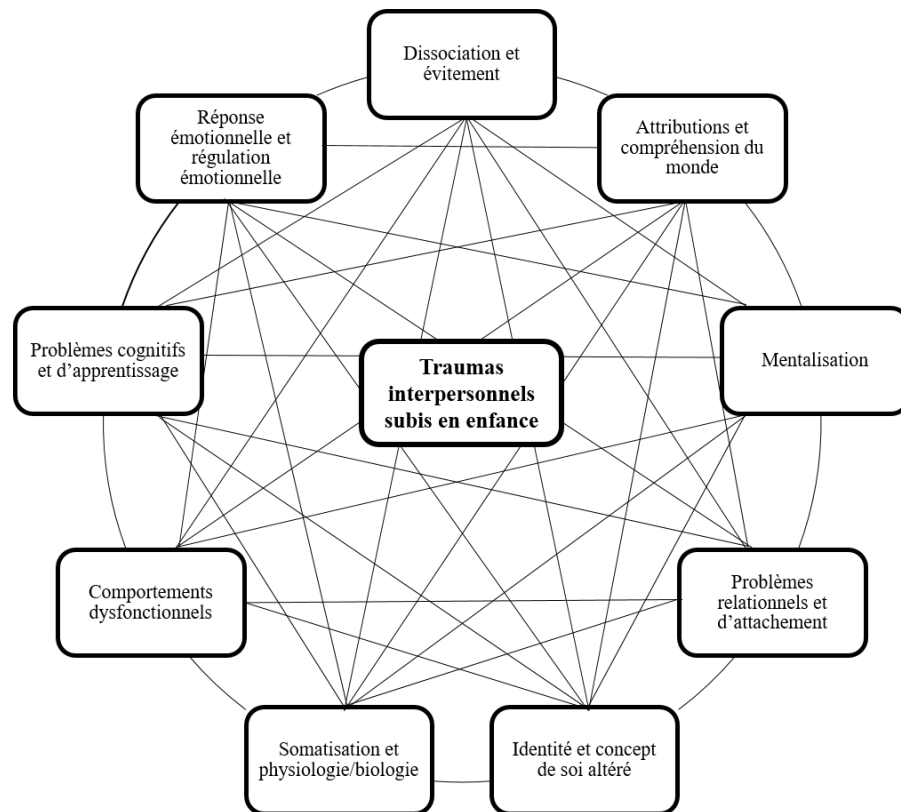


Figure 1 : Interrelation entre les domaines de fonctionnement altérés chez les enfants ayant un trauma complexe, Godbout et al. (2018)

À partir de ses premières relations avec ses proches, l'enfant se crée un modèle d'interaction en situation de stress. Pour Kliethermes et al. (2014), les zones les plus touchées par les multiples traumas sont celles qui composent le système de réponse au stress. En effet, l'être humain a un système d'alarme interne qui l'avertit du danger et l'incite à répondre au stress par trois réactions : combat, fuite ou gel. Quand le danger est passé, le système d'urgence se désactive (National Child Traumatic Stress Network, 2014).

Selon Osterman et Chemtob (1999), quand quelqu'un est victime d'un trauma, il est en mode survie et a instinctivement une de ces trois réactions comme réponse physique au stress généré par le trauma. Elles se manifesteront par de l'anxiété et de l'évitement (fuite), de la colère et de l'agressivité (combat) ou par la dissociation ou l'engourdissement émotionnel (le gel). Ces réactions tendent à diminuer une fois le stress passé, mais demeurent plus longtemps que lors d'un stress tolérable. D'après Côté et Le Blanc (2016), l'activation continuelle et intense du système de stress est dangereuse pour la santé, puisqu'elle donne lieu « à des processus adaptatifs qui sculptent le cerveau différemment » (p.19), ce qui affectera le fonctionnement biologique (système immunitaire et santé en général) et le fonctionnement social (engendre des réactions inadaptées). L'enfant n'ayant pas d'adulte pour l'apaiser, puisque son donneur de soin est en même temps celui qui lui fait peur, ne réussira pas à développer un attachement sain avec celui-ci et cela se répercutera dans toutes les relations subséquentes qu'il développera (Godbout et al., 2018).

L'altération du développement du cerveau affectera les fonctions cérébrales (au niveau de l'attention et des fonctions exécutives) et entraînera des dysfonctionnements dans la régulation des émotions. Ce sont ces répercussions qui engendreront les difficultés de l'enfant à réguler ses comportements et à agir de façon cohérente et adaptée aux situations de la vie, ce qui indique des difficultés au niveau de la mentalisation. Ces enfants ont du mal à comprendre les impacts de leurs comportements sur autrui et les comportements des autres (Godbout et al., 2018). Les auteurs ajoutent que l'enfant victime de trauma complexe aura une conscience de soi où il se sent diminué, incompetent, sans valeur. Ainsi, cette perception déformée de son identité aura un impact sur sa capacité à utiliser adéquatement ses aptitudes cognitives, réguler ses émotions et ses comportements. Cela aura aussi un impact sur sa capacité à rêver son avenir, ne voyant pas d'espoir à l'horizon puisqu'il perçoit le monde comme un endroit dangereux (Godbout et al., 2018). Finalement, la dissociation utilisée à répétition comme mécanisme d'adaptation, pour fuir la souffrance du traumatisme, augmentera aussi les problèmes de cognition, de régulation d'émotions, de comportements et de conscience de soi réaliste. Côté et Le Blanc (2016) ajoutent que la dissociation aura une incidence sur la capacité de l'enfant à s'investir dans ses apprentissages, dans ses relations interpersonnelles; en fait, dans toutes ses activités

quotidiennes. Pour elles, tous ces symptômes pourraient avoir une fonction adaptative au stress intense et répété vécu lors des expériences traumatiques de maltraitance. Par contre, ils peuvent s'avérer problématiques et non adaptés, si l'enfant les utilise tout le temps pour faire face aux diverses situations stressantes qu'il rencontrera dans sa vie.

Même si ce trouble n'est pas reconnu dans le DSM-5, le trauma complexe n'en est pas moins vécu par plusieurs des enfants en protection de la jeunesse (Côté & Le Blanc, 2016). L'utilisation du concept trauma complexe « évite de compartimenter les différents symptômes qui peuvent s'expliquer par la maltraitance : difficulté en lien avec l'attachement, impact sur l'estime de soi, difficultés de comportement et de régulation des affects » (Côté & Le Blanc, 2016, p. 13). Il semble important d'éviter cette compartimentation, car, comme le dit Sandra L. Bloom (1999), nous aurons une perspective d'intervention différente si nous considérons l'enfant dans son ensemble, plutôt que de chercher à le compartimenter, le catégoriser dans des diagnostics précis. Il faut éviter de considérer ces enfants comme malades ou mauvais. Ils sont blessés et il faut leur trouver un milieu de vie sécurisant dans lequel ils pourront faire les apprentissages cognitifs, sociaux et émotionnels dont ils sont dépourvus et ainsi favoriser leur résilience.

3.2 Trauma secondaire

Selon Figley (1995), le « trauma secondaire » réfère à plusieurs symptômes psychologiques et comportementaux qui calquent ceux du trouble de stress post-traumatique (TSPT), mais développés par l'intervenant voulant aider des personnes souffrant des effets de ce trauma (le TSPT). L'auteur a par ailleurs utilisé, par le passé, le terme de « fatigue de compassion » pour définir la combinaison du trauma secondaire avec le burnout vécu par les intervenants (Newell & MacNeil, 2010). D'autres utiliseront trauma vicariant pour en parler (Schooler, 2010). Selon Perry (2014), le trauma vicariant et le trauma secondaire peuvent être utilisés de façon interchangeable. Le « trauma vicariant » réfère à un processus de changements cognitifs dans les croyances et la pensée (altération de l'estime de soi, changements de vision du monde sur ce qui a trait à la sécurité, la confiance et le contrôle ou les croyances spirituelles) résultant d'un engagement empathique chronique d'un intervenant auprès de victimes de traumas (Pearlman, 1995).

Stamm (2010), dans sa 2^{ème} édition du manuel concis du *Professional Quality of Life* (ProQOL), parle aussi du mélange des termes, reliant la fatigue de compassion à Figley, le trauma vicariant à Pearlman et le stress traumatique secondaire à elle-même. Elle explique que ce sont les trois termes les plus couramment utilisés, mais qu'ils n'ont pas assez de nuances entre eux pour pouvoir clairement les départager. Avec le ProQOL, Stamm (2010) place ces termes sur un diagramme (voir figure 1) de façon à pouvoir évaluer dans quelle mesure l'intervenant a une vie professionnelle de qualité.

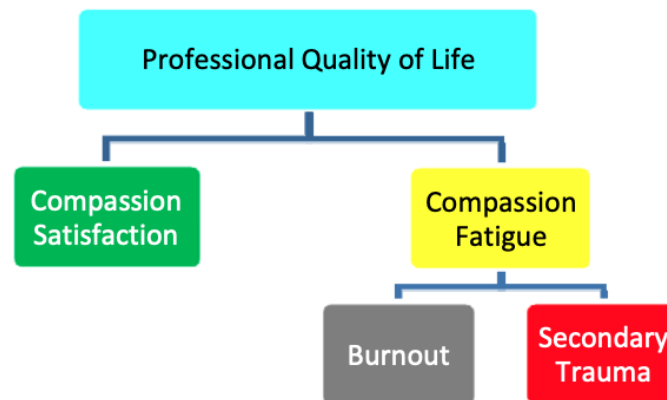


Figure 2 : *Professional Quality of Life*, diagramme de Stamm (2010, p. 8)

Stamm (2010) définit le terme fatigue de compassion comme le cumul du *burnout* et du trauma secondaire et elle les met en relation avec la satisfaction de compassion pour arriver à qualifier la vie professionnelle. Le *burnout* peut être décrit comme un épuisement émotif, une dépersonnalisation et un faible sentiment d'accomplissement personnel (Perry, 2014). Selon Klinik Community Health Centre et al. (2013), « l'épuisement professionnel » (*burnout*) arrive plus tardivement que le trauma secondaire, avec l'accumulation d'expériences et serait engendré par le stress lié au travail plutôt qu'au travail d'accompagnement de personnes traumatisées lui-même. A contrario, le trauma secondaire ou le stress traumatique secondaire peut arriver suite à un trauma simple ou se développer suivant une interaction entre un adulte (professionnel ou donneur de soin) s'engageant avec empathie auprès d'un enfant traumatisé (Perry, 2014). Les différents auteurs se sont plutôt concentrés sur l'expérience des intervenants œuvrant auprès

d'enfants traumatisés, mais qu'en est-il des parents adoptifs vivant quotidiennement avec un enfant traumatisé ? La seule définition trouvée spécifiquement pour eux est de Blaustein (2004, cités dans Schooler, 2010). Elle définit le trauma secondaire des parents adoptifs comme l'impact cumulatif des histoires de traumatismes de l'enfant, de ses comportements et de ses reconstitutions des traumatismes antérieurs, sur les parents adoptifs. Le trauma secondaire est une transformation du « soi intérieur » du parent adoptif, découlant d'un lien empreint d'empathie et de compassion avec un enfant victime d'un trauma. Cette définition du trauma secondaire vécu par les parents adoptifs demeurera dans notre esprit pour l'ensemble de la démarche de recherche. Enfin, nous avons déjà établi que l'expression « trauma complexe » est plus complète que le TSPT pour parler de la réalité des enfants adoptés (Cook et al., 2005; Schmid, Petermann, & Fegert, 2013; Van der Kolk, 2005). Ainsi, si Figley dit que le trauma secondaire calque les symptômes du TSPT, on peut penser que la même expression s'applique à la réalité du parent Banque-mixte calquant les symptômes du trauma complexe de son enfant. C'est pourquoi, dans le cadre de ce mémoire, le trauma secondaire sera utilisé pour définir le traumatisme vécu par les parents adoptifs qui partagent leur quotidien avec des enfants victimes de trauma puisqu'il nous semble celui qui circonscrit le mieux la réalité des parents adoptifs de notre étude.

Mais qui est à risque de développer un trauma secondaire et pourquoi ? On pense normalement aux personnes qui offrent des soins à une personne ayant vécu ou vivant une crise, que ce soit les ambulanciers, pompiers, policiers, le personnel de l'urgence, comme étant les plus susceptibles de développer un trauma secondaire (Perry, 2014). Des études démontrent que de 6% à 26% des thérapeutes œuvrant auprès de personnes traumatisées, et plus de 50% des travailleurs en protection de l'enfance aux États-Unis, sont à haut risque de développer un trauma secondaire (National Child Traumatic Stress Network, 2011). Dans les dernières années on a ajouté les intervenants travaillant auprès de familles en crise à la liste des personnes à risque de développer un trauma secondaire ; c'est ainsi que les familles d'accueil ont été ajoutées (Perry, 2014). Il est donc cohérent d'y ajouter les familles adoptives puisque plusieurs d'entre elles vivent aussi auprès d'enfants traumatisés.

Pour Figley (1995), les thérapeutes les plus efficaces, avec de grandes capacités de ressentir et d'exprimer l'empathie, sont aussi les plus vulnérables aux effets miroirs des traumatismes de leurs clients. Le Klinik Community Health Centre et al. (2013) ajoute que les professionnels qui travaillent auprès de personnes victimes de traumatismes peuvent présenter les facteurs de risque suivants :

- surmenage;
 - ignorer ses limites de santé;
 - assumer trop de responsabilités;
 - manque d'expérience;
 - travailler auprès d'un grand nombre d'enfants traumatisés, en particulier les enfants victimes d'abus sexuel;
 - travailler auprès d'un grand nombre de personnes aux prises avec des troubles dissociatifs;
 - avoir beaucoup de résultats cliniques négatifs (Bloom, 2003) ;
 - avoir beaucoup d'expérience (faire le travail depuis un grand nombre d'années).
- Par ailleurs, ce même facteur apparaît dans les facteurs de protection contre le trauma secondaire pour le *National Child Traumatic Stress Network* (2011).

S'il en est ainsi pour des professionnels aguerris, qu'en sera-t-il donc pour des parents adoptifs qui, eux, sont 24 heures par jour et sept jours sur sept en présence d'enfants traumatisés ? Selon Cairns (2008), tout le monde peut être vulnérable aux symptômes liés aux traumas. Le niveau d'exposition à ceux-ci est très élevé chez les parents adoptifs, puisqu'ils partagent leur vie intime avec des enfants traumatisés et ont peu de frontières avec eux, contrairement au professionnel avec son client, augmentant les risques d'impacts sur le couple et les autres enfants de la fratrie, s'il y a lieu. Cette exposition prolongée et cette proximité affective entre le parent et son enfant peut venir à bout de la capacité des parents à se protéger du trauma secondaire et les rendre plus vulnérables à celui-ci, surtout à cause de l'accumulation de stress (Cairns, 2008). Selon la *Child Trauma Academy*, il y a plusieurs facteurs pouvant expliquer l'émergence d'un trauma secondaire chez les personnes travaillant auprès d'enfants traumatisés (Perry, 2014) :

- 1- l'empathie : le fait d'être émotionnellement présent pour un enfant traumatisé rend l'adulte vulnérable à internaliser sa douleur ;
- 2- le manque de temps de récupération : la répétition du récit d'histoire d'horreurs vécues sans avoir de distance de récupération peut provoquer un trauma secondaire ;
- 3- traumatismes personnels non résolus : le fait d'entendre le récit de traumatismes peut déclencher les souvenirs traumatiques de l'adulte, comme une réactivation de son propre trauma. D'autres auteurs ajoutent que la honte ressentie lors de son trauma personnel et le secret qui l'entoure souvent risquent d'en augmenter la souffrance (Cairns, 2008; Klinik Community Health Centre et al., 2013);
- 4- les enfants sont les membres les plus vulnérables de la société et la connaissance de la maltraitance dont ils ont été victimes peut entraîner une forte réaction chez un adulte ayant un grand sens moral ;
- 5- isolement face aux réseaux primaire et secondaire : le fait de se sentir soutenu et avec une valeur aide l'adulte à faire face au stress lié au soutien d'un enfant traumatisé. Le soutien du groupe est important ;
- 6- le manque de ressources du système augmente les risques de vivre les facteurs précédents.

Maintenant, comment se manifeste le trauma secondaire? Un indicateur clé du trauma secondaire est quand la personne se voit en train d'agir et de ressentir d'une façon qui ne lui semble pas habituelle, avec une détresse extrême, de façon plus prolongée que ce à quoi elle est habituée (Conrad, 2004). La personne vivant un trauma secondaire peut revivre un trauma personnel, remarquer une augmentation de sa vigilance ou de réactions d'évitement face à une exposition indirecte à un trauma, par exemple, quand l'enfant raconte ce qu'il a vécu. Elle peut aussi constater des changements dans sa mémoire, une altération de son sentiment d'auto-efficacité, un appauvrissement de ses ressources personnelles (capacité d'action) et une perturbation dans sa perception de sécurité, de confiance et d'indépendance (National Child Traumatic Stress Network, 2011). Elle peut vivre certains des symptômes du trauma secondaire de la liste partielle suivante (Conrad, 2004; National Child Traumatic Stress Network, 2011)

Tableau 1

<i>Symptômes du trauma secondaire</i>		
Émotionnels	Physiques	Personnels
Colère	Hypervigilance	Sentiment d'isolement social
Tristesse	Épuisement	Cynisme
Anxiété	Maux de tête	Sautes d'humeurs
Deuil prolongé	Maux d'estomac	Irritabilité
Culpabilité	Maux de dos	Perte d'espoir
Peur	Problèmes de sommeil	Évitement

Selon Figley (1995), le DSM-III et le DSM-IV ont mis l'accent sur les effets d'un traumatisme sur la victime, avec l'apparition du diagnostic de « trouble de stress post-traumatique » (TSPT). Ils ont ciblé aussi l'impact possible sur la personne accompagnante, mais peu discuté des répercussions sur elle. Les auteurs du DSM-5 (Association, American Psychiatric Association D. S. M. Task Force, Crocq, & Guelfi, 2015) ont tenté de faire un effort d'intégration du trauma secondaire dans le diagnostic de TSPT. En effet, l'ajout du critère A4 qui dit que « d'être témoin d'une blessure grave, d'une mort non naturelle, de l'abus physique ou sexuel subi par une autre personne suite à une agression violente » (p.324) ouvre la porte à prendre en considération les séquelles possibles liées au fait d'être témoin d'une expérience traumatique vécue par quelqu'un d'autre. La suite de la description indique aussi que « les événements vécus par une autre personne doivent concerner des événements affectant des parents proches ou des amis et des événements qui sont violents ou accidentels » (p.324). Selon Horesh (2016), le nouveau critère du DSM-5 réfère à des connaissances explicites ou une exposition directe à des événements vécus par d'autres. Pourtant, se basant sur des recherches sur le trauma secondaire référant au rôle de l'empathie, Horesh (2016) affirme que les connaissances peuvent aussi être implicites, impliquant des processus très profonds pour la transmission du trauma d'une personne à l'autre. Cette empathie implique des formes complexes d'identification entre l'enfant et son parent ou entre le client et son thérapeute. L'auteur démontre aussi que le trauma peut se transmettre par le silence en prenant en exemple les enfants des victimes de l'Holocauste, traumatisés par le silence de leur parent plutôt que par la narration des

événements. Ainsi, il est possible de croire que la souffrance ressentie par les intervenants, les familles d'accueil ou adoptives, au contact d'enfants traumatisés, est bien réelle et mérite des études plus approfondies. Par exemple, Horesh (2016) propose qu'on s'intéresse à la contagion émotionnelle qui montre comment la détresse d'une personne peut se transmettre comme une « fuite » d'un cercle humain à un autre, d'une manière encore grandement inconnue.

En conclusion, définir le trauma complexe vécu par l'enfant et les séquelles s'y rapportant permet de mieux comprendre en quoi celui-ci a un impact direct sur l'expérience parentale. Il ressort plus clairement à quel point prendre soin quotidiennement d'un enfant présentant un trauma complexe peut être une expérience difficile et très exigeante pour les parents qui l'accueillent. Ce vécu difficile peut, à cause de la chronicité de la chose, mener le parent à un trauma secondaire. Dans la présente recherche, ces deux concepts ont orienté directement la grille d'entrevue et ont aidé, lors des entretiens, à comprendre en profondeur l'expérience des parents, particulièrement grâce au fait que les symptômes du trauma secondaire étaient mieux ciblés.

Chapitre 4 : Méthodologie

Rappelons que la présente recherche a pour question : quelle est l'expérience des parents adoptifs Banque-mixte présentant des symptômes de trauma secondaire à la suite de l'adoption d'un enfant présentant un trauma complexe ? Pour ce faire, différentes sous-questions seront à l'étude.

- Quelles sont les difficultés vécues par les parents adoptifs en lien avec leur trauma secondaire ?
- Quels sont les besoins des parents adoptifs en termes de préparation et de services en lien avec leur trauma secondaire ?
- Les parents expriment-ils vivre une croissance post-traumatique ?

Dans la section qui suit, seront présentés les différents aspects de la méthodologie. D'abord, la perspective de recherche, suivie de la population cible. Viendront après la stratégie de recrutement et de l'échantillon; l'instrument de collecte de données et la stratégie d'analyse. Pour finir, les considérations éthiques seront exposées.

4.1 Perspective de recherche

Une recherche qualitative a été préconisée pour comprendre l'expérience de parents adoptifs Banque-mixte qui présentent des symptômes de trauma secondaire à la suite de l'adoption d'un enfant présentant un trauma complexe. En effet, la recherche qualitative, généralement « liée au paradigme interprétatif, met l'accent sur la compréhension approfondie et élargie d'un phénomène. En accordant une place prépondérante à la perspective des participants, la recherche qualitative ouvre la voie à une connaissance intériorisée des dilemmes et des enjeux auxquels les personnes font face » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 190). Elle est ainsi exploratoire, car l'expérience des parents adoptifs Banque-mixte vivant un trauma secondaire n'est pas documentée.

Considérant que le sujet sur lequel nous travaillons nous touche personnellement, puisque nous avons nous-mêmes adopté deux enfants par la Banque-mixte, il nous apparaît pertinent d'utiliser une telle approche puisqu'elle « invite le chercheur à la création de sens

à travers l'intercompréhension, l'intersubjectivité et la transparence, car nos façons de comprendre le monde sont fortement influencées par notre sensibilité théorique et expérientielle » (Mukarurera, Lacourse, & Couturier, 2006, p. 116). Toujours pour Mukarurera et al. (2006), « il apparaît primordial de composer avec ce fait en explicitant dès le départ ses éléments théoriques et en étant conscient de ses propres biais » (p.115). Par exemple, nous pouvons affirmer que notre expérience de mère adoptive Banque-mixte d'un enfant présentant un trauma complexe a entraîné, pour nous-mêmes et notre conjoint, un trauma secondaire. Nous estimons avoir tous deux réussi à vivre une croissance post-traumatique, au fil du temps. Cette expérience nous permet de mieux comprendre les sentiments d'impuissance des autres parents, de ne pas les juger, d'être sensible à l'expérience qui nous a été racontée. Ajoutée aux apprentissages académiques sur le sujet qui nous ont servi de guides objectifs pour tenter d'éviter de tomber dans le piège d'orienter les questions, cette expérience nous a permis de faire tout de suite des liens et d'identifier les enjeux possibles. En revanche, les biais suivants pouvaient être possibles : les questions pouvaient être orientées de telle sorte que notre expérience invite certaines réponses plutôt que d'autres à cause d'un manque de recul. De plus, le fait de parler du trauma secondaire nous mettait à risque d'en revivre un nous-mêmes, puisqu'on sait que d'avoir soi-même vécu un trauma est un facteur de risque d'en revivre un. Il nous a fallu être très attentive aux émotions qui sont apparues et nous assurer d'avoir du soutien tout au long de la recherche. Notre directrice a été d'un grand soutien à cet égard, nous obligeant à prendre constamment un recul sur notre démarche, ainsi que notre réseau nous offrant écoute et empathie.

L'approche qualitative exploratoire permet de décrire des phénomènes ou des événements sans qu'une approche spécifique ne soit employée, ainsi, elle est moins orientée vers l'interprétation, mais plus vers la compréhension (Fortin & Gagnon, 2016). Comme l'expérience des parents adoptifs Banque-mixte vivant un trauma secondaire est très peu connue, l'approche qualitative exploratoire a permis une grande place au vécu des parents dans la description de leur expérience personnelle.

4.2 Population cible

Selon Fortin et Gagnon (2016), le chercheur utilisant l'approche qualitative exploratoire sélectionne son échantillon par choix raisonné, sur la base de caractéristiques recherchées. Ainsi, l'échantillon représentera le mieux possible le phénomène à l'étude. Le chercheur veut mettre son attention sur des caractéristiques précises. Il prend donc délibérément une méthode non probabiliste (Beaud, 2009). La population cible fait référence au groupe de personnes qui correspondent aux critères de recherche (Fortin & Gagnon, 2016). Nous avons recruté des participants parmi la population suivante : les parents adoptifs Banque-mixte qui démontrent des symptômes de trauma secondaire en réponse à l'enfant qui présente un trauma complexe et pour qui l'expérience de parentalité n'est pas facile. Comme il n'existe pas de diagnostic spécifique du trauma secondaire, il était donc impossible de statuer sur un nombre précis de symptômes. Les participants à notre étude ont donc été recrutés en fonction de leur propre perception de présenter plusieurs de ces symptômes, sans nombre précis. Ainsi, les différents symptômes ressentis pouvaient être un épuisement ou différents symptômes du trauma secondaire, tels que ceux de la liste partielle de Conrad (2004) et du National Child Traumatic Stress Network (2011) présentés précédemment au Tableau 1 (p. 32).

Le trauma complexe n'étant pas non plus un diagnostic, une liste de comportements difficiles a aussi été présentée aux participants potentiels pour voir s'ils y retrouvaient ceux de leur enfant. Ils ont, encore une fois, été choisis à la lumière de leur perception que les comportements de leur enfant sont difficiles. Ces comportements étaient décrits tels que des conduites impulsives ; des troubles de comportement ; des difficultés dans le fonctionnement social et affectif nuisant aux relations ; une grande méfiance envers les autres ou une absence de frontières ; un état d'alerte où l'enfant est agité ou tendu ; un manque de concentration, un refus d'engagement dans des échanges mutuels ; des problèmes d'alimentation et de sommeil (cauchemars) ou de phobies. Ici non plus, aucun nombre précis de comportements n'était demandé, mais il est ressorti clairement que plusieurs, sinon l'entièreté de ceux-ci, ont été nommés par les parents rencontrés. L'enfant devait vivre avec eux depuis au moins 18 mois, car il nous semblait important que l'enfant soit dans la famille depuis un laps de temps assez grand pour que le parent connaisse mieux l'enfant et ainsi, éliminer la variable de l'adaptation. Nous voulions que le parent puisse

nous donner des exemples concrets de son quotidien, ce qui aurait été plus difficile si l'enfant n'avait été dans la famille que depuis peu de temps. Il n'y avait pas de temps maximum pour l'arrivée de l'enfant puisque l'expérience de trauma secondaire vécue par les parents comporte des éléments intéressants, peu importe depuis combien de temps l'adoption a eu lieu. L'expérience des parents l'ayant vécu depuis plus longtemps ou l'ayant surmonté permettait de les questionner à savoir si une croissance post-traumatique a eu lieu. L'adoption pouvait être prononcée ou pas. Le trauma secondaire aurait pu être vécu par des parents dont l'enfant n'a pas de trauma complexe, par exemple, un enfant avec un handicap physique, ou intellectuel (Molinari & Freeborn, 2006), mais ceux-ci ne faisaient pas partie de l'échantillon visé.

L'échantillonnage homogène a permis qu'on étudie plus en profondeur le groupe (Fortin & Gagnon, 2016). Ce qui fait que notre échantillon était homogène est que les participantes² partageaient toutes une expérience commune : être un parent adoptif Banque-mixte et présenter des symptômes de trauma secondaire à la suite de l'adoption d'un enfant présentant un trauma complexe. Par contre, à l'intérieur de ce groupe homogène, nous avons tenté de recruter des parents qui ont des expériences diversifiées, que ce soit, par exemple, des familles avec des enfants biologiques ou d'autres enfants adoptés, des familles monoparentales ou biparentales, des familles dont les parents sont plus âgés ou plus jeunes, des familles qui avaient adopté l'enfant depuis plusieurs années, d'autres pour qui le processus a été plus long avant que l'adoption ne soit complétée, enfin, une pour qui l'adoption n'a pas été finalisée. La taille de notre échantillon a été guidée par le principe de la saturation de données, c'est-à-dire qu'ajouter de nouveaux participants « n'ajoute plus à la compréhension que l'on se fait du phénomène » (Savoie-Zajc, 2010, p. 304). C'est grâce à cette saturation des données que la transférabilité et la crédibilité de la recherche deviennent possibles (Mukarurera et al., 2006). Ainsi, à partir de la rédaction de mémos à la suite de chacun des entretiens, nous avons pu structurer un début d'analyse qui nous a permis de statuer qu'après la réalisation de nos dix entretiens, nous étions en mesure d'avoir une compréhension suffisante de chacun des thèmes abordés durant l'entrevue, de telle sorte que nous avons pu conclure que la saturation des données a été atteinte.

² Étant donné la majorité féminine, nous emploierons le féminin pour parler des participantes.

4.3 Stratégie de recrutement et échantillon

Pour recruter les participantes, une lettre (annexe 1) a été remise aux directrices générales de quatre associations qui œuvrent auprès des familles Banque-mixte, soit l'Association Emmanuel (organisme d'aide aux familles adoptives d'enfants ayant des besoins particuliers), Pétales (qui vient en aide aux parents d'enfants ayant un trouble de l'attachement), la Fédération des parents adoptants du Québec (FPAQ) et l'Association de parents pour l'adoption québécoise (APAQ). Les directrices l'ont remise (en main propre, par la poste ou par courriel) aux personnes de leur organisme répondant, selon elles, aux critères de la recherche, soit être parent adoptif d'un enfant présentant des comportements difficiles et vivre de grandes difficultés en lien avec ceux-ci. Sur la lettre d'invitation à participer à la recherche, étaient présentées une liste de comportements difficiles chez l'enfant, ainsi qu'une liste de symptômes reliés au trauma secondaire, tels que présentés précédemment. La lettre expliquait aussi les buts de la recherche, le fonctionnement et leur donnait un numéro de téléphone et un courriel pour nous joindre. Ainsi, les personnes intéressées à participer et qui identifiaient chez eux au moins un de ces critères ont communiqué avec nous. Afin de démontrer l'importance que revêt cette question pour les parents adoptifs Banque-mixte, nous tenons à dire qu'en 10 jours, nous avons trouvé toutes nos participantes. Lors d'une courte conversation téléphonique, nous avons pu valider que ces personnes répondaient bien aux critères et avons convenu avec elles d'une date et d'un lieu de rencontre favorable aux échanges confidentiels : à leur domicile, à leur bureau ou dans un lieu neutre, pour une entrevue d'une durée d'environ 90 minutes à trois heures. Nous avons pris un mois pour réaliser tous les entretiens. Aucun participant ne répondant pas aux critères nous a contacté.

Les participantes ont été recrutées par l'entremise de groupes spécialisés en adoption au Québec. Comme les organismes qui ont référé les participantes offrent des services sur l'ensemble du territoire québécois, il nous a été possible d'obtenir rapidement le nombre de participantes recherchées. Elles sont issues des régions de la Mauricie-Centre-du-Québec, de Montréal, de la Montérégie, de Québec et du Saguenay-Lac-St-Jean. L'échantillon était constitué de neuf femmes et de trois hommes issus de dix familles différentes. Deux couples ont été rencontrés ensemble, à leur demande, alors que pour les

huit autres familles, un seul parent a participé à l'entrevue. À noter que les deux conjoints qui ont participé aux entrevues de couple n'ont pas souhaité répondre aux questions sociodémographiques. C'est pourquoi les caractéristiques de l'échantillon, présentées dans le Tableau 3, se limitent aux dix participantes principales, même si douze personnes ont répondu lors des entretiens.

L'âge moyen des participantes est de 50 ans, leur âge variant entre 38 et 60 ans. Sur l'ensemble, quatre participantes sont mariées et trois sont en union de fait, dont une n'habitant pas sous le même toit que son conjoint. Au point de vue du dernier niveau de scolarité complété, une participante a un diplôme d'études professionnelles, deux ont un certificat universitaire après leur DEC, quatre ont un baccalauréat, une a fait une maîtrise, et deux, un doctorat. Dans notre échantillon, trois participantes ont un seul enfant, quatre en ont deux, une participante en a trois (dont un enfant du conjoint), et deux ont plus de cinq enfants (cinq et six). À part les enfants visés par l'étude, les autres enfants présents dans les familles sont soit adoptés (une adoption régulière, cinq adoptions internationales, deux adoptions interprovinciales), soit les enfants biologiques d'au moins un des parents (cinq enfants). Pour les 11 enfants ciblés par l'étude (parce qu'une des dix familles a adopté des jumelles), toutes les adoptions sont finalisées, sauf dans un cas, où l'enfant a été placé jusqu'à majorité dans la famille Banque-mixte, avant d'être déplacé en centre de réadaptation. Sept sont des garçons, trois, sont des filles et le sexe d'un enfant reste inconnu car les parents n'ont pas voulu révéler le sexe par souci de confidentialité puisqu'il n'est pas adopté. L'âge à l'arrivée dans la famille varie entre 7 jours et 4 ans, avec une moyenne de 1,97 an. Aujourd'hui, les enfants sont en moyenne âgés de 12,88 ans, variant entre 7 et presque 18 ans. Au moment de l'entrevue, la moitié des enfants de notre échantillon est placée en centre de réadaptation ou en centre hospitalier. Deux autres réfléchissent à la possibilité d'un placement dans un avenir rapproché, surtout celle dont le fils est âgé de presque 18 ans. Enfin, une autre a trouvé un arrangement de garde partagée 50/50 avec l'ex-conjoint pour ses jumelles. Les deux derniers, sont encore dans leur famille, sans projet de déplacement.

Tableau 2.

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

	N	Moyenne (min-max)
Sexe		
Femme	9	
Homme	1	
Âge moyen (N=10)		50 (38-60)
Statut conjugal		
En couple	7	
Séparée/divorcée	2	
Célibataire	1	
Scolarité		
Préuniversitaire	1	
Universitaire	9	
Nombre d'enfants par famille (N=25)		2,5 (1-6)
BM	11	
Adoption régulière	2	
Adoption Internationale	4	
Adoption interprovinciale	2	
Non complétée	1	
Enfants biologiques	4	
Enfant du conjoint	1	
Sexe des enfants BM (N=11)		
Fille	3	
Garçon	7	
Refus de répondre	1	
Âge moyen à l'arrivée dans la famille (N=11)		1,97 (0-4)
Âge moyen au moment de l'entrevue (N=11)		12,88 (7-17)
Milieu de vie des enfants au moment de l'entrevue (N=11)		
Centre de réadaptation ou centre hospitalier	5	
Garde partagée	2	
Foyer familial principal	4	

4.4 Instrument de collecte de données

Au début de chaque rencontre avec les participantes, un questionnaire (mis en annexe 2) a été rempli pour les informations d'ordre sociodémographique. Puis, comme Fortin et Gagnon (2016) le suggèrent pour l'approche qualitative exploratoire, des entretiens semi-dirigés ont été utilisés pour étudier le phénomène en profondeur, grâce au grand nombre d'informations venant des participantes. Ces entretiens ont été enregistrés (audio seulement) sur un appareil numérique pour être retranscrits. Les entretiens ont permis le partage d'expériences personnelles et ont servi à documenter des situations sensibles grâce au contact personnalisé qu'ils favorisent. Ainsi, une grille (mise en annexe 3) a été construite en cohérence avec la recension des écrits ainsi que le cadre conceptuel. Quatre grands thèmes ont été abordés durant l'entretien : la période de préadoption, le placement, l'apparition des difficultés et la croissance post-traumatique

Les questions et relances visaient à favoriser l'expression des sentiments, pensées et opinions des participantes sur notre sujet d'étude. Selon Savoie-Zajc (2010), l'entretien permet de construire un savoir grâce à la rencontre et l'engagement réciproque de deux personnes : le chercheur et l'interviewé. Cette construction du savoir rejoint nos valeurs d'égalité du pouvoir puisqu'elle offre, à tous les acteurs impliqués, une place pour apporter leurs connaissances. Le chercheur ayant des connaissances sur le processus de recherche, le participant cumulant des connaissances expérientielles en lien avec le sujet (Savoie-Zajc, 2010). La valse entre le chercheur et l'interviewé nous a semblée propice pour orienter la discussion et approfondir la compréhension de l'expérience de la personne. L'entretien semi-dirigé a permis de « rendre explicite l'univers de l'autre » (Savoie-Zajc, 2010, p. 299).

Il a aussi été intéressant de leur demander si un incident critique était arrivé dans leur parcours et l'impact de celui-ci sur leur expérience parentale. Un incident critique entraîne une grande réaction émotive ou comportementale chez le participant (Fortin & Gagnon, 2016). Cet incident critique a permis d'aller plus loin dans le partage de l'expérience de la personne.

4.5 Stratégie d'analyse

Comme Fortin et Gagnon (2016) le soulignent, l'analyse de données qualitatives se fait par des allers-retours entre le contenu des entretiens des participants et la conceptualisation théorique que la chercheuse en fait. Le but de la présente recherche est de comprendre l'expérience de trauma secondaire vécue par les parents adoptifs Banque-mixte ayant adopté un enfant présentant des symptômes du trauma complexe. Ainsi, les entretiens ont été transcrits en totalité à partir des enregistrements audios. Ils ont produit une grande quantité de données codifiées à l'aide du logiciel NVivo. Les étapes d'analyse de Fortin et Gagnon (2016) ont été respectées :

1. l'organisation des données ;
2. la révision des données et l'immersion du chercheur ;
3. le codage des données ;
4. l'élaboration de catégories et l'émergence de thèmes ;
5. la recherche de modèles de référence ;
6. l'interprétation des résultats et les conclusions.

Au début de l'analyse, nous avons préparé une première grille de codification basée globalement sur la recension des écrits et les thèmes abordés dans la grille d'entretien. La grille d'entretien, les codes et les catégories ont ensuite évolué en fonction de ce qui a émergé du contenu des entretiens et ont fait l'objet d'un accord inter-juge. Suite à l'étude du trauma secondaire pouvant décrire l'expérience des parents adoptifs d'un enfant présentant un trauma complexe, un nouveau concept est apparu pour apporter une lumière plus complète sur leur expérience.

4.6 Considérations éthiques

Une demande de certification éthique a été approuvée le 21 juin 2018, par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, et le certificat renouvelé pour toute la durée de la recherche (annexe 4). Toute la démarche de recherche est fondée sur « les principes énoncés par l'EPTC2, soit le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 158). La façon de recruter les

participantes (lettre personnalisée remise par une intervenante d'un groupe spécialisé en adoption) montre comment nous n'avons en aucun cas voulu exercer une influence indue, obliger ou manipuler la personne de façon à obtenir sa participation. Les participantes pouvaient retirer leur consentement à tout moment durant le processus, si elles en ressentaient le besoin, mais aucune ne l'a fait. Le formulaire de consentement (annexe 5), lu intégralement et signé au début de l'entretien, contenait, entre autres, la description du projet de recherche, les avantages et les bénéfices, la responsabilité de l'équipe de recherche, etc. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 159). Les participantes autorisaient que l'entretien soit entièrement enregistré sur bande audio. Elles avaient également les coordonnées du responsable du comité d'éthique et pouvaient le rejoindre en cas de besoin.

Les données nominatives sont absentes des résultats et les participantes en ont été informées (Fortin & Gagnon, 2016). Comme l'entretien semi-dirigé est privilégié dans la présente recherche qualitative, il va sans dire que l'étudiante-chercheuse a porté une attention particulière aux risques de préjudices pouvant survenir à parler de l'expérience de trauma secondaire. Ainsi, si un besoin d'aide émergeait à la suite de l'entretien, les participantes pouvaient utiliser la liste contenant les coordonnées des quatre groupes de soutien spécialisés en adoption et d'autres ressources locales, qui leur a été remise suite à l'entretien. Une pause a été proposée aux participantes, si besoin, durant l'entrevue.

Les organismes recruteurs ont préalablement rédigé une lettre pour le Comité d'éthique de l'UQO, approuvant le recrutement de participants parmi leurs membres et s'engageant à ne pas divulguer les noms des membres qu'ils ont sollicités pour participer à la recherche. Il est clair que les organismes s'engageaient à ce qu'il n'y ait aucune incidence sur les services obtenus par les membres pendant et après la recherche s'ils participaient ou non.

Chapitre 5 : La parole aux parents adoptifs Banque-mixte

Le présent chapitre fait état des résultats des entretiens effectués auprès de neuf familles ayant adopté et une famille ayant accueilli un enfant dans le cadre de la Banque-mixte mais pour lequel l'adoption ne s'est pas concrétisée. L'objectif de la présente recherche est de comprendre l'expérience de trauma secondaire vécu par les parents adoptifs Banque-mixte d'un enfant présentant un trauma complexe. Comme les concepts sont intimement liés, pour mieux comprendre le trauma secondaire, nous allons d'abord traiter de l'expérience du trauma complexe des enfants accueillis, telle que perçue par les parents. Nous le ferons à travers l'historique de l'enfant et par le biais des manifestations de symptômes associés au trauma complexe qu'il présente. Dans un deuxième temps, il sera question de la manière dont la réalité engendre pour eux des deuils importants, en s'attardant particulièrement sur les étapes de deuil de l'expérience parentale rêvée. Les nombreuses répercussions sur les diverses sphères de la vie du parent seront ensuite présentées, pour en arriver aux manifestations du trauma secondaire. Ensuite, les causes des difficultés avec l'enfant et dans la relation parent-enfant, du point de vue des participantes, seront explorées. Enfin, l'incident critique représentant la goutte qui a fait déborder le vase et les impacts de celui-ci sur leur expérience parentale sera abordé. Ce chapitre se termine par des questions importantes eu égard à l'expérience difficile des parents : ont-ils déjà pensé mettre fin à l'adoption ? Et si c'était à recommencer, comment feraient-ils autrement ? Quels sont les apprentissages qu'ils ont faits au cours des années ?

5.1 Méconnaissance de l'histoire de l'enfant

Les participantes indiquent de façon unanime que les informations obtenues par les intervenants de la protection de la jeunesse sur la vie de l'enfant avant le placement étaient limitées. Elles ont dit n'avoir obtenu qu'un diagnostic sans aucun rapport d'expertise pour l'expliquer et un historique de placement donnant peu d'informations sur les différents traumatismes vécus par l'enfant. Certaines ont passé par des moyens détournés pour obtenir un peu plus de détails : les anciennes familles d'accueil, d'autres intervenants, le médecin, les jugements rendus par la Chambre de la jeunesse qui, même s'ils sont anonymisés, se trouvent facilement en ligne. Selon certaines participantes, l'interprétation que font les

intervenants de la LPJ, exigeant la confidentialité de l'identité des parents d'origine (art. 11.2), en pousse plusieurs à refuser de donner des informations qui pourraient leur permettre de mieux comprendre la réalité de leur enfant. Cette absence d'information devient, pour les participantes, source de frustration, puisque selon elles, ces informations permettraient des interventions plus efficaces en post adoption, orientées sur les réels besoins de l'enfant ou sur des traumatismes connus.

5.2 Diagnostics et problèmes de comportement de l'enfant

Un des critères de sélection à l'étude était que l'enfant devait présenter des comportements difficiles. Voici une description de ces nombreuses difficultés. Selon ce que les participantes rapportent, les enfants de l'échantillon cumulent de nombreux diagnostics : trouble de l'attachement et du comportement sévères, TDAH, TSA, syndrome Gilles de la Tourette, trouble de l'opposition, kleptomanie, trouble anxieux non spécifié, difficultés d'apprentissage (dyslexie légère, dysphasie et dysorthographe modérée), bipolarité. Elles rapportent que leurs enfants cumulent de nombreuses problématiques qui, au moment de l'entrevue, n'ont pas toutes fait l'objet d'un diagnostic. Les parents parlent aussi d'enjeux d'attachement qui se manifestent par le fait que, comme l'exprime une participante, même à 18 ans, son l'enfant doit toujours savoir où elle est, lui téléphonant régulièrement ou une autre qui dit que si son fils lit ou écoute la télévision, il viendra raconter aux 5 minutes ce qu'il a compris, se rappelant à son attention. Leurs enfants testent constamment les limites, le « pont parental »³. Au niveau relationnel, les parents rapportent que leurs enfants ont du mal à élaborer des relations harmonieuses. Ils ont peu ou pas de relation avec les autres. Ils peuvent refuser les contacts visuels. Ils ne comprennent pas toujours les expressions du visage ainsi que le ton employé par les autres. Avec la fratrie, leurs enfants font des mauvais coups, lancent, volent ou brisent des objets, mangent les repas de l'autre enfant. À la garderie ou en classe, leurs enfants n'écoutent pas les consignes, dérangent les autres, font des crises, chantent à tue-tête, lancent des objets, volent de l'argent, mordent, se sauvent dans les corridors.

³ Expression employée par Johanne Lemieux, T.S. reconnue pour son expertise en adoption, pour parler du lien entre le parent et son enfant, reprise par certaines participantes.

Dans l'ensemble, les participantes rapportent voir chez leurs enfants, des problèmes de sommeil, soit à l'endormissement (refus de s'endormir seul) ou durant la nuit : réveils fréquents, cauchemars, terreurs nocturnes, levers avec différents comportements dérangeants comme courir et lancer des objets, chanter à tue-tête. Certaines parlent aussi de troubles alimentaires : manger trop ou en cachette, durant la nuit. Certains font du pica et mangent donc des objets non-comestibles tels que la mousse d'une couette ou grignotent le cadrage des fenêtres.

Globalement, les parents rapportent chez leurs enfants des comportements d'opposition, d'impulsivité, de provocation, d'hyperactivité. Ils rapportent aussi que leurs enfants manifestent une hypervigilance constante. Certains des enfants présentent des comportements d'automutilation. Les parents trouvent que leurs enfants sont plus demandants que la plupart des autres enfants qu'ils connaissent. Ils exigent une attention constante, car laissés à eux-mêmes, ils peuvent faire des mauvais coups inimaginables, comme le raconte une participante. Une participante raconte que son enfant peut, par exemple, détruire un oreiller et mettre de la mousse dans tous les orifices de son corps. Les parents rapportent également des comportements dangereux tels que vol et absorption de médicaments, nécessitent une vigilance incessante. Ils expriment des difficultés pour leurs enfants à accepter le refus, les délais, la contrariété, se manifestant par un besoin de décider, de contrôler. Les enfants peuvent exprimer ce besoin par des comportements tels qu'uriner sur le lit, sur les vêtements, les tapis ou en insistant, voire harcelant pour avoir ce qu'ils veulent.

Il harcèle tout le temps, pour obtenir, avoir, avoir, avoir ! Tu lui dis non, 32 fois, il va avoir une 33e fois [...] Un enfant normal, il va arrêter après 12 ou 13, il va finir par comprendre : « Ok, je l'aurai pas. Je vais passer à une autre demande. ». Mais [nom de l'enfant] il trouvait constamment des façons différentes de demander, de demander (Parent 10).

Enfin, pour les participantes dont l'enfant a atteint la préadolescence ou l'adolescence, elles notent chez ceux-ci une évolution dans les comportements délinquants. Les jeunes commencent à faire des vols plus sérieux qu'un crayon ou un trombone, tels que de l'argent, des cartes de crédit, un téléphone cellulaire, allant jusqu'au vol qualifié.

Ils peuvent consommer drogue et alcool, fuguer, avoir des comportements dangereux sur la route. Certains parents rapportent la présence d'idéations suicidaires.

Les participantes racontent que leurs enfants peuvent faire des crises régulièrement, plusieurs fois par jour et durant une à plusieurs heures. L'une d'elles raconte que durant une période de 5 à 7 mois, son fils pouvait faire jusqu'à 8 crises par jour de 45 minutes à chaque fois. Ces crises sont éprouvantes pour les participantes. Elles voient leurs enfants crier, hurler, se rouler par terre, frapper, cracher, sacrer (à un très jeune âge), pincer ou mordre. Les enfants peuvent aussi lancer ou frapper les objets, les animaux, les autres enfants ou leurs parents, avec un objet, les poings, les pieds ou la tête. « Parce que des fois quand elle pétaït sa crise, elle prenait n'importe quoi puis elle le lançait. Fait que ça a été un marteau, ça a été des couteaux, des vrais couteaux. » (Parent 7). Ces crises peuvent persister sur plusieurs années.

5.3 Violence subie par les parents

Ces derniers exemples de comportements violents nous amènent à parler de la violence vécue par les parents adoptifs de la part de leurs enfants. En effet, tous rapportent avoir vécu de la violence physique ou psychologique de façon soutenue. Ils racontent que les agressions se font à tout moment, que la journée débute ou se termine dans la violence et qu'elle est tout-à-fait inattendue. « Je me suis fait réveiller par trois coups de poing dans la face, puis le 4e j'ai réussi à lui attraper la main, pour pas l'avoir. Ça, c'était le début de ma journée. » (Parent 4). Les participantes disent que l'état de colère de leurs enfants passe de zéro à dix en quelques secondes et elles n'arrivent pas toujours à en déterminer l'origine. La particularité de cette violence est qu'elle dégénère rapidement. Elles racontent des événements où l'enfant s'exprime avec vulgarité, est menaçant, intimidant avec elles ou avec d'autres. Le niveau de violence psychologique est important, il marque le coup sur l'estime de soi des parents.

C'est juste qu'elle ne laisse pas de marque, puis ça au bout de la ligne, bien tsé ça touche l'estime de soi, ça touche tu sais tes capacités parentales. Ça touche toi comment tu te perçois comme personne (Parent 2).

Certains parents ont même peur pour leur propre vie. Voici comment un des parents raconte le plan de son fils pour les tuer, sa femme et lui :

À la psychologue, il disait : « Je veux faire mourir mes parents. », de façon très sereine, très claire, ppffff ! « Puis je sais comment. ». « Raconte-moi ça comment. » Puis il avait décidé que quand il viendrait chez nous la prochaine fois, il allait mettre le feu dans son matelas, puis il allait attendre que le feu soit bien pris, puis il allait même le mettre sur le long du mur, parce qu'il pensait que ça allait brûler plus vite. Puis qu'après ça, il allait sacrer son camp, puis il allait barrer la porte, puis il allait fermer, puis qu'il allait nous enfermer là. » (Parent 10).

Certaines racontent comment l'enfant a brisé des vitres, la télévision, un lave-vaisselle. La participante 8 raconte comment son enfant agit avec ses animaux : « Tsé, botter les chiens, arracher la queue du chat ». Elles se doivent donc de protéger ceux-ci de l'enfant, mais aussi de protéger l'enfant d'une réaction fâcheuse de l'animal. L'une d'entre elle raconte que dans l'autobus scolaire, quand il y a moins de surveillance, son enfant s'est désorganisé : « Oui, il a battu un chauffeur d'autobus avec sa boîte à lunch, il a été exclu de l'autobus jusqu'au secondaire. » (Parent 8). Le participant 10 raconte comment lors de retours à la maison, du centre de réadaptation où il est hébergé au moment de l'entrevue, son enfant a démoli des pièces de la maison : à deux reprises, la salle de bain, avec la plomberie arrachée, l'eau qui coule partout et cette fois-ci, c'est sa chambre à coucher.

Deux semaines après, il arrive à la maison et pour une binerie, n'importe quoi, je lui ai demandé de répéter, pis là, nouvelle crise. Il descend en bas, puis il commence, bang ! Bang ! dans les murs, puis il démolit sa chambre cette fois-là. Alors le gypse, les panneaux de gypse arrachés à 4, 5 endroits, des gros trous, là qui font à peu près 2, 3 pieds. Son bureau, son lit, démolis. Les blocs Lego, il en avait à peu près 1 000, ils ont été distribués partout. Puis, il avait une planche dans les mains, puis quand sa mère s'est présentée pour dire : « Bien ça suffit. ». Il voulait la frapper en disant : « Je vais te tuer ! » (Parent 10).

Pour les participantes, le plus difficile est la violence physique envers elles ou les autres personnes de l'entourage. Même à l'école ou en centre de réadaptation, il arrive que des enfants se désorganisent et deviennent violents.

Tsé, les coups de pied dans le ventre des remplaçants. Se sauver de la classe, la directrice court dans l'école après lui ! Là, ils n'avaient jamais vu ça, dans cette école-là, un enfant de 5 ans avec un plan d'intervention ! Tsé ! Il a étranglé une petite fille dans la cafétéria, avec des marques (Parent 6).

Deux participantes racontent avoir reçu un coup de poing au visage, une autre le récepteur du téléphone qui lui a blessé le crâne. Une autre s'est fait frapper à la tête avec un masque de plongée avec une force tellement grande que cela a provoqué une commotion cérébrale. La fréquence de ces crises varie. « Les mégas crises où il me frappe, c'est pas toutes les semaines, là, tsé, c'est peut-être aux six, huit semaines. » (Parent 9). D'autres racontent que c'est quasi quotidien.

Il frappait comme jamais il n'avait frappé. C'était rendu qu'en auto, il se détachait pour venir me frapper, si mettons je ne voulais pas arrêter au dépanneur lui acheter quelque chose. Fait qu'il se détachait, il venait me frapper. Ou il restait attaché et il me crachait dessus. Où est-ce qu'il était, il me visait. Puis il crachait, il crachait, il crachait ! Là je prenais mon capuchon, je le mettais sur ma tête. Il continuait à cracher, là il était fâché : « Enlève ton capuchon ! Enlève ton capuchon ! Enlève ton capuchon ! Sinon je vais te cracher dessus, je vais te cracher dessus ». Je ne l'enlevais pas, il continuait à cracher. Je l'enlevais, il continuait à cracher (Parent 2).

5.4 Étapes de deuil de l'expérience parentale rêvée

Il ressort des réponses des participantes certains rêves d'une parentalité plus habituelle, soit l'enfant coopératif, avec lequel on passe beaucoup de temps à jouer, à qui on lit des histoires sans fin. Une participante raconte qu'elle pensait l'accompagner au hockey toutes les fins de semaine. Il est intéressant de noter que plusieurs s'attendaient à vivre certains enjeux spécifiques tels que des enjeux d'attachement ou de TDAH, mais n'avaient pas vraiment envisagé les autres problématiques de santé mentale. Elles s'attendaient à un certain degré de difficulté, mais toutes imaginaient que ce serait moins difficile que la réalité à laquelle elles ont eu à faire face. Une participante partage que l'intensité de la violence de son enfant et l'énorme hyperactivité de celui-ci dépasse l'entendement :

L'intensité, on en avait vécue avec [1^{er} enfant], mais ce n'était pas la même intensité, ce n'était pas... C'était au-delà de l'imaginaire, fait que... On n'avait pas des lunettes roses, ça, c'est clair ! On n'avait pas de lunettes roses, on ne faisait pas l'autruche non plus, on savait dans quoi on s'embarquait. Mais quand tu le sais, puis tu le vis, c'est vraiment différent (Parent 2).

Certaines participantes s'attendaient à une période d'adaptation, après laquelle l'enfant finirait par guérir de ses blessures, s'engager dans une relation avec elles et avoir une vie de famille « normale ». Pour elles, il était question d'être parent « thérapeute » pendant quelques années : « Tsé, je disais 1 à 3 ans, dans ma tête, c'était ça, j'étais prête à donner 1 à 3 ans... C'est ce que ça a pris pour les autres. Sauf que lui, ça a jamais fini. » (Parent 9). Ainsi, l'enfant réel, tel qu'il est, avec ses difficultés, entraîne chez certaines un deuil de l'enfant « normal ». Que ce soit, par exemple, parce qu'il n'a pas pu être scolarisé dans une école régulière, aller au service de garde ou même prendre l'autobus scolaire. Ce peut aussi être parce que celui-ci a nécessité des soins psychiatriques à un très jeune âge et les parents n'avaient jamais envisagé cette réalité.

Moi, j'ai un peu capoté, là ! Tsé, dans le sens, je me disais : « Aiè ! Je m'en vais en psychiatrie avec un enfant de 4 ans. Ce n'est pas vrai ! ». Tsé, 20 ans, peut-être... Qu'il fait une crise de maniaque-dépression, ou de schizophrénie, ok. Mais pas à 4 ans ! Mais tsé, pour moi c'était comme impensable, c'était comme une suite de (cogne sur la table 4 coups), de impensables (Parent 6).

Plusieurs deuils ont été décrits par les participantes. Le plus important est celui de ne pas pouvoir vivre une vie de famille « normale », ce qu'elles envient des autres familles autour d'elles. Le rêve d'une famille unie qui fait des sorties agréables ensemble se confronte à une réalité douloureuse, où l'enfant se désorganise.

[Elle est très émue] Bien le deuil d'avoir une vie familiale normale. Ça, c'est vraiment difficile. Parce que ... Tsé, Facebook c'est un réseau social, fait que là des fois j'ai des amis qui montrent toutes leurs affaires. Ils s'en vont au zoo, ils s'en vont à la ronde, ils font ci, ils font ça, nan, nan, nan, tu sais... Nous on ne peut pas faire ça, avec [nom de l'enfant], mais avec la famille parce que [nom de l'enfant], tsé, si mettons à la Saint-Jean-Baptiste on veut aller voir un show, bien on ne peut pas, parce que la foule, il y a trop de

monde. Puis ça, bien ça l'opprime, puis ça va virer en crise, fait qu'on l'évite la foule. On ne va pas au Festival Juste pour rire. On ne va pas à la Ronde, parce que les manèges ça l'excite trop, ça devient trop sur stimulant pour lui, fait qu'il se désorganise. Ces deuils-là hein ! (Parent 2).

À cause de la façon dont s'est déroulée son histoire, une des participantes exprime en vouloir au système entier. Elle dit avoir un deuil à faire de l'expérience telle qu'elle s'est finalement produite.

Il y a encore une part de moi qui en veut au système. C'est comme ça qu'il fallait que ça se passe. C'est comme ça que ça s'est passé. Mais je suis vraiment déçue d'avoir fait confiance, d'avoir mis ma confiance en des gens qui nous ont pas informés. Qui minimisaient ce que je disais. Tsé, qui me disaient : « Non, ne vous inquiétez pas ! », tout ça. Il y a quelque chose en dedans de moi qui... tsé, qui l'a mauvaise encore. Fait que j'ai envie de te dire, je suis encore... par rapport au système DPJ, CPE, système de santé, je suis encore dans ma phase colère. Je ne l'ai pas encore digéré. Je vais dire ça de même. Je ne suis pas encore passée à la phase de deuil (Parent 4).

Entre l'enfant rêvé et la réalité, il y a toujours un espace de découverte et d'acceptation. Malgré leur désir immense d'avoir un enfant, certaines participantes rapportent que l'accumulation des enjeux liés à celui-ci fait en sorte qu'il leur est parfois difficile de l'accepter tel qu'il est. C'est un processus qui peut prendre du temps. Au travers de cet extrait où le participant 10 raconte que les intervenants de la DPJ leur ont reproché, à sa femme et lui, de ne pas avoir accepté l'enfant dès le départ, il nous explique comment débute le processus d'acceptation.

[En parlant de la DPJ :] on nous a reproché ça, systématiquement, chaque fois qu'il y a eu des discussions pour comprendre l'état de l'enfant, on nous disait : « Bien c'est normal vous l'avez pas accepté dès le début. ». Alors que c'est pas vrai, on n'a pas... C'est pas vrai qu'on n'a pas accepté, mais on a eu de la difficulté à dire « C'est l'enfant qu'on va avoir. ». Comme n'importe quel couple qui arrive avec un enfant différent, doit prendre le temps d'assumer, puis de dire... Puis ça veut pas dire que ça sera pas dur parce qu'on dit que « oui ». On a dit « oui », mais on savait qu'on entrait dans un chemin assez complexe. Puis ça a été complexe, même plus que ce qu'on a pu imaginer (Parent 10).

Certaines participantes racontent que d'accueillir l'enfant qui a un « handicap invisible » peut prendre plus de temps. La participante suivante nous explique comment le chemin s'est fait, en elle, pour comprendre que la vie de son enfant ne sera pas simple, mais que ce sera la sienne.

C'est ça, j'ai fait l'atelier avec Tristan Milot sur les traumatismes complexes, puis il disait : « si vous amenez quelqu'un au centre-ville, là. Vous lui feriez monter l'escalier, pis il est en fauteuil roulant, ça as-tu de l'allure ? » Fait que, il dit c'est un peu la même chose qu'on demande aux gens qui ont des traumatismes complexes. On leur demande de devenir des beaux modèles standards mais ils sont pas capables. Fait que, je pense que c'est, ça va être ça, [nom de l'enfant]. Va falloir trouver le mode d'emploi pour qu'il, qu'il soit heureux, pis qu'il trouve quelque chose à faire de lui-même. Mais je ne pense pas que ça va être un petit modèle standard, jamais, là. Mais c'est comme ça ! Faut, vivre avec, là (Parent 1).

5.5 Répercussions des comportements de l'enfant sur les différentes sphères de vie du parent

Avoir un enfant avec une histoire de trauma complexe s'exprimant par de tels comportements et de si nombreux besoins n'est pas sans avoir d'impact sur les parents adoptifs. Ceux-ci ont exprimé plusieurs impacts dans leur vie, autant au niveau temporel, professionnel, des coûts financiers. Enfin, ils ont aussi parlé des impacts sur leur vie de couple. Il va sans dire que les impacts se vivent aussi au niveau du réseau familial, avec les autres enfants de la famille. Les relations avec l'entourage et les collègues sont aussi touchées par leur réalité.

5.5.1 Impacts temporels

Toutes les problématiques de l'enfant prennent une grande place dans la vie des parents. Les participantes rapportent que leur enfant a besoin d'une présence de qualité, exclusive, dont la durée prend une place considérable dans le quotidien, pour répondre à un besoin affectif plus grand que pour l'enfant moyen. Les parents passent beaucoup de temps à accompagner leur enfant à ses différents rendez-vous médicaux et psychosociaux. Ils sentent qu'ils doivent demeurer entièrement disponibles, en tout temps.

T'es constamment en suivi, à l'hôpital, à poser des questions, à monter des dossiers, parce que c'est ça que tu fais, tu montes un dossier, tu fais... Je ne sais pas combien il y a de cartables, de suivis de dossiers de ma fille (Parent 7).

Le temps passé à chercher des ressources pour leur enfant est aussi très important. Et quand elles en trouvent, les participantes remarquent que souvent, les dossiers ne sont pas tenus avec rigueur. Ainsi, elles disent devoir sans cesse reprendre l'histoire, corriger les faits à chaque nouvel intervenant rencontré. Cette répétition prend énormément de temps. À cela s'ajoute le temps pour mettre en œuvre les différents exercices recommandés dans les plans d'intervention d'orthophonie, d'ergothérapie, de physiothérapie et le temps supplémentaire nécessaire à l'aide aux devoirs et leçons, à cause des difficultés d'apprentissages ou des troubles d'opposition. Tout ce temps monopolisé par l'enfant fait en sorte que certaines participantes disent ne pas aller chercher de l'aide pour elles-mêmes, comme l'exprime la participante 9 : « [je] manque de temps. Tous les intervenants, ici, toutes les semaines, plus qu'une fois par semaine [pour mon fils] ... », elle précise que cela ne lui laisse aucune place pour ses propres besoins. Les parents racontent aussi l'impact sur le temps de la routine familiale. En effet, lorsque l'enfant fait une crise de plusieurs heures, le parent doit lui accorder son attention, au détriment de ce qu'il était en train de faire. Ainsi, les repas, les tâches ménagères, l'aide aux devoirs et les soins aux autres enfants, le temps de couple, le temps pour soi, tout est relégué à un moment ultérieur. L'impact sur l'organisation familiale est très important.

Donc ça, ça perturbe la vie familiale, parce que si ça arrive à 4 h, 5 h, je veux dire, on va tous souper à 7 h, [en attendant] chacun [des autres enfants] prenait son trou. Ils faisaient leurs affaires scolaires, ils écoutaient leur musique (Parent 9).

5.5.2 Impacts professionnels

En plus du temps nécessaire pour les rendez-vous, il faut noter que ceux-ci se font généralement de jour, pendant les heures de travail des parents, entraînant des répercussions sur leur emploi. Une des participantes a dû cesser de travailler parce qu'elle devait sans cesse reporter ses rendez-vous professionnels à cause des rendez-vous de suivi

pour son fils. Cet enjeu est d'autant plus important pour une mère monoparentale : « Pis d'ailleurs, parce que les deux enfants, ça me faisait cent rendez-vous par année. Pendant trois ou quatre ans, en plus de travailler 35 heures. » (Parent 1). Des couples ont organisé le travail familial pour que l'un des deux puisse être disponible pour l'enfant advenant que l'école le suspende. Un père a pris une année sabbatique pour être disponible lors de l'entrée de son fils en première année, à cause des nombreux problèmes de comportement de celui-ci.

Les participantes ont exprimé la difficulté de lâcher prise dans le cadre de leur travail. En effet, l'enfant demeure toujours présent à leur esprit, par exemple en raison de la crainte que la garderie ou l'école n'appelle pour qu'elles aillent le chercher. Pour certaines, c'est difficile de justifier cette réalité à l'employeur, car cela peut sembler exagéré vu de l'extérieur étant donné la fréquence et la durée des appels téléphoniques de l'école ou la garderie, concernant les interventions qu'il faut faire ou approuver. Une mère monoparentale dit que ces retraits constants de l'école ont engendré chez elle l'angoisse de perdre son travail, de ne plus pouvoir gagner sa vie et nourrir sa famille. Les participantes ajoutent que vivre un stress d'une telle intensité n'est pas sans affecter leur disponibilité au travail. Une participante s'est sentie très fragilisée par toute son expérience et a eu quelques arrêts de travail pour soigner sa santé mentale. Elle vit maintenant un deuil professionnel, ne pouvant plus exercer son emploi d'intervenante sociale à cause des trop grands effets sur sa santé.

Le deuil, pour ma part c'est un deuil professionnel aussi, parce que dans le fond je suis comme déclarée invalide pour travailler à la DPJ, j'ai eu des rapports d'expertise qui disent que dans le fond, je ne suis pas apte à recommencer à travailler dans le secteur de la DPJ. Fait que... Bien là, j'ai 45 ans, là pour l'instant je bénéficie des assurances salaires, bien l'assurance avec la SSQ mais tsé, je vais faire quoi après ? (Parent 2).

À l'opposé, une des participantes a reconnu que son travail était sa bouée de sauvetage. Elle s'y sent compétente et soulagée contrairement à sa vie familiale où tout va mal à ses yeux. Elle a refusé un arrêt de travail pour éviter de perdre cette oasis dans sa vie tourmentée. « Je passais beaucoup de temps au travail, parce que lorsque j'étais au travail,

j'étais bien. Je devais me concentrer sur autre chose que les problèmes que j'avais à la maison. » (Parent 3). Enfin, une des participantes affirme recevoir du soutien de la part des collègues de travail et semble l'apprécier.

5.5.3 Impacts financiers

Étant donné les délais importants pour obtenir des services dans le système de santé, pour leur enfant ou pour eux-mêmes, plusieurs parents se tournent vers le privé pour obtenir des services professionnels (nous y reviendrons dans la section sur l'aide). Mais les participantes rapportent que la facture monte vite et que ces frais causent un stress supplémentaire. Le manque de ressources financières peut devenir un obstacle à l'obtention de l'aide, car certains parents rapportent ne pas avoir assez de revenus pour assumer cette aide à tous les niveaux en même temps. « Nous, on a adopté, mais après tu te retrouves dans le caca financièrement, parce que ça coûte bien cher toutes ces affaires-là. L'ergo dans le privé, le psychologue dans le privé, neuropsychologie dans le privé. » (Parent 9).

Un seul couple de l'échantillon a choisi de ne pas finaliser l'adoption de l'enfant pour s'éviter d'avoir à assumer les coûts des services nécessaires pour aider leur fils avec des comportements très difficiles.

Fait que là, la DPJ a dit : « Bien vous êtes rendus où ? », bien on est rendu là. Qu'on trouve que ses comportements sont trop extrêmes, tu comprends-tu ? Qu'il n'a pas de limite ! Qu'il fait n'importe quoi ! Fait que, c'est là que finalement ils ont décidé de l'envoyer dans une maison de réadaptation (Parent 6).

Le père trouve injuste de devoir payer de sa poche pour des services professionnels pour l'enfant. D'après lui, comme l'enfant arrive dans la famille, déjà grandement affecté par son histoire de trauma complexe, il trouverait juste que la DPJ ou le réseau public prennent en charge ces frais. Les deux parents expriment que s'ils l'adoptaient, ils se retrouveraient seuls avec les difficultés, sans les services et que ceux qu'ils trouveraient leur coûteraient trop cher. En effet, pour eux, tant que l'enfant est suivi par la DPJ, l'accès aux services leur semble plus facile ; alors qu'une fois qu'il est adopté, il devient à leur

charge. Les parents adoptifs doivent passer par les mêmes canaux que tout le monde et être mis sur des listes d'attente. Pour le père, les enfants avec un trauma complexe devraient, comme les enfants handicapés, obtenir une allocation financière plus grande. Cela pourrait aider les familles à trouver les ressources adéquates et éviter que l'enfant ne retourne dans le système, si la situation dégénère.

5.5.4 Impacts sur la vie de couple

Les participantes rapportent que le quotidien empreint d'intensité n'est pas sans avoir d'impact sur la relation de couple. Elles racontent qu'il est difficile de faire équipe et que beaucoup de conflits surviennent dans les méthodes d'intervention ou d'éducation. Une participante exprime comment elle sentait qu'elle était prise entre son conjoint et ses enfants.

Il m'a dit : « Est-ce qu'on a fait une erreur ? ». (Elle devient émotive) Tsé, je te le dis, puis c'est un peu une émotion. Pour lui, les filles étaient en train de nous séparer. Il faisait beaucoup porter le chapeau aux filles, puis je disais : « [conjoint], ce n'est pas la faute des filles! Elles ont des difficultés, mais arrête de blâmer les autres! ». Et les filles se couchaient le soir, puis elles avaient certaines craintes. Puis « Non ! On ne va pas les aider. Tsé, on ne va pas répondre à leurs besoins. Elles se débrouillent. ». Puis là tu sais, si j'allais aider les enfants, je me faisais... Quand je redescendais, c'était moi qui se prenais... Pas qui se faisais engueuler, mais qui se faisais bouder. Je mettais en place des routines, il ne les respectait pas. [...] En fait, il était beaucoup, beaucoup en demande, tsé, quand il rentrait du travail : « Moi, je veux voir ma femme ! Je veux ma femme ! C'est à toi que je veux parler. ». Moi je disais : « Non, mais les enfants, elles t'attendent. » (Parent 4).

D'autres expriment qu'ils sont encore ensemble, mais davantage comme des collègues que des amoureux : « Ça a brisé notre couple, ça a créé une distance. À un moment donné, on était en parallèle, [...] c'est dur sur le couple. » (Parent 7). Toutefois, même si pour certains, cette expérience a été vécue avec différentes déceptions entre conjoints, avec des désillusions qui ont même mené à une séparation, d'autres l'ont vécue comme une occasion de croissance. Certains couples reconnaissent que les difficultés leur ont apporté une capacité à grandir et une force, ignorées jusqu'à présent. Une autre participante exprime que ce travail d'équipe a été très bénéfique, permettant que chacun

relaye l'autre quand il était à bout. Les participantes disent que comme couple, ils ont appris à mieux se connaître mutuellement, à faire confiance à leur partenaire, à leurs différences et ont tablé sur la profondeur de leur engagement conjugal pour affronter la situation.

On est complémentaire, et c'est dans ce sens-là qu'on est une bonne équipe. J'ai un coup d'œil qu'il a pas, et il en a un que j'ai pas. Tsé, les gars c'est pas pareil hein ! Ils sont souvent plus rationnels, plus capables de se distancier affectivement. Donc, ça aide à faire la part des choses. Donc, ce qui fait qu'on se retrouve toujours, puis on se fixait des objectifs. Donc, à partir de là, bien on fait qu'est-ce qui est pour notre objectif (Parent 9).

5.5.5 Impacts sur la vie familiale et sociale

Les difficultés vécues par les parents avec leur enfant ne sont pas sans affecter les autres enfants de la fratrie. Une des participantes nous disait qu'elle se sentait déchirée quand son conjoint n'était pas à la maison et qu'elle devait demander de l'aide à un de ses fils n'habitant plus avec elle pour intervenir auprès de son frère en crise. Celui-ci lui disait : « Ouais, bien là, t'es pas tannée ? S'il est pour être agressif comme ça tout le temps ? » (Parent 9). La mère se sentait frustrée de devoir se justifier auprès de lui de vouloir garder son dernier fils plutôt que de la placer. À l'inverse, un autre parent a dû accueillir le choix d'un de ses fils aînés de couper les ponts avec eux, parce qu'il lui reprochait d'avoir choisi le placement pour son frère.

Puis ça a eu des conséquences, un de mes fils s'est dissocié de nous de façon définitive. En disant : « Ça vient de tout changer dans ma tête. Si tu es capable de placer ton fils en famille d'accueil, donc pris en charge par le gouvernement » - il appelle ça le gouvernement – « ça veut dire finalement que tu n'es pas un vrai père. Tu n'es pas le père que moi j'ai pensé que t'étais. ». Puis c'est ça, ça fait 2 ans et demi qu'il a rompu complètement les liens (Parent 10).

Plusieurs parents n'ont pas de famille immédiate pour les soutenir, soit à cause de l'éloignement géographique ou du décès de leurs parents. Les participantes expriment qu'à cause de l'exigence des soins nécessités par leur enfant, leur réseau finit par se désinvestir et cesser de les aider comme elles le souhaiteraient. Elles déclarent se sentir abandonnées

par leur réseau et confrontées à la solitude pour répondre aux grands besoins de leur enfant. Elles doivent compter sur elles-mêmes et diminuer leurs attentes envers les autres.

Avec cette situation-là, j'ai réalisé que malgré qu'on est tricoté serré, *at the end of the day*, tout le monde a sa vie à vivre [...] quand la situation requiert un petit peu plus, à ce moment-là, tout s'effrite. Puis, il a fallu que je diminue mes attentes envers les autres (Parent 3).

Les grands-parents ne sont pas toujours prêts à accueillir l'enfant avec des comportements difficiles, ce qui est très souffrant pour le parent. Une des participantes raconte que sa mère n'a jamais accepté son choix d'adopter et lui suggère de laisser tomber son fils, trop difficile selon elle, en lui disant qu'il n'est pas son « vrai » fils.

[Ma mère] n'a jamais compris, puis elle, elle nous a déjà dit : « Dump-le ! » [...] Dump-le, abandonne-le. Là je disais : « Ouais, mais toi là, quand mon frère, il n'était pas cool adolescent puis tu appelais le CLSC, puis que le CLSC t'a dit : "Bien si vous n'y arrivez pas, sacrez-le dehors", puis il avait 14 ans. Bien toi tu t'es obstinée, tu as dit : "Non, je ne sacrerai pas mon enfant de 14 ans dehors.", Bien c'est la même affaire pour moi. ». Puis là, elle m'a regardé puis elle a dit : « Ouais, mais toi, ce n'est pas pareil. Elle a dit, moi, c'est mon enfant. ». C'est ça (elle est émue), mais moi aussi c'est mon enfant. Il y a des gens qui ne comprennent pas que le lien de sang, c'est juste un lien de sang. Tsé, c'est notre enfant, même si on ne l'aurait pas mis au monde, on ne l'a pas fabriqué (Parent 2).

Certains parents rapportent ne plus participer aux événements familiaux, aux fêtes de quartier, aux célébrations entre amis ou même aller faire une course avec l'enfant, car ils ont peur des comportements possibles de leur enfant. Ainsi, ils s'isolent de plus en plus.

Tsé, une fois je suis allée avec lui au *Best Buy*, puis quand, dans le magasin, il a pété une *fuse* aux caisses parce que j'ai refusé de lui acheter une affaire à 15 piastres, puis je n'ai même pas été capable de l'amener jusqu'à mon char, c'est un monsieur qui m'a aidée à l'amener jusqu'à l'auto (Parent 2).

Les parents soulignent aussi qu'il devient de plus en plus difficile d'assister à un événement qui déroge de la routine, à cause de la grande stimulation qu'il opère sur l'enfant

et des répercussions sur les jours, voire semaines qui s'ensuivent. Ainsi, ils choisissent d'éviter ce genre de sortie.

Moi c'est sûr que si j'arrive dans une fête d'enfants, puis que je dis à [nom de l'enfant], « Go ! Tu peux faire ce que tu veux ! ». Moi je suis faite pour un mois, là. Puis c'est pas une journée, là, c'est un mois que je vais avoir à remettre en place toutes mes routines et toutes mes choses (Parent 8).

Toutes les participantes expriment trouver difficile de devoir privilégier l'enfant au détriment d'une vie sociale ou familiale active, qu'elles avaient avant son arrivée. Elles ont le sentiment de perdre le contrôle sur cette partie de leur vie. D'autres expriment que c'est un deuil auquel elles doivent faire face. « Le réseau, tu perds du monde quand tu as un enfant comme ça. Le tissu social s'effrite pas mal autour de toi, là. Parce que c'est trop compliqué, trop longtemps » (Parent 9). Une des participantes reconnaît qu'elle n'a plus la disponibilité d'écoute qu'elle avait auparavant pour les autres membres de son réseau, elle n'a plus d'énergie. L'une d'elles exprime avoir changé ses habitudes de vie pour faire face aux exigences de sa nouvelle réalité. Pour elle, avoir à s'occuper d'un enfant qui requiert une présence continue demande une discipline de fer qui a nécessairement un impact sur sa vie sociale. Voici comment elle en témoigne.

Tu ne prends pas un verre de trop, tsé, si le soir, on a du fun avec des parents, puis tout ça, non, je m'en vais me coucher... Je ne me couche pas à 3 h du matin, parce que je ne peux pas me réveiller tout croche, fatiguée le lendemain, parce que je ne sais pas dans quel état va se passer ma journée. Et dès qu'il y a de la fatigue, dès qu'il y a de l'impatience, tout envenime. Donc c'est comme si... tsé, ça me ... Je fais le choix, je pourrais dire que c'est une obligation, mais je fais le choix d'être tout le temps quasiment à mon meilleur. Je fais attention à ma santé, je fais attention à tout pour être capable d'assumer ce rôle-là (Parent 4).

Le regard des autres n'est pas sans affecter les participantes. En effet, avoir un enfant qui sorte de la norme entraîne son lot de difficultés sociales. Elles expriment toutes avoir ressenti, à un moment ou un autre, le sentiment d'être jugée, que ce soit par les membres de leur famille, les amis, l'entourage. Parfois, elles doivent même choisir de rompre des liens. « Mes beaux-parents me jugeaient parce qu'on était sévère avec, puis

qu'on était très strict, puis que tsé... Fait que je les ai juste sortis de ma vie. » (Parent 8). Deux participantes étant aussi proches-aidantes auprès de leurs parents ont parfois du mal à leur dire la vérité à propos de la situation avec l'enfant pour les préserver et éviter le jugement. L'une d'elle exprime que le fait de devoir sans cesse justifier ou expliquer les comportements ou les besoins de son enfant a augmenté considérablement le niveau de stress dans sa vie. Devoir prendre soin de son fils et de ses parents en même temps demande beaucoup plus de gestion et d'énergie que ce qu'elle avait anticipé. Les participantes sentent qu'elles devront tout le temps expliquer les particularités de leur enfant, l'excuser pour ce qu'il fait, justifier leurs actions. Le partenaire du parent 2 nous l'explique :

[Nom de l'enfant], ce n'est pas un enfant ordinaire. Fait que tu ne peux pas avoir des moyens ordinaires avec [nom de l'enfant], parce que ce n'est pas un enfant ordinaire. Mais eux autres, ils ne comprenaient pas ça. Fait que nous autres... Moi, mon sentiment d'impuissance de père, les autres ne comprenaient pas.

D'autres reconnaissent avoir un entourage aidant, respectueux de leur réalité, sans jugement, que ce soit les voisins qui gardent un œil bienveillant sur l'enfant ou les enfants du voisinage qui viennent jouer avec lui. Une des participantes mentionne qu'elle et son conjoint s'entraînent au dekhockey pour prendre soin d'eux-mêmes. L'enfant les accompagne à toutes les parties et demeure sur le banc pour la durée du match. Leurs coéquipiers prennent donc l'enfant en charge quand les parents sont en jeu. Parfois, ce sont les grands-parents qui épaulent, d'autres fois, les oncles ou tantes. Pour un des parents, même si l'aide n'est pas dans le quotidien, il demeure que la famille élargie offre un soutien psychologique, lui permettant de sentir qu'il n'est pas seul. Les membres de sa famille questionnent les comportements, les interventions, mais toujours, selon le parent, dans le but de mieux comprendre. « De mon côté, il y a beaucoup de bienveillance à l'endroit de notre famille, de comment c'est... Un accueil très ouvert à la différence de mes enfants. » (Parent 10).

Les comportements difficiles de l'enfant ont donc des répercussions majeures sur les différentes sphères de vie des parents, que ce soit sur leur gestion du temps, leur vie professionnelle, leurs finances, leur vie de couple, familiale et sociale. Toutes ces sphères

peuvent être affectées sans pour autant engendrer un trauma secondaire. Mais l'accumulation du stress, jour après jour, en vient à éroder les capacités des parents à se prémunir contre celui-ci. Dans la prochaine section, nous élaborerons comment il se manifeste chez les participantes.

5.6 Trauma secondaire

Les parents adoptifs sont plus vulnérables face au trauma secondaire à cause du quotidien partagé avec l'enfant. De ce fait, ils sont hautement exposés aux manifestations du trauma de l'enfant et aux nombreux impacts qu'ils ont précédemment identifiés. Rappelons que selon Cairns (2008), le trauma secondaire s'installe quand les parents n'ont plus la distance affective pour faire face à toutes les difficultés quotidiennes qui se répètent inlassablement. Les manifestations du trauma secondaire, telles que présentées précédemment, sont les suivantes : augmentation du niveau de stress et d'hypervigilance, répercussions sur la santé physique, mentale et affective ; cette dernière se manifestant par l'apparition d'émotions nouvelles vécues de façon beaucoup plus intenses que ce qu'ils connaissent habituellement. Ces problématiques étaient absentes avant qu'ils accueillent l'enfant. Il importe de rappeler que les parents ont été choisis sur la base du fait qu'ils vivaient des difficultés importantes à cause des comportements difficiles de leur enfant.

5.6.1 Stress et hypervigilance

L'un des effets les plus marquants chez toutes les participantes est l'intensité du niveau de stress. En effet, quand nous avons demandé aux participantes comment elles évaluaient leur niveau de stress, les participantes ont toutes exprimé des niveaux similaires, allant de 8 à 14 sur 10, à certains moments. Bien que ces chiffres ne soient que subjectifs, ils expriment comment le stress est extrême pour elles. Certaines participantes notent que les effets du stress se remarquent sur tous leurs systèmes corporels : digestif, circulatoire, musculaire... Nous en parlerons plus loin. Elles reconnaissent que le stress est à un point tel qu'elles n'arrivent plus à le gérer. Elles expriment comment le fait d'être toujours stressées les rend en hypervigilance. Certaines participantes expriment devenir de plus en

plus stressées à cause des crises de leur enfant. Elles développent des interventions préventives pour se protéger ou pour éviter les crises.

Puis moi c'était rendu à un point, là, que mettons j'allais en visite en quelque part, j'étais tellement rendue *brainwashée* que si je voyais un couteau à beurre, mettons, traîner sur le comptoir ou sur la table de cuisine, je le ramassais et j'allais le serrer ou je le mettais dans le lavabo. Il fallait que j'épure tout, tout ce qui était dangereux, fait que oui, j'ai eu peur pour ma vie (Parent 2).

Les participantes expriment que cette hypervigilance constante ne leur permet pas de récupérer. Elles demeurent en état d'alerte d'une crise à l'autre. Le niveau de stress ne redescend jamais à un niveau normal. Certaines des participantes lient leurs problèmes de sommeil au stress généralisé qu'elles vivent quotidiennement, les empêchant de s'apaiser pour trouver un sommeil réparateur. En plus, quand l'enfant se réveille plusieurs fois par nuit, inévitablement, cela se répercute sur le sommeil des parents qui sont en hypervigilance, même la nuit.

5.6.2 Impacts sur la santé physique et mentale

Après le stress et l'hypervigilance, le plus important impact rapporté par les participantes est l'épuisement. Voici comment le parent 7 nous l'exprime :

C'est facile de t'écraser parce que t'as tellement pas d'énergie. T'as tellement pas de... T'as pas de réserve non plus. Ou tu es dans la réserve tout le temps, fait que t'as jamais... Tes piles se rechargent jamais. Fait que t'es toujours dans la zone de vidage, constamment.

Elles parlent aussi des problèmes de santé suivants : inflammation chronique, maux de digestion, migraines, perte ou prise de poids, problèmes de pression, problèmes cardiaques, raideurs physiques, troubles du sommeil. Ces divers problèmes engendrent, chez certaines, une prise plus grande de médication. « Je suis très consciente que depuis que [nom de l'enfant] est plus agressif, disons depuis 5 ans, je me rends compte que je me nourris de Tylenol. » (Parent 5). Enfin, certaines sentent qu'elles ont une immunité plus faible, les exposant plus facilement aux virus ambiants.

Un an après avoir eu... après que [nom de l'enfant] soit arrivé avec nous autres, dans le fond, je suis tombée en épuisement physique. En allant le chercher, à un moment donné, à la garderie, je me suis comme écroulée, totalement ! [...] Mon corps était comme plus capable de suivre. Parce que je passais des nuits blanches tout le temps, puis tsé, ça prenait beaucoup d'énergie, fait que mon corps a carrément lâché. Je n'étais plus capable de marcher. J'avais comme pogné un virus que je ne savais pas que j'avais, puis mon corps n'a pas été capable de le combattre. Fait que ça a comme fait tac! J'ai fait une petite dépression (Parent 2).

Les participantes ont également parlé de symptômes ou de problématiques liées à la santé mentale tels que : dépression majeure, anxiété, crises d'angoisse, problèmes de concentration, de mémoire, d'attention, trouble d'adaptation, idées suicidaires, somatisation et de perte de contrôle.

Puis là, j'ai brillé ma vie. Puis là je suis tombée en dépression majeure, mais vraiment majeure, jusqu'à vouloir mettre fin à mes jours. Ce qui n'est pas arrivé, parce qu'il y a eu placement, puis il fallait que ça arrive parce que sinon je n'étais plus capable, c'est ça (Parent 2).

5.6.3 Impacts affectifs

Les participantes rapportent vivre dans leur quotidien une panoplie d'émotions et de sentiments inconnus jusqu'alors et d'une intensité extrême. Elles sont en mesure de dire que ceux-ci ont commencé à la suite de l'arrivée de l'enfant dans leur famille. Plusieurs ont manifesté de la peine durant l'entrevue. Plusieurs émotions ont été rapportées et ont été regroupées pour tenter de mettre en relief leur importance : sentiment d'incompétence et impuissance ; colère et perte de contrôle ; culpabilité ; tristesse ; sentiment d'usure et perte d'espoir ; sentiment de se perdre ; peur.

5.6.3.1 Sentiment d'incompétence, impuissance

Face à des comportements si intenses, les participantes disent toutes s'être senties à un moment ou un autre, dépassées, incompétentes, ne sachant plus comment agir, présentant que les méthodes éducatives qu'elles ont connues, utilisées auparavant avec d'autres enfants, ne sont d'aucune utilité avec cet enfant. Ce sentiment agit durement sur leur estime de soi, comme nous l'explique le parent 10 : « Donc il y a le deuil de l'image

de soi, compétent, capable et ainsi de suite. Rentrer dans une vulnérabilité qui n'est pas familière. » Les parents ont l'impression de faire tout ce qu'il faut, mais que cela ne produit pas les résultats escomptés. Aussi, les participantes ont l'impression que les besoins de leur enfant sont supérieurs à ce qu'elles peuvent donner, comme l'exprime la participante 4 : « Là, à un moment donné, je suis arrivée au point où je me suis dit, je ne suis pas la bonne personne. Je ne tiendrai pas le coup. » Plusieurs participantes ont été confrontées à leur idéal de parentalité au point d'avoir l'impression de n'avoir pas réussi, de n'avoir pas été à la hauteur, se sentant déçues d'elles-mêmes, à cause de leur incapacité à voir venir les crises, à réagir adéquatement, à se contenir elles-mêmes.

La déception, bien c'est plus... bien je pensais que je serais meilleure que ça. (Rire) Je pensais que je serais... que j'aurais plus de contrôle sur moi par rapport à lui. [...] J'ai beaucoup d'humour alors je pensais que je serais plus en mesure de le voir venir, puis de réagir avec humour. Puis je n'ai pas autant de maîtrise que ça de la situation (Parent 5).

Face à la profonde souffrance de leur enfant, beaucoup de participantes se sentent impuissantes, seules et incomprises.

Ça, c'est beaucoup d'impuissance, parce que t'es là, tu le vois dépérir pis tu peux pas l'aider. Parce qu'évidemment, tu peux pas être sa mère, son intervenante, sa pédopsychiatre pis son ergothérapeute en même temps, là. Fait que non, ça je trouvais ça dur de le voir dépérir. C'est beaucoup d'impuissance parce que là, t'as beau raconter ton histoire, si personne te croit, là, t'as pas grand pouvoir sur la situation (Parent 1).

5.6.3.2 Colère et perte de contrôle

Se sentir incompetent fait naître de la colère. À force de ne pas savoir quoi faire, ne pas trouver de solution, certaines participantes ont reconnu que cela engendrait une colère envers l'enfant leur faisant vivre ce sentiment d'incompétence. Colère aussi parce que leur vie est changée, compliquée. Colère parce que certaines sentent qu'on leur fait porter les difficultés des enfants comme si elles étaient de « mauvaises mères ». Colère parce qu'elles se sentent manipulées par l'enfant qui dit des choses et en fait d'autres ou parce qu'il ment. Colère parce qu'elles expriment le sentiment que la situation ne changera pas. Certaines

participantes ont exprimé avoir l'impression que leur situation ne s'améliorera jamais ou même qu'elle deviendra encore pire dans le futur. « Des fois, on a de la haine aussi, tsé, envers toutes les situations, puis on se dit qu'on n'a pas été adopter un enfant pour être comme ça. » (Parent 8). Colère, enfin, parce que les émotions deviennent si fortes qu'elles se sentent emportées, elles sentent que se montre le monstre en elles.

Moi j'ai toujours dit, puis avec d'autres mamans adoptantes aussi, on s'en est toujours parlé. Souvent les enfants adoptés qui ont des défis d'attachement puis tout ça, ils viennent chercher comme le meilleur en nous. Mais ils viennent aussi chercher comme le pire en nous qu'on ne pensait même pas avoir (Parent 2).

Les participantes expriment de différentes façons leur sentiment de perdre le contrôle. Globalement, quand l'enfant se désorganise et que la crise perdure pendant plusieurs heures et plusieurs jours de suite, les participantes expriment perdre le contrôle de leur environnement, de leur agenda, voire de leur vie. Elles expriment aussi que l'ampleur de la crise leur fait perdre le contrôle de leurs moyens.

Moi, je le vois ... perte de contrôle dans le sens que tu perds... T'es pas patiente, puis tu dis des choses que tu voudrais pas dire. Ça arrive fréquemment puis tu te sens vraiment *cheap*. Puis aussi de te défendre, parce qu'avec des enfants qui ont des difficultés, les gros mots sortent beaucoup (Parent 7).

Les participantes rapportent avoir des pensées agressives qui naissent suite à la répétition des violences venant de leur enfant. Par moment, ces pensées peuvent être un exutoire utile pour éviter qu'elles-mêmes ne ripostent.

Tsé, tu as les bulles qui te passent dans la tête, puis tsé, « Ah ! je l'attacherais sur la corde à linge. » « Ah ! il me semble que aujourd'hui, je l'afficherais sur Kijiji. » « Aïe ! Aujourd'hui, je suis écœurée qu'il se désorganise dans l'auto puis j'aurais juste envie de lui crisser son auto en pleine face. » Tsé, tu comprends ce que je veux dire ? (Parent 2).

Certaines participantes reconnaissent avoir été surprises de sentir en elles une si forte agressivité apparue suite à l'expression incessante de la violence de leurs enfants. L'extrait suivant résume bien cette réalité :

Puis là, à un moment donné il a pété une de ces coches ! Puis j'ai tilté là... Je me suis réveillée, j'étais comme par-dessus lui et je m'en allais le varger, je ne l'ai pas vargé, mais je m'en allais le varger, puis là quand j'ai comme fait « Woo ! », je me suis enlevée de là, puis là je me suis effondrée sur le divan, puis j'ai pleuré, pleuré, pleuré, pleuré, pleuré, pendant 5 heures de temps (Parent 2).

Ces mêmes participantes ne se définissent pas comme violentes, mais ont été face à des situations où elles ont eu peur de le devenir, à cause de l'ampleur de la violence physique et verbale dont l'enfant fait preuve envers elles et à laquelle elles auraient pu riposter.

Ouais, c'est venu chercher des vulnérabilités au niveau de l'agressivité. Je ne suis pas une personne souvent agressive, mais oui. Oui, à un moment donné, il a fallu que je me contrôle parce que ... Parce que tu n'es plus capable de te faire frapper, tu n'es plus capable de te faire traiter de grosse vache, d'hostie de chienne, de pute, de salope. Tu n'es plus capable. Puis c'est tout le temps. Fait qu'à un moment donné tu as des mécanismes de défense qui apparaissent. Fait que oui, j'ai eu envie de lever ma main à un moment donné (Parent 2).

5.6.3.3 Culpabilité

Globalement, la culpabilité est verbalisée par plusieurs des participantes. Certaines ont l'impression de délaisser les autres enfants de la famille à cause des besoins trop importants de celui-là. D'autres se sentent coupables de ne pas en avoir assez fait pour qu'il soit mieux ou se sentent responsables des difficultés de leur enfant. Certaines participantes ressentent une grande culpabilité vis-à-vis des fortes émotions ressenties à force de se faire elles-mêmes agresser et se sentent coupables d'avoir la pensée qu'elles pourraient s'en prendre à leur enfant. Elles expriment se mettre souvent la pression de devoir tout faire, tout réussir ou sentent cette pression de la part de leur entourage ou des intervenants et se sentent coupables si elles n'y arrivent pas. L'une d'elle raconte devoir se montrer en

contrôle face à son conjoint de peur de révéler sa vulnérabilité : « Fait que là encore, j'essayais de me montrer forte pour ne pas qu'il détecte que je suis en train de perdre la carte un peu. » (Parent 3). Les participantes expriment que cette pression intérieure est constante et épuisante. Certaines expriment qu'elles ont envie de fuir cette situation trop souffrante et ont l'impression d'être de « mauvaises mères » à cause de telles pensées.

L'une des participantes a adopté seule un enfant et croit que de ce fait, elle doit pouvoir tout gérer seule : « Comme j'ai voulu adopter un enfant alors que je suis monoparentale, je me sens aussi dans l'obligation de ne pas me plaindre et ne pas m'apitoyer sur mon sort. » (Parent 5). Elle se sent également coupable de ne pas offrir de père à son enfant, c'est un deuil pour elle. D'un autre côté, il y a 2 participantes qui ne ressentent pas de culpabilité. Elles ont l'impression de donner tout ce qu'elles peuvent à leur enfant et que le reste ne leur appartient pas.

5.6.3.4 Tristesse

Les participantes racontent ressentir régulièrement de la tristesse. « Oh ! Boy ! J'ai beaucoup de peine, c'est évident, je braille tout le temps [elle est émotive]. » (Parent 8). D'autres partagent qu'elles pleurent en silence pour que l'enfant n'en ait pas conscience.

Bien ça m'arrive de pleurer dans mon lit. Évidemment quand tout ça relâche, là je pleure, puis je ne veux pas qu'il le voit donc j'essaie de pleurer dans mon lit. [...] J'essayais de savoir où j'en suis avec tout ça (Parent 5).

Pour elles, la tristesse se mélange à beaucoup d'autres émotions qu'elles ont du mal à départager. La tristesse est rattachée pour certaines à un sentiment dépressif, elles associent des moments d'extrême détresse à la peine sans fond ressentie et la dépression qui semblait poindre. Certaines ont du mal à l'accueillir, pensant que de ressentir de la tristesse les place dans une certaine vulnérabilité et que cela réduirait leurs capacités à faire face à la situation.

Je n'ai pas beaucoup pleuré pendant tout ça, parce que je me disais : « Si je pleure... Ouais, si je pleure ça va me départir d'une force que je vais avoir besoin pour pouvoir aller chercher de l'aide, aller, être là pour lui, et tout, et tout (Parent 3).

5.6.3.5 Sentiment d'usure et perte d'espoir

La répétition quotidienne des crises, des interventions, des rendez-vous, de la course contre la montre, entraîne un sentiment d'usure. Les parents expriment avoir le sentiment qu'ils font tout ce qu'ils peuvent, qu'ils vont au bout de leurs limites et qu'il faut tout reprendre à chaque nouvelle crise.

C'est qu'à un moment donné tu penses que ça va bien, ou ça a l'air d'aller bien. Puis ça re-pète encore ! Fait que tsé, t'es toujours... Est-ce que l'état de vigilance est toujours là, en réserve, ou est-ce que ça vient t'ébranler plus durement parce que t'as pas eu le temps de te relever ? Peut-être c'est ça (Parent 7).

Certaines participantes expriment qu'elles ont du mal à penser à elles-mêmes car toute leur énergie est dédiée presque exclusivement à l'enfant. Elles se sentent complètement vidées.

Tu sais frustrée là, voyons ! Je vous donne tout ce que j'ai... Je suis allée comme puiser dans tout ce que j'avais, puis j'avais l'impression de donner le meilleur... Je n'avais plus rien pour moi, je n'avais plus rien pour mon conjoint, je n'avais plus rien pour moi. Tout allait aux filles, puis ce n'était pas encore assez. [...] Tsé, c'est des puits sans fond... (Parent 4).

C'est la chronicité des situations difficiles qui donne l'impression aux parents que ça ne finira jamais, qu'ils devront toujours recommencer. Pour les participantes de notre échantillon, la fuite n'est pas possible et le répit est peu fréquent. Elles mentionnent avoir rarement l'espace pour récupérer ou se recentrer. Certaines réussissent à trouver le petit éclair d'espoir au travers de leur quotidien, mais la chronicité d'une situation difficile à vivre entraîne plus souvent une perte d'espoir chez les participantes. C'est ainsi que nous l'exprime la participante 8, quand nous lui demandons de nous parler de la perte d'espoir :

Ah ! Ça, ça fait longtemps. Ça fait longtemps qu'on a perdu espoir là, ouais, ouais. [...] Ah ! Bien... Tsé, on est rendu dans une routine puis dans un engrenage que, on ne vit plus on survit. Ouais. C'est ça, on survit plus qu'on vit.

5.6.3.6 *Sentiment de se perdre*

Les participantes ont l'impression de ne plus savoir qui elles sont, ce qu'elles veulent, ce dont elles ont besoin, ne se retrouvent plus. « Mais c'est vrai que j'ai eu l'impression de disparaître un peu là-dedans. Parce qu'elles [les enfants] prenaient tout l'espace ! » (Parent 4).

Ben, j'étais toujours en contrôle, (rire) ! Mais oui, j'veux dire, à un moment donné, il a un psychoéducateur que j'avais été voir pour [nom de l'enfant], pis il m'avait dit : « Non, [participante 1], là, regarde [nom de l'enfant], là, il en déjà de l'aide, pis là, à un moment donné, toi, qu'est-ce que t'aimes faire dans la vie ? » Pis j'avais pas été capable d'lui répondre (Parent 1).

Vivre des émotions si intenses et aussi régulièrement fait en sorte que les participantes ont l'impression de ne plus se reconnaître. Pour certaines, l'humour occupait un espace important de leur vie et elles remarquent qu'elles rient de moins en moins souvent, ce qui n'est pas sans les affecter. L'une des participantes exprime clairement qu'elle n'a aucune place dans le planning familial, et que le peu de temps qu'elle réussit à avoir en répit est dédié au couple, jamais à elle. Deux participantes ont reconnu faire preuve d'une grande abnégation en disant d'elles-mêmes avoir une personnalité de type « mère Teresa ». Elles disent avoir toujours été présentes, écoutantes, disponibles pour les autres, sans attendre en retour. Elles partagent que cette personnalité fait en sorte qu'elles se donnent entièrement, jusqu'à disparaître elles-mêmes, qu'elles ne pensent plus à elles.

5.6.3.7 *Peur*

Les comportements de l'enfant peuvent aussi engendrer la peur chez les participantes pour leurs proches et pour les gens de l'entourage.

J'ai plus peur pour ce que ça peut amener comme dommage mental à [nom d'un membre de la fratrie], tsé. Puis j'ai un peu peur pour ma femme, parce que, elle n'a pas de... devant la violence comme ça, elle a plus tendance, elle, à aller se mettre le nez dedans que de reculer. Il y a une espèce de poussée, tout d'un coup, elle va être capable d'aller affronter un Goliath, elle (Parent 10).

Certaines racontent avoir peur que leur enfant invente des histoires qui pourraient entraîner une intervention inutile de la police ou de la DPJ et avoir des effets dévastateurs sur la famille ou des proches. L'une d'elle raconte que si ça se produisait et qu'une enquête s'ensuivait, cela aurait un impact direct sur son travail car elle est éducatrice en milieu familial.

Par contre, [nom de l'enfant] c'est un menteur, puis un manipulateur, donc il est capable de nous faire tomber autrement. Fait que oui, j'ai extrêmement peur de ce qu'il peut faire. J'ai peur pour ma job, énormément ! J'ai peur de ce qu'il pourrait dire à l'école, qui pourrait faire que je peux perdre ma job. Parce que vu que j'ai une garderie, si j'ai de la DPJ ici, moi je perds ma garderie (Parent 8).

Les participantes expriment aussi avoir peur pour l'avenir de leur enfant. Elles ne reçoivent pas toujours d'encouragement de la part des intervenants, ce qui n'est pas sans augmenter leur peur. Voici un exemple de ce qu'un parent se remémore s'être fait dire par ceux-ci : « c'est sûr que c'est soit un enfant qui va virer sociopathe, puis carrément inadapté. Soit on va trouver à casser ça, mais de quelle manière ? » (Parent 10). Quand elles pensent à l'avenir de leur enfant, certaines n'arrivent qu'à l'imaginer en prison ou itinérant. Elles ne lui reconnaissent pas assez de capacité de jugement pour s'intégrer dans la société.

Aaaah ! Bien oui ! J'ai peur ! Bien sûr que j'ai peur ! [...] Quand ça arrive des fois, des crises comme ça, puis des gestes violents. Je me dis : « Bon sang, qu'est-ce qui va arriver quand il va être plus vieux ? ». Là, j'ai super peur pour lui, je me dis... Des fois là... Puis là, là, je suis... Ça demande du courage ce que je vais dire mais, j'ai l'impression des fois, que je peux le voir tuer quelqu'un quand il va être plus vieux. Je pourrais le voir dans un moment de stress intense, je pourrais le voir en train de tuer quelqu'un. Puis de le regretter après, mais de... Puis là je me dis : « bon sens, ce n'est pas ça que je veux, là » (Parent 5).

Enfin, une autre refuse de laisser la peur prendre toute la place, voici comment elle l'exprime :

Tsé, je vais avoir peur quand je vais le chercher à l'arrêt d'autobus ? Puis je vais avoir peur quand il revient de jouer au basket. Puis je vais avoir... Je veux dire ça a pas d'allure. [...] si je laisse la peur m'envahir, c'est ça qui va contrôler ma vie, puis je veux avoir le contrôle là-dessus. Donc j'essaie de ne pas avoir peur de lui, mais oui, il m'a déjà blessée physiquement et mon conjoint aussi (Parent 9).

Vivre de la violence de la part de leur enfant provoque énormément de peur chez certaines participantes. Elles expriment qu'au moindre stimulus agressif, elles ont une plus grande sensibilité émotionnelle qui se manifeste.

Euh... C'est pas mal ça, le trouble d'adaptation, anxiété, les peurs. J'ai des peurs par rapport à [nom de l'enfant], que là je suis en train de travailler en ce moment avec une thérapeute, pour ne pas avoir peur de lui quand j'ai à intervenir. Puis ça fait que là je suis très fragile aussi par rapport à tout ce qui est agressivité physique et verbale. Fait que ... Tsé, [nom de l'enfant], c'est correct là, je pense maintenant, mais si mettons il y a quelqu'un dans mon entourage qui monte le ton sur moi, ou tsé, si mettons je suis à quelque part, puis il y a du monde qui sont agressifs, je ne suis pas capable, ça me rentre dedans, il faut vraiment que je me retire, parce que ça me siphonne, j'ai peur (Parent 2).

5.7 Lectures des causes des difficultés avec l'enfant

Nous avons demandé aux participantes de nous dire ce qui explique, selon elles, les difficultés qu'elles ont vécues avec leur enfant. Il ressort que pour elles, les causes principales sont attribuables à l'enfant et son milieu d'origine. Certaines disent qu'elles ont aussi une part de responsabilité, de même que le couple ou la famille. Il est clair que pour la majorité des participantes, les problématiques, diagnostics et comportements difficiles de l'enfant sont les causes principales des difficultés. S'ajoutent à cela ses origines, son histoire, comme la pauvreté des liens avec ses parents d'origine et la pauvreté matérielle qu'il a pu vivre, qui ont un impact sur lui.

Le mauvais jumelage a été nommé comme cause des difficultés par certaines participantes. Elles rappellent l'importance de s'assurer que tous les tests ont été faits pour un enfant avant de statuer pour son projet de vie, par un placement en Banque-mixte. Elles ajoutent que parfois, il serait souhaitable que les Centres Jeunesse prennent plus de temps

pour connaître les problématiques des enfants, afin de les placer dans des familles prêtes à les prendre en toute connaissance de cause, avec un portrait le plus conforme possible de la situation des enfants. L'une d'elle a carrément l'impression d'avoir été bernée par les intervenants. Elle exprime qu'on lui a donné de fausses idées face au développement de l'enfant, quant à son histoire et qu'elle s'est embarquée sans avoir une idée réaliste de ce qu'elle pourrait vivre. L'écart entre la réalité et ce qu'elle s'est imaginée à travers la description des intervenants génère beaucoup de frustration.

Mais tsé, nous, il a été présenté comme un cadeau du ciel, comme un enfant comme il n'y en a pas, puis en réalité c'est un polytraumatisé, tsé. Fait que là, il me semble qu'entre un cadeau du ciel puis un polytraumatisé, il y a comme une grosse marge (Parent 6).

D'autres participantes pensent que l'enfant a été mal évalué, qu'il n'était peut-être pas capable d'aller vivre dans une famille Banque-mixte tout de suite, mais uniquement après avoir soigné ses traumatismes. « Peut-être qu'il aurait fallu qu'il soit, mettons, une couple de mois en réadaptation pour les tout-petits. Puis là, après ça, jumelé à une famille d'accueil. » (Parent 6). Pour ce parent, la situation était déjà vouée à l'échec à cause des nombreux déplacements et traumatismes qu'avait connus son enfant. Quelques participantes pensent que l'enfant, dès le départ, n'était pas adoptable ou ont entendu des intervenants parler de non-adoptabilité de l'enfant et partagent cet avis.

C'est un psychoéducateur qui travaillait sur la rive-sud, je sais pas dans le cadre de quoi, puis il avait dit : « Les enfants... Ce n'est pas tous les enfants qui sont aptes à être adoptés. ». Puis cette phrase-là m'avait marquée puis je pense qu'elle s'applique à [nom de l'enfant]. Cet enfant-là, je suis pas sûre qu'il était apte, qu'il pouvait être adopté. Ses blessures étaient trop profondes, tsé (Parent 9).

Quelques participantes expriment avoir aussi une part de responsabilité face aux difficultés parce qu'elles n'ont pu prévenir les crises, par exemple. D'autres disent que leur propre exigence de réussite et de devoir tout bien faire engendre une pression de performance difficile à supporter face au sentiment de ne pas y arriver. Cette pression a aussi des répercussions sur l'enfant.

Il m'a dit quelque chose récemment, pour dire que « T'es jamais contente ! ». Peut-être ... je l'ai étouffé d'amour. Je l'ai peut-être surprotégé. Peut-être que j'ai essayé de trouver des solutions à tout. Alors qu'il ne voulait pas de solution à tout (Parent 3).

Un des couples exprime que le manque de connaissance de ce qu'est la parentalité a engendré certaines difficultés. Ils expliquent que comme ils ont été eux-mêmes des enfants obéissants, ils croyaient que devenir parent serait naturel. Ils ajoutent que par l'éducation qu'ils ont reçue, ils n'ont pas appris à être des parents encadrants, sécurisants. « On était gentils, on était fins, on était aimants mais pas nécessairement comme sécurisant pour un enfant en trouble d'attachement. Tsé, pas nécessairement qu'est-ce que lui, il avait besoin. » (Parent 6).

Certaines participantes expriment comment leurs propres vulnérabilités ou celles de leurs conjoints viennent jouer dans leurs réactions respectives face à toutes ces situations. « Parce que ces enfants-là cherchent toujours à trouver ta faille puis à te faire réagir. » (Parent 6). Les traumatismes du passé entrent dans la danse.

C'est l'histoire de ma femme, c'est l'histoire de son passé, c'est l'histoire d'abus et tout le reste, ça fait partie d'elle. Moi je le sais ça, puis je comprends qu'il peut y avoir parfois des réactions émotives qui ne sont pas la femme sensée qu'elle est. C'est la femme blessée (Parent 10).

Une des participantes exprime bien comment son passé a un impact direct sur son histoire actuelle avec ses filles. Mais ces histoires passées qui remontent à la surface, même si elles sont difficiles à affronter pour certaines, sont quand même vues comme de belles occasions de grandir.

Mais là, si tu veux, c'est qu'on rentre dans une autre dynamique qui est notre propre vécu. Et moi je réalise que moi-même, j'étais probablement en trouble de l'attachement à la base. Fait que je me soigne. Mais c'est le ... Je n'ai pas des parents qui ont joué avec moi, même au contraire, j'ai été amenée à être très, très responsable très jeune. Fait que tout le côté jeu, ce n'est pas quelque chose avec lequel j'étais à l'aise au départ. Fait que ça me demande beaucoup, beaucoup de travail sur moi (elle devient émotive). Là ça fait 8 mois que je suis en thérapie, à toutes les semaines, puis j'en ai

encore pour longtemps. Juste pour être capable de, de, d'assumer pleinement ce rôle de maman-là puis leur offrir ce qu'elles ont besoin (elle est émue), puis de m'apporter, moi, le soutien que j'ai besoin pour les soutenir. Fait que, j'ai envie de te dire c'est un défi qui... Tsé, je t'en parle avec émotion, mais ça devient une super belle opportunité de grandir aussi (Parent 4).

Concernant la participante de notre échantillon qui ressent de la culpabilité quant au fait d'avoir adopté en tant que mère monoparentale, elle pense que le fait que son enfant n'ait pas eu de père lui a créé une souffrance si grande que c'est la raison pour laquelle c'est difficile avec lui.

La dynamique de couple peut aussi avoir contribué à accentuer les difficultés. Une participante exprime que l'horaire atypique de son conjoint ne permettait pas à ce dernier d'être présent aux périodes charnières de la vie quotidienne et que par le fait même, l'enfant s'est habitué à lui demander à elle de répondre à ses besoins. Elle a reconnu qu'il lui était plus simple de continuer à agir ainsi même en présence de son conjoint car l'enfant l'exigeait, et cela évitait les crises : une dynamique qu'elle questionne aujourd'hui. « Peut-être que je n'ai pas laissé assez de place à [nom du conjoint]. [Nom de l'enfant] ne lui laissait pas la place non plus, ça, c'est certain. » (Parent 2).

Comme nous l'avons dit en parlant des impacts sur la vie de couple, toutes les participantes vivant en couple ont admis vivre des conflits avec le conjoint à un moment donné ou un autre, que ce soit pour une question d'éducation ou d'intervention, de compréhension de l'enfant, de façon d'envisager l'avenir avec lui ou de soutien mutuel plus ou moins difficile à s'offrir. Bien que certains demeurent capables de se rallier dans l'intervention, de se retrouver, pour d'autres, c'était une difficulté majeure qui s'ajoutait, qui pouvait envenimer la situation. Certaines participantes ont exprimé comment les difficultés de l'enfant, combinées à l'incohérence dans le couple, ont contribué à créer de la chicane dans le couple. L'enfant spécialiste de la triangulation jouait entre ses parents en demandant à l'un une chose et changeant la question pour l'autre de façon à obtenir ce qu'il voulait, mais en créant la zizanie entre ses parents.

On s'est dit : « Ok, il faut qu'on redevienne des vrais coéquipiers. ». Il y a une dimension d'amour du couple, conjugal, de parents. Mais dans le cas d'un enfant avec des graves problèmes comme ça, il faut en plus être très cohérents, puis on ne l'était pas. [...] On ne prenait pas toujours la peine de valider auprès de l'autre : « Est-ce qu'il te l'a déjà demandé ? Quelle réponse tu as donnée ? » [...] Fait qu'on était beaucoup dans notre incohérence, l'un par rapport à l'autre, puis des fois, à s'engueuler parce que va donc... « Je lui avais dit non, déjà ! » « Bien ok, je n'ai pas pris la peine de... » puis de s'excuser, ainsi de suite (Parent 10).

Autant les parents reconnaissent ce qui a été difficile, ils peuvent reconnaître également quand les choses s'améliorent. Ils sont aussi capables de voir comment leur propre évolution personnelle a un impact sur celle de leur enfant. « Il se contrôle plus parce que je suis plus en contrôle, parce qu'il me sent peut-être plus solide. Il me sent moins anxieuse. Je suis plus directive. » (Parent 2). Quand le parent comprend que son enfant n'est pas comme les autres, il arrive qu'il découvre avoir lui-même à changer ses méthodes d'intervention, ses façons d'être, à faire en lui une place, un espace, pour l'enfant tel qu'il est, permettant cette amélioration.

Tsé, j'essaie aussi de pouvoir les regarder comme deux petites filles puis de les inviter à être aussi telles qu'elles sont, là, tsé. Puis de... De ne pas toujours être : « non, ce n'est pas ça, calme-toi ! », tout ça. D'être dans un processus d'accueil, [...] puis de trouver, moi, de l'espace pour accueillir ça, puis les aider (Parent 4).

5.8 Relation parent-enfant

Les participantes, par leurs réponses, démontrent qu'elles ne se leurrent pas quant à la faible disponibilité de l'enfant à pouvoir créer un lien avec elles. Elles tentent diverses approches respectueuses de ses besoins d'appivoisement : « Tsé, s'il y en a un qui ne veut pas se faire toucher aujourd'hui, puis l'autre si je lui parle trop, il se sent trop fébrile, bien là, ok, je prends mes distances. » (Parent 2). Elles ont aussi connaissance de l'importance d'offrir stabilité, cohérence, constance à l'enfant : « C'est des enfants que je voyais, que la routine, c'était sécurisant. » (Parent 4). Reste que la construction du lien demeure difficile : « Justement plus que tu arrives à t'attacher à ces enfants-là, chaque étape d'attachement

provoque l'effet inverse. Elle va retester les limites. » (Parent 4). Ce n'est donc pas dans la simplicité que se développe la relation parent-enfant.

Quelques participantes ont exprimé qu'elles avaient certainement une part de responsabilité face aux difficultés relationnelles de l'enfant. L'une d'elles pense que l'épuisement a été un facteur aggravant : « C'est clair que notre épuisement aide pas à la relation avec [nom de l'enfant], parce qu'on est beaucoup plus sévère qu'on devrait l'être peut-être. Tsé, ouais, c'est ça. Ça, c'est clair que oui. » (Parent 8).

Plusieurs participantes mentionnent un « mal à aimer » car vouloir devenir le parent d'un enfant qui rejette, qui fait mal, qui refuse leur amour, peut devenir, à cause de la chronicité de ces réactions, motif de souffrance pour elles. Une des participantes parle de son rapport d'amour/haine envers son enfant qui est généré par la souffrance et engendre à son tour de la souffrance.

Parce que moi, c'est mon fils ! Tsé, je veux dire... C'est vraiment mon fils, je veux dire, je l'ai adopté. Je l'aime, je l'aime cet enfant-là, je l'aime vraiment là... (Elle pleure.) Mais en même temps, je le déteste des fois ! Je le déteste vraiment aussi ! (Parent 8).

En effet, la souffrance constante ressentie dans le développement de la relation avec l'enfant rend difficile l'expression d'un amour libre et inconditionnel, comme l'exprime cette participante qui se sent rejetée par son enfant.

Quand il a su que c'était nous autres [ses parents], puis qu'on n'était pas juste de passage, là, il s'est comme mis à nous rejeter [...] Ce n'est pas ça que je voulais moi là, là, moi je voulais créer un lien avec un enfant, pour créer une famille, je n'étais pas pour me faire rejeter, puis essayer de trouver un moyen pour qu'il ne me rejette plus là (Parent 6).

La participante suivante exprime comment l'absence de réciprocité dans les échanges affectifs rend aussi la relation difficile :

Parce que, pis j'veux dire quand t'as une relation que t'as jamais de retour, c'est difficile aussi, tsé. N'importe quelle relation, avec tes amis, avec tes collègues, t'as toujours un retour, un échange, que c'est agréable. Mais là,

quand c'est toi qui donnes, pis qui va le chercher à l'école, pis qui, (rire). T'as jamais de retour, fait que c'est pas des relations... super épanouissantes, j'dirais (Parent 1).

Tel que mentionné précédemment, plusieurs participantes ont cette capacité de voir le positif dans leur enfant et reconnaissent que cela leur permet de continuer d'investir la relation avec l'enfant. Il y a celles qui remarquent toutes les évolutions, chaque petite victoire :

Fait qu'il y a comme quelque chose au niveau de l'attachement qui s'est comme créé. Il a commencé à pleurer. Il ne pleurait pas avant, maintenant, il pleure. Il a commencé à développer de l'empathie, maintenant... Tsé, si mettons il me fait mal, il va se mettre à pleurer ou il va aller me chercher de la glace [...] Il est médicamenté mais ils moins hyperactif, il est poli : « Bonjour, s'il-vous-plaît, merci. ». Il ne fait plus de terreur. Il dort des nuits au complet (Parent 2).

Malgré tout, la totalité des participantes ont pu exprimer pourquoi elles sont satisfaites d'être la mère de leur enfant. La participante 2 l'exprime comme suit : « Je suis heureuse dans mon rôle de mère avec lui parce qu'il me laisse la possibilité, tsé, comme d'être sa maman, maintenant ... ». Ainsi, les réponses tournent toutes autour des suivantes : voir leur enfant heureux, le voir se développer, l'accompagner dans cette croissance et grandir avec lui ou grâce à lui, avoir une complicité et une bonne communication.

Fait que j'ai envie de te dire la satisfaction d'être avec ces enfants-là, c'est toute cette... D'accompagner deux petits bouts de chou qui ont rien demandé dans la vie. Qui leur est arrivé plein de choses plates, là. Puis je disais bien que... Je vais être celle à qui ils vont accorder leur confiance pour faire ça. Puis tout le travail que ça me demande ce n'est pas facile, il y a des journées où j'ai pas le goût. Mais en même temps, pour moi en tout cas, c'est une opportunité de grandir, puis de grandir ensemble (Parent 4).

5.9 La goutte qui fait déborder le vase, l'incident critique

Nous avons demandé aux participantes si elles ont vécu, à un moment ou un autre, un incident critique, c'est-à-dire une situation engendrant chez elles de grandes réactions

émotives ou comportementales, où il est devenu évident que quelque chose n'allait vraiment pas et qu'il fallait un changement immédiat. Quelle a été la goutte qui a fait déborder le vase ? Les événements marquants racontés sont tous plus saisissants les uns que les autres. Alors qu'une participante pouvait nommer une période où les choses ont changé, il y a environ 2 ans, sans identifier d'événement marquant, les autres ont identifié spontanément un événement précis, sans hésitation. Par exemple, une participante ne se sentait plus capable de continuer à cause de l'accumulation causée par la maladie d'un membre de sa famille, ajoutée aux fugues de son enfant. Une autre a senti que quand sa propre santé était en jeu, il lui fallait du changement pour pouvoir se soigner.

Sept histoires tournent autour d'un point très important : la violence de leur enfant. Ce sont des histoires où la violence de la part de leur enfant devient invivable ; des histoires de peur face au sentiment d'avoir en elles-mêmes une colère qui leur donnerait envie de riposter ; des histoires où elles ont elles-mêmes riposté, soit en paroles ou en gestes. Ce sont toutes des histoires qui les poussent à agir pour éviter que la situation ne s'envenime. Cette violence, aucune des participantes ne l'accepte. C'est un constat difficile à exprimer tellement elle peut être souffrante, surtout celle venant de l'enfant, celui-là même qu'elles veulent protéger.

Mais la violence physique, non, ça ... Ça dépasse qu'est-ce que tu es capable d'accepter, tsé, tu vis quelque temps, puis tu dis « Ah ! Ça va passer, ça va passer ! Ça va passer ! C'est mon enfant, ce n'est pas un monstre ! ». Puis il faut qu'on continue mais... Mais ce n'est pas une vie, tu ne peux pas vivre avec un enfant violent de même tout le temps, ça n'a pas de bon sens. Puis tsé, si ça avait été mon conjoint, je l'aurais sacré dehors avant. Je l'aurais sacré dehors, ça n'aurait pas pris de temps. Puis à ton enfant, tu ne peux pas faire ça, tu sais. Mais c'est quand même inacceptable (Parent 2).

Il devient manifeste que quand la violence s'installe, pour tous les parents, il faut absolument un changement à la situation. Pour certains, c'est le moment où ils sont allés chercher de l'aide, car ils n'y arrivaient plus seuls.

Je n'étais plus là, et puis en fin de compte, à un moment donné, j'ai pris mon gars, parce que j'allais le frapper aussi. Et puis... Frapper ? Me défendre

aussi là, mais j'ai dit à mes parents, parce qu'il s'était sauvé dehors nus pieds aussi, il était enragé. Il a pété des carreaux qui sont là, de la porte aussi, puis il voulait piler dessus. Puis ... parce qu'il était enragé, puis je ne voulais pas. Puis là il fallait... J'ai dit à mes parents « Ok, j'ai besoin de vous, là. ». Alors ils sont venus avec ma voiture, je les ai mis chacun d'un côté en arrière, puis j'ai dit : « Là j'amène mon gars. ». Puis là je l'ai traîné et puis je l'ai mis dans la voiture en arrière, puis là il était correct avec eux, mais il était fâché, mais... Puis là je suis allée au CLSC. [...] Puis là, ça m'a demandé tout mon courage, puis là, je ne voulais pas pleurer. Puis là, j'ai dit : « Madame, je viens vous voir parce que mon garçon et moi, on a des problèmes. On a besoin d'aide, tout de suite. » (Parent 5).

Pour d'autres, suite à l'incident critique, ce changement a été la demande de placement ou le constat que l'enfant déjà placé ne réintroduira plus le foyer familial. Ainsi, l'éloignement de l'enfant devient une solution à la violence vécue. Il en sera plus question dans le prochain chapitre. Tant en réaction à des situations difficiles qu'en réaction à l'incident critique, les parents ont cogné à de multiples portes pour obtenir de l'aide.

5.10 Quand cogner à plusieurs portes n'entraîne pas l'aide espérée

Avec les grandes problématiques de leurs enfants, aucune participante n'a lésiné dans sa recherche d'aide. Dans la prochaine section, il sera question de l'attitude des intervenants envers les participantes, du sentiment d'être jugées, puis du sentiment d'être tenues responsables des difficultés de leurs enfants. Ensuite, nous aborderons l'aide obtenue pour l'enfant et pour le parent, ainsi que les moyens que les participantes ont trouvés pour prendre soin d'elles-mêmes, tels que des formations ou une participation à des groupes d'entraide par exemple. Nous donnerons ensuite une attention particulière à l'aide obtenue auprès de la DPJ, car elle touche particulièrement la période préadoptive et est déterminante pour plusieurs des participantes face à l'évolution des difficultés rencontrées avec leurs enfants.

5.10.1 Perception de l'attitude des intervenants

Il nous semble important de commencer cette section en parlant du sentiment ressenti par les participantes d'être jugées sévèrement par les intervenants de différents milieux (garderie, école, juges, avocats, policiers). Les participantes expriment ressentir

ardemment ce regard désapprobateur et avoir le sentiment qu'il y aura sans cesse quelqu'un pour critiquer leurs méthodes éducatives et leurs interventions. Elles partagent aussi l'impression de devoir se justifier pour contrer le jugement, pour démentir cette fausse image qu'on leur projette d'elles-mêmes, pour survivre à ces micros-agressions régulières. Elles racontent que quand elles se retrouvent devant un intervenant duquel elles se sentent jugées, il leur est difficile de s'investir dans un processus d'aide, même si elles le veulent ardemment. Ce sentiment était présent dans plusieurs des situations difficiles qu'elles ont racontées avoir vécu en lien avec l'aide recherchée et obtenue.

D'abord, les participantes ont exprimé avoir parfois du mal à dire qu'elles ont besoin d'aide, car elles ont le sentiment de ne pas être crues quand elles expriment des difficultés. Il est important de noter que comme l'enfant se désorganise souvent uniquement en présence des parents et parce que l'enfant est souvent calme et coopératif en présence des intervenants scolaires ou en présence de la famille élargie, elles ont l'impression de devoir sans cesse justifier leur besoin d'aide parce qu'il n'est pas apparent de l'extérieur.

Parce que beaucoup de monde dans ma famille, tsé, ils me disent souvent, là : « Tsé, mais oui, mais il est génial ton enfant ! Il est donc bien merveilleux ! ». Fait que là, tu te dis : « Ouais, quand je vais aller chercher de l'aide, est-ce qu'ils vont me dire la même affaire ? Que mon enfant est donc bien merveilleux ! ». Ils ne comprennent pas pourquoi j'ai besoin d'aide ? (Parent 8).

Elles ont aussi l'impression de ne pas être entendues, que les intervenants ne portent pas attention à leur message de détresse et à l'urgence de la situation, comme si on s'attendait de leur part à ce qu'elles réussissent leur rôle, sans besoin d'aide. Ainsi, elles doivent insister, mettre beaucoup de temps et d'énergie pour demander de l'aide. L'une des participantes dit que le fait d'appeler régulièrement pour demander de l'aide lui donne l'impression de se faire mettre une étiquette qui lui fait perdre sa crédibilité : « Tsé, tu as l'air comme d'une hystérique » (Parent 6). Les participantes sentent qu'elles manquent de reconnaissance car même quand on les invite aux différents plans d'intervention, qu'on fait mine de prendre leur opinion en compte, dans le concret, elles ont peu de pouvoir. Dans le

milieu scolaire, par exemple, certaines participantes racontent que les intervenants gardent le gros bout du bâton et peuvent décider de changer d'orientation sans l'aval des parents. Ce qui les rend méfiantes à redemander de l'aide. Elles n'ont plus confiance aux différents intervenants. Enfin, l'ampleur des difficultés des enfants est difficile à concevoir pour les gens extérieurs à la famille. Plusieurs participantes ont l'impression que certains intervenants veulent minimiser les difficultés de leurs enfants pour les encourager.

Fait que c'est comme si tout le monde se voulait rassurant, tout le monde cherchait à normaliser. À me dire « Bien tsé, c'est encore un âge où on n'est pas sûr. ». Puis au fond de moi, je le voyais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas à partir de 3 ans et demi (Parent 4).

Enfin, les parents ont l'impression de devoir toujours se justifier, défendre les intérêts de leur enfant, être leur propre avocat. Pour eux, cela est dû au fait que les intervenants ne connaissent ou ne comprennent pas les enjeux spécifiques à l'adoption, à l'attachement et au trauma complexe, omniprésents dans leurs histoires. Par ailleurs, pour les parents, se justifier demande un effort considérable : c'est un sentiment d'être sans cesse en train de batailler pour obtenir des services adéquats, ajouté au fait qu'ils se sentent souvent impuissants face au système. Les parents ont l'impression de n'être pas pris réellement en considération bien qu'ils connaissent mieux que quiconque leurs enfants et leurs besoins. Comme si leur lecture de la situation n'était pas plausible et que le fait d'être parent les place en position vulnérable face à des experts qui, eux, ont la bonne lecture. L'une des participantes raconte comment elle s'est fait dire par l'éducatrice de ses filles que c'était elle le problème, car celle-ci ne voyait pas de difficultés pour les enfants.

Puis là je suis revenue au CPE en disant : « Écoutez, il y a quelque chose qui ne marche pas. ». J'ai dit : « Vous me dites que mes enfants fonctionnent bien en groupe. Moi ce n'est pas ça que je vois. ». Elle a dit : « Bien ça doit être vous. ». Fait que tu sais, c'était moi le problème! (Parent 4).

Les comportements de leur enfant sont tellement hors normes qu'elles perçoivent qu'on les rend responsables de ceux-ci, comme si elles n'étaient pas adéquates comme parents. « Pis théoriquement, c'est toujours de la faute du parent. Fait qu'il faut toujours que tu te défendes à dire, mais, non, mais là, c'est plus compliqué, (rire). Fait que t'as l'air du mauvais parent. » (Parent 1). C'est d'autant plus difficile pour elles parce qu'elles

racontent avoir l'impression d'avoir été fortement cautionnées dans leur rôle, par les services de la protection de la jeunesse et d'échouer dans un des rôles les plus importants de leur vie.

Tsé, c'est ça, ils nous disent qu'on a passé tous les tests possibles pour dire qu'on était des bons parents. Puis là, tu es en train de dire qu'on a fait... qu'on n'a pas réussi dans ce qu'eux autres qualifiaient comme... On était des bons parents ! Tsé, ils sont là puis ils nous étudient de long en large ! Notre vie sexuelle, tout ! Ils ont tout étudié, là. Puis là, tu es bon, puis là tout d'un coup, tu échoues, tu dis : « Voyons, crime », c'est dur d'accepter d'échouer [...] Tout le monde a une opinion sur la DPJ, mais là, tu te dis : « Aïe ! Eux autres qui enlèvent les enfants au monde, ils ont considéré que toi, tu étais un excellent parent ! », c'est quelque chose, là, c'est comme si tu avais eu un diplôme, tsé, du gouvernement qui te dit que tu es vraiment hot ! Puis là tu échoues ! Tu as l'impression que tu peux pas échouer quand t'as la DPJ, elle-même, qui t'a attribué le titre de bon parent. C'est difficile (Parent 8).

Certaines sentent même qu'elles sont considérées responsables des crises de violence de leur enfant. Voici comment un parent nous le raconte :

Là on est dans ça, les policiers débarquent, mais c'est des nouveaux à chaque fois. Ils ne savent pas c'est qui cette affaire-là. Donc ils veulent comprendre qu'est-ce qu'on a fait pour le mettre en rogne de même ? Ainsi de suite, donc c'est dur à vivre ça. Tsé, émotivement parlant, c'est tuant (Parent 10).

5.10.2 Services pour l'enfant

Les deux premiers endroits où ont frappé les participantes pour demander de l'aide pour leurs enfants sont soit les Centres jeunesse, dont nous parlerons plus loin, soit la première ligne du système de santé public : médecin, CLSC, etc. Toutes rapportent avoir frappé à de nombreuses portes dans le but d'obtenir une aide efficace pour soulager leur enfant et faciliter leur quotidien : ergothérapie, pédopsychiatrie, psychologie, orthophonie, travail social ou psychoéducation, neurologie, enseignement privé. La majorité des participantes exprime que l'aide est difficile à trouver même pour des services qui ne seraient pas spécifiques à leur réalité de famille adoptive. Bien que certaines expriment avoir obtenu une aide suffisante, les participantes sont plutôt enclines à dire que malgré

tout, les services n'étaient pas adaptés aux besoins spécifiques de leurs enfants ou étaient même inexistantes. L'appréciation des services de première ligne est inégale, allant de pas du tout aidante, à très aidante. L'une des participantes apprécie les services du 811 pour se sécuriser.

Les participantes mettent l'accent sur les délais importants avant d'obtenir les services du réseau public et soulèvent le fait qu'ils sont souvent de courte durée, contrairement aux problématiques de leurs enfants. Plusieurs expriment frustration ou impuissance face aux délais : « Puis quand je suis allée cogner à la porte du CLSC [elle est très émue], il y a pour des mois d'attente, là. Fait que vous êtes laissée à vous-même. » (Parent 4). De plus, les parents savent qu'accepter de l'aide ne sera que temporaire, car le service cessera rapidement. « Jusqu'à l'âge de 3 ans, on a eu beaucoup de suivi, malheureusement les suivis, c'est par tranches de dix visites hein ! Puis quand tu arrives à dix, ben il ne reste plus rien. » (Parent 7). Cela n'est pas sans créer de l'anxiété chez les parents qui pressentent que l'aide doit être à plus long terme. Dès que l'enfant manifeste des signes d'amélioration, les parents rapportent craindre la fin des services, car ils savent que l'accalmie est souvent de courte durée, que les situations difficiles reviendront de façon sporadique ou régulière, et qu'ils se retrouveront seuls quand cela arrivera. « Alors on est encore suivi par une travailleuse sociale qui va venir jeudi. [...] Puis je ne veux pas qu'elle me laisse ! » (Parent 5). Ainsi, étant donné les délais trop importants avant d'obtenir des services au public ou la durée trop courte des services offerts, plusieurs participantes se tournent vers le privé. L'appréciation de ces services dépend de la spécialisation de l'intervenant : plus il connaît les enjeux d'adoption, plus son service est considéré de qualité.

Certaines ont obtenu des services par l'entremise du CPE ou de l'école. Ainsi, la psychoéducatrice ou l'orthophoniste était disponible pour des situations précises, tant que cela demeurait dans la limite de la situation « normale ». Des participantes précisent que lorsque la situation semblait plus problématique, l'école proposait des services adaptés, réclamait des évaluations ou un transfert vers une école spécialisée. Certaines participantes

ont trouvé que les écoles n'étaient pas très rigoureuses dans l'élaboration des plans d'intervention ni dans les suivis, devant même insister pour la tenue de ces rencontres.

Tsé, moi, quand j'ai un ... quand je ne paie pas une facture, je n'ai aucun problème à recevoir un appel me disant : « il faudrait payer ». Mais là, pour le plan d'intervention, c'est moi qui devais les rappeler pour dire : « Il faudrait faire un suivi. » (Parent 5).

Quand les services obtenus en première ligne ne suffisaient plus, les participantes ont eu accès à la deuxième ligne, avec un pédopsychiatre, qui pouvait faire un diagnostic. Pour les parents, sans celui-ci, l'enfant demeure l'oublié du système : « pas de diagnostic, t'as plus rien, tu tombes dans rien. » (Parent 10). C'est pourquoi elles partagent que le diagnostic, une fois établi, leur donne finalement un moyen d'avancer, d'avoir accès à d'autres services spécialisés. L'une d'elles dit : « Enfin, on va me croire ! Ça a fait, comme ok, crédibilité ! Puis en même temps, c'est comme, on va être capable de l'aider parce qu'on sait qu'est-ce qu'elle a. » (Parent 7). Le pédopsychiatre peut aussi donner une médication et demander un suivi psychosocial.

Il y avait un suivi en pédopsychiatrie aussi depuis le début de la maternelle, donc il a été suivi. On a essayé avec elle une panoplie de médicaments [...] Elle a, avec lui, un cobaye où rien ne fonctionne à peu près. [...] il y a un médicament [...] pour le traitement du TDAH qui fonctionne à peu près. Mais pour tout le reste, il y a rien qui a marché, y compris pour l'anxiété, y compris pour dormir [...] Chaque fois qu'on essayait quelque chose de nouveau, ça occasionnait d'autres troubles. Fait que là, on pouvait pas lui mettre 22 médicaments (Parent 10).

Selon les participantes, l'aide qu'elles reçoivent du réseau public est souvent trop peu, trop tard. L'attente interminable semble avoir pour effet d'augmenter le sentiment d'impuissance du parent et d'aggraver la situation. Quand l'aide arrive enfin, elle n'est parfois plus utile, la situation s'étant tellement aggravée que le placement d'urgence est maintenant nécessaire. Même des intervenants peuvent juger que les services obtenus ne sont plus adaptés à la réalité.

[Le pédopsychiatre] a dit : [...] « Bien là non, ce n'est pas pertinent, ce n'est pas ça qu'on a besoin. Vous avez pris trop de temps, la crise s'est accentuée.

Maman ne va vraiment pas bien. Coco ne va vraiment pas bien, la famille est en train de tomber. ». (Parent 2)

Selon le discours des participantes, quand l'enfant est en crise, l'ampleur de celle-ci et l'intensité de la désorganisation de l'enfant nécessite de l'aide extérieure. Une intervention du parent uniquement n'étant plus suffisante. Dans ces moments, le seul recours du parent est l'urgence sociale ou la police. En effet, près de la moitié des parents ont dû appeler la police pour leur venir en aide quand l'enfant était en crise. Le fait de demander une aide d'urgence au CLSC en situation de crise a accéléré l'accès aux services pour une des participantes. Selon son intervenant, si elle ne s'était pas présentée en crise, elle serait encore en train d'attendre. D'autres parents ont dû faire des demandes d'aide d'urgence au 911, à la suite desquelles l'enfant a quitté son milieu adoptif pour aller en ressource d'hébergement ou à l'hôpital, de façon temporaire ou permanente.

Les participantes expriment se retrouver face à un vide de services spécialisés. Leur constat est qu'elles ont l'impression d'en connaître plus que les intervenants sur l'adoption et l'attachement. Certaines participantes ont l'impression que le jeune âge et l'inexpérience des intervenantes peut expliquer l'inefficacité des services obtenus. Certes, les parents ont besoin d'outils concrets, mais les enfants requièrent des services spécialisés en santé mentale.

Tsé, ça arrive ici, puis ça n'a pas d'enfant. Ça a lu en quelque part que probablement que si lui, il a un trouble du lien d'attachement, il faudrait peut-être faire ça comme ça, mais elle ne connaît pas notre enfant. Elle connaît pas les troubles du lien d'attachement. Tsé, ça arrive, puis là ça te dit quoi faire ! Tsé ! Je veux dire, j'ai une garderie, je travaille en éducation. Tsé, j'en sais probablement plus que toi. Donc là, tu arrives, tu essaies de venir m'aider quand dans le fond, tu m'aides pas. Tu me nuis plus qu'autre chose. Ou tu me juges toi-même ! Parce que je veux pas faire exactement ce que toi tu veux faire. Mais ce que tu me proposes de faire, c'est carrément ce qui fonctionne pas avec mon gars. Tsé, combien de fois qu'ils nous ont proposé ou dit : « Ouais, mais tsé, récompensez-le à la fin de la semaine ! ». Moi je peux pas faire ça, parce que si je fais ça, mon gars il pense que tout ce qu'il fait, doit avoir quelque chose à la fin. Tsé, moi, mon enfant est pas comme les autres ! (Parent 8).

Selon les participantes, les ressources existantes suggèrent des interventions ne tenant pas compte de leur réalité familiale, des enjeux spécifiques de l'enfant ou du parent. Par exemple, un intervenant propose une « solution magique », supposée toujours fonctionner pour tout le monde, sans tenir compte de la dynamique familiale ou des capacités parentales actuelles (problèmes de mémoire ou épuisement par exemple). D'autres encore ont l'impression d'être renvoyé à d'autres qui renvoient à d'autres, comme une balle de ping-pong, puisque personne ne sait vraiment comment les aider ou évaluer la situation. Par exemple, une participante était prise entre l'école et le CJ qui voulaient tous deux une expertise mais ne voulaient pas la faire. « Elle [intervenante CJ], elle voulait que l'école me fournisse un service du CLSC pour diagnostiquer mon garçon, puis l'école voulait que elle [intervenante CJ], [...] avec le Centre jeunesse fasse cette démarche-là. » (Parent 5). Elles ont eu des intervenants qui, ne sachant plus quoi faire, s'accrochaient à des solutions inefficaces, plutôt que de référer à quelqu'un d'autre ou d'autres qui ont augmenté la détresse du parent en exprimant leur propre impuissance face à la situation.

À la dernière crise, c'est une violence impressionnante. L'éducateur qui était là, de dire, là : « Moi, je ne sais plus, je ne le sais plus non plus. ». Puis c'est un homme... ça fait 13 ans qu'il travaille dans l'unité, qui est l'unité des jeunes comme [nom de l'enfant]. Puis il a dit : « Ça, je n'ai jamais vu ça, là. » Fait que... (Parent 10).

Certaines participantes expriment que le réseau public leur a refusé de l'aide : l'une d'elles parce qu'elle travaille au même CJ et doit donc obtenir des services d'une autre région ce qui augmente encore les délais ; d'autres parce que les intervenants évaluent que les parents n'ont pas besoin d'aide parce qu'ils sont éduqués, ont une maison bien tenue, et semblent en contrôle.

Donc en fait, quand on se sentait psychologiquement dépassé, puis que tsé, on essayait d'aller chercher de l'aide, nous, ce qu'on réalisait c'est que comme on est deux personnes éduquées, puis on a une maîtrise universitaire, on paraît relativement bien. [...] On était bien habillés, on a une belle maison moderne puis tout ça. Bien c'est comme si on n'avait pas l'air démunis. Je ne sais pas comment l'expliquer ? Pourtant on l'était ! Mais pour eux autres : « Non, tsé, ils sont corrects. ». Parce qu'on n'était pas par terre en train de pleurer puis de s'ouvrir les veines (Parent 4).

Certaines des participantes ont exprimé avoir trouvé, sur leur route, des professionnels qui leur ont prodigué une réelle aide, ne serait-ce qu'en les orientant vers la bonne ressource, en étant conscients de la réalité familiale ou en agissant avec diligence. L'une d'elles raconte avoir été écoutée réellement avec empathie et soutenue lors de l'évaluation de son enfant. Une autre encore s'est sentie aidée quand le milieu scolaire a pris en compte les besoins de son enfant pour lui trouver une classe adaptée. Les parents ont trouvé que l'aide la plus efficace a été quand un réel travail d'équipe existait, qu'ils se sentaient pris en compte et avaient l'impression de faire partie de la solution ou quand l'enfant plus vieux était impliqué dans les solutions. Un des parents raconte comment il a apprécié un échange particulier qu'il a eu avec son médecin et combien il a trouvé son intervention brillante : « Moi, je suis un spécialiste des enfants en général, mais je connais pas le vôtre. Vous, vous êtes le spécialiste du vôtre. On va mettre mes compétences puis les vôtres ensemble. » (Parent 10).

5.10.3 Services pour les parents

Plusieurs parlent de l'aide qu'elles ont cherché pour elles-mêmes quand la situation était vraiment très difficile. Elles ont donc consulté psychologues, travailleuses sociales, médecins, ostéopathes, organismes communautaires, groupes de pairs. L'une d'elle reconnaît qu'elle vit des choses très importantes et que si elle ne travaille pas à son propre mieux-être, son enfant sera le premier à en souffrir. Elle identifie que son état influence grandement celui de son fils. « Bien oui, évidemment, je vivais des choses difficiles il y a 2 ans, donc c'est clair que si je ne suis pas apte à l'aider puis à l'écouter, il va réagir. » (Parent 5).

Certaines ne voient pas l'utilité d'aller consulter spécifiquement pour elles-mêmes avançant avoir déjà bénéficié de services par l'entremise de ceux de leurs enfants, les conseils et l'écoute leur permettant de ventiler: « Puis de toute façon, la façon dont elle parle avec moi, je trouve que c'est plus de l'aide pour moi que pour mon gars. » (Parent 5). Ainsi, elles se satisfont de cette aide indirecte. Une autre est allée rencontrer une travailleuse sociale et n'a pas reçu un accueil lui donnant envie de poursuivre : « Oui. Il y

a deux ans, je suis allée. Puis finalement bien, je me suis fait dire peut-être que je radotais. Fait que j'ai dit, ok, je vais aller radoter ailleurs. » (Parent 7). Elle n'est pas retournée consulter pour elle ensuite. Face à des expériences de consultation difficiles, les parents finissent par avoir envie de lâcher ou abandonnent leur suivi, tout simplement. Certaines participantes vont jusqu'à dire que l'aide obtenue est nuisible pour leur propre santé mentale. Par exemple, pour la participante suivante, le contexte de consultation lui créait une trop grande anxiété.

Puis quand elle consultait avec ma fille, il fallait que je la laisse dans la salle d'attente, puis elle était hyper anxieuse. Je lui donne mon téléphone, ce que je ne faisais jamais. Je comprenais pas comment qu'une spécialiste me mettait en état d'anxiété aussi grave... M'obliger à laisser ma fille toute seule, dans un milieu inconnu avec des étrangers, pas de surveillance. Puis là, j'étais comme désemparée, puis j'ai dit... Puis à ce moment-là, j'ai dit : « Non, non, rien ne va plus! On ne fait plus ça là! » (Parent 7).

Enfin, certaines participantes sentent qu'elles devraient aller consulter mais n'arrivent pas à identifier leurs propres besoins à cause de l'état de fatigue extrême dans lequel elles se trouvent. L'effort que ce processus demande leur semble au-delà de leurs capacités physiques et mentales actuelles, comme l'explique une participante :

On est dans un stade, parce que même nous-mêmes, on le sait même plus ce qui pourrait nous aider. On aimerait pouvoir se faire aider. Mais on n'est même pas capable de le dire ! On est tellement épuisé ! On est tellement fatigué, on est tellement dans notre routine puis dans nos affaires qu'on le sait même plus ce qui nous aiderait ! Même plus ... On trouve même plus ce qui pourrait nous aider, nous apporter quelque chose de bien. Je trouve que c'est ça le plus difficile de ... Tsé, si quelqu'un me demande : « C'est quoi que t'as besoin ? », je le sais pas (Parent 8).

Elles sont toutes capables de nommer des moyens pour prendre soin d'elles-mêmes. Certaines ont choisi de faire du sport pour lâcher prise ou garder l'énergie et se sentir mieux. L'une d'elles a même décidé de s'entraîner pour être plus forte physiquement quand elle a à intervenir avec son fils de plus en plus costaud. D'autres ont choisi d'avoir des activités sociales pour elles-mêmes. Les participantes parlent à quelqu'un en qui elles ont

confiance, dans leur réseau personnel ou à des professionnels en relation d'aide comme en suivi médical. Deux participantes parlent de l'importance de prendre soin du couple pour pouvoir poursuivre. Certaines ont essayé des thérapies alternatives, comme la réflexologie ou la thérapie énergétique ou ont employé des produits naturels. Le yoga et la méditation semblent des moyens très appréciés par quelques participantes pour améliorer leur bien-être. Une participante évite maintenant les réseaux sociaux où l'on voit le monde avec des lunettes roses, ce qui la rend morose. D'autres parlent du rire comme d'un moyen de rester en lien avec ce qu'il y a de beau dans la vie. « Les filles au travail me faisaient rire, fait qu'il y avait une période de temps où est-ce que j'étais moi. Une fille enjouée, avec le sens de l'humour. » (Parent 3). Prendre soin d'elles veut aussi dire de travailler à devenir de « meilleurs parents » selon elles. Ainsi, elles ont fait de nombreuses lectures, des recherches en ligne ou ont suivi des formations pour changer leurs types d'interventions. « C'était vraiment, qu'est-ce que je peux faire pour l'aider, lui, à se sentir bien. [...] Mais des trucs pour moi aussi, pour m'aider à mieux comprendre certaines affaires. » (Parent 2).

Certaines se sont intégrées à des groupes d'entraide dont l'appréciation n'est pas égale. Celles qui ont aimé y ont trouvé une intervenante à qui parler, ce qui les a soulagées fortement ou des parents qui vivent la même réalité, avec qui ils ont pu partager leurs défis et inquiétudes, sans jugement. En plus, elles ont pu y suivre des formations pour mieux comprendre leur enfant. Enfin, elles ont eu la possibilité de développer un réseau de soutien parmi les membres d'un groupe, ce qui est fort utile pour celles dont la famille immédiate est souvent absente. D'autres participantes expriment la difficulté de participer à ces groupes parce qu'elles ont l'impression de n'entendre que des choses difficiles.

Mais le problème avec ça [...] c'est que des fois, ça fait du bien de parler devant les autres, puis de se libérer de tout ça, puis... Puis des fois, c'est fatigant. [...] Des fois, ça vient me chercher puis j'en ai besoin. Puis des fois, non. [...] Mais une fois par deux mois, peut-être que oui. Parce que c'est lourd, ça peut être lourd d'entendre pleurer tout le monde (Parent 5).

Enfin, des participantes ont parlé de répit offert par des organismes, des gardiennes ou des membres de la famille. Cette aide a été très appréciée permettant de ventiler ou d'avoir du temps avec le conjoint. L'une d'elle s'est bâti un réseau avec des gardiennes,

dont une était la chauffeuse privée de l'enfant qui l'accompagnait aux rendez-vous où elle n'avait pas à être présente. « Pis, s'il s'faisait expulser, souvent, elle avait pas de cours pendant la journée, fait que [...] elle allait le chercher (rire), pis elle me le ramenait. » (Parent 1). D'autres auraient souhaité des services de répit spécialisés pour des enfants avec un trauma complexe car il n'en existe que pour les enfants avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Pour ces participantes, les enfants avec ces différents diagnostics cohabitent difficilement ensemble car ils ont besoin d'interventions trop différentes. Ces services seraient offerts par des personnes compétentes qui respectent les règles de la famille et les besoins spécifiques de l'enfant. Ainsi, les parents n'auraient pas l'impression d'en avoir pour des jours, voire des semaines à ramener l'enfant dans sa routine quand ils s'offrent du répit. Une des participantes aurait aussi souhaité un service de gardiennage formé, pour de courtes périodes, même juste pour une heure, alléguant que c'est très difficile à trouver car de jeunes adolescents ne peuvent pas gérer des enfants comme les siens. Elle raconte même que sa gardienne qui termine sa deuxième année en technique de travail social n'a pas été capable. « Les filles en sont venues à bout. À deux, elles sont capables de désorganiser n'importe quel adulte. Bien elle avait 18 ans, mais... Puis elle a démissionné. » (Parent 4).

5.10.4 Relations avec la DPJ et ses intervenants

Les participantes disent être allées chercher de l'aide auprès de la DPJ à différents moments de leur parcours adoptif : après le placement, après l'adoption, quand la situation est devenue plus difficile ou enfin quand, après avoir fait le tour de tous les services, elles sont devant l'inévitabilité d'un placement hors du foyer et qu'il ne reste que les ressources des CJ. Elles racontent leurs expériences difficiles avec les intervenants des CJ. D'abord, la majorité des participantes expriment que le suivi par les CJ, après le placement initial de l'enfant (du temps où elles étaient encore famille d'accueil Banque-mixte), a été assez déficient, passant de passable à quasi inexistant : « [...] on n'a pas eu d'intervenant vraiment, elle est venue deux fois, après ça... deux fois en un an, là ! » (Parent 8). Elles ont éprouvé le sentiment d'être laissées à elles-mêmes, face aux difficultés, puisque l'enfant était considéré en sécurité dans leur famille, par la DPJ.

Le Centre jeunesse pense que tout le monde va être en amour avec le mot « adoption », [...] le dossier est réglé, mais ils ne savent pas, c'est que c'est eux qui vont être pognés avec les problèmes. Puis un jour ça va revenir... Soit, ils [les parents] vont être épuisés ou malades, ou ils n'auront pas le choix de le placer encore (Partenaire du parent 6).

Les participantes expriment que ce suivi aurait été nécessaire pour l'élaboration des liens de confiance entre elles et les intervenants et aurait permis de détecter des problèmes beaucoup plus rapidement. Elles parlent aussi de la qualité de l'aide désirée. Elles auraient apprécié pouvoir appeler l'intervenante au besoin, être guidées dans l'intervention, sans jugement, avec empathie. Quand la situation était problématique, avant que l'adoption ne soit prononcée, certaines participantes ont exprimé avoir cogné spontanément, en premier lieu, à la porte du CJ, s'attendant à du soutien de l'intervenante ressource. Elles pensaient obtenir d'elle une meilleure compréhension de leurs enfants puisqu'elle travaille avec cette clientèle. Elles ont été déçues de n'avoir pas obtenu de réponses à leurs attentes.

Avant l'adoption officielle, les participantes affirment que pour obtenir de l'aide pour l'enfant, elles devaient en obtenir l'autorisation auprès des parents biologiques ou du DPJ. Certaines participantes, lassées d'attendre les délais pour ces autorisations, agissent sans celles-ci. Il y a aussi celles qui ont attendu que l'adoption soit complétée avant d'agir, car elles avaient l'impression de devoir toujours se battre ou se justifier, auprès des CJ, pour obtenir les autorisations. D'autres ont aussi attendu d'avoir adopté parce qu'on leur a dit qu'elles auraient toute l'aide nécessaire dès l'adoption complétée. « Chose qui n'a pas été faite évidemment, un coup que tu adoptes, tu n'as plus de ressources, même s'ils te promettent d'en avoir. » (Parent 8).

Les participantes soutiennent que les intervenants des CJ s'attendent à ce que tout fonctionne bien quand l'enfant est placé en Banque-mixte et que si ce n'est pas le cas, c'est parce que les parents sont inadéquats. Certaines rapportent l'avoir ressenti durant le placement jusqu'à l'adoption, d'autres quand elles se sont tournées vers la DPJ en dernier recours. Elles sentaient que les intervenants les mettaient dans le même panier que les parents auxquels l'enfant a été préalablement enlevé, comme si elles étaient inadéquates si

elles exprimaient la moindre difficulté. Pourtant, elles reconnaissent avoir été choisies pour leurs capacités parentales.

Moi je trouvais qu'on était regardé comme des parents qui étaient... eux autres, sont habitués de travailler avec des parents maltraitants, c'est comme si t'étais un parent maltraitant, là. Mais là, t'es supposé être un allié, pas un ennemi, là. Fait que, s'ils te traitent comme si t'étais un parent maltraitant, je trouve que ça part mal la relation (Parent 1).

Selon les participantes, il faudrait un réel travail d'équipe, de partenariat, entre la DPJ et les parents adoptifs, pour le bien de l'enfant. Certaines avaient l'impression que la relation était comme une lutte de pouvoir plutôt qu'un partenariat. Elles auraient souhaité des rapports plus égalitaires. Des participantes dénoncent le double rôle de l'intervenant de la DPJ qui peut à la fois offrir du soutien ou retirer l'enfant du milieu s'il juge les parents inadéquats.

Est-ce qu'elle est vraiment là pour nous soutenir ? Fait qu'il y a toujours un... pas un arrière-goût, mais une grosse incertitude vis-à-vis de son intégrité parce que c'est un rôle ingrat, il faut qu'ils t'évaluent puis en même temps, ils portent des jugements. Fait que tu es constamment... ou en tout cas, on se sentait pas mal jugés. Est-ce que tu fais la bonne chose ? Est-ce que tu es à la bonne place ? Est-ce que... Puis c'est sûr que tu fais mieux que si l'enfant était resté avec ses parents, mais tu remets beaucoup en question, tu remets constamment en question. Ça, c'est difficile (Parent 7).

Ainsi, se montrer vulnérable devant l'intervenant du Centre jeunesse et lui demander de l'aide représente un risque que toutes ne sont pas prêtes à prendre par peur de perdre l'enfant. Certaines expriment ne pas se sentir complètement autorisées à être elles-mêmes devant les intervenants des Centres jeunesse, sentant qu'elles doivent faire ce qui leur est demandé sans exprimer ce qu'elles pensent. Elles se sentent les mains liées. La participante 5 réalise que le désir de cet enfant a fait en sorte qu'elle ne s'est pas affirmée comme elle l'aurait fait normalement. Elle se sentait vulnérable face à un système trop fort. Elle ne se sentait pas en position de critiquer ou de négocier dans un rapport de force inégal de peur qu'on lui enlève l'enfant. Pour elle, la DPJ lui disait : « Ferme-là, puis suis-nous, fais ce qu'on te dit puis ça va fonctionner. ». Alors elle l'a fait parce que, dit-elle : « c'est

important, je ne parle pas d'avoir une barre de chocolat, je parle d'avoir un enfant, donc c'est un projet de vie incroyable ».

Pour finir, en dernier recours, après plusieurs années d'aide inadéquate ou de violence régulière, cinq des familles que nous avons rencontrées se sont tournées vers la DPJ pour placer l'enfant en raison de l'absence de services d'hébergement spécialisés pour leur enfant dans le réseau. « Là, j'ai dit non (ton désabusé). J pense qu'on répond pu, non plus, à ses besoins, là, tsé. Ça demandait plus qu'un cadre familial. Fait que, c'est pour ça qu'il a été placé. » (Parent 1).

5.11 Mettre fin à l'adoption ?

Les participantes à notre recherche ont fait face à beaucoup de violence, au rejet de la part de l'enfant, à l'impuissance, sans compter les impacts sur leur santé physique et mentale. Nous leur avons demandé s'il leur était déjà arrivé de penser mettre fin à l'adoption, considérant l'ampleur des comportements difficiles de celui-ci ou influencées par des personnes de leur entourage qui leur ont conseillé d'abandonner l'enfant. Cette question en soi comporte de nombreux enjeux qu'il ne sera pas possible d'illustrer entièrement n'étant pas l'objet principal de la présente recherche. Par contre, elle permettait d'illustrer le niveau de détresse vécu par ces participantes quand, après avoir tant voulu leur enfant, elles en venaient à penser mettre fin à l'adoption. Toutes les participantes ont répondu y avoir pensé à différents moments de leur parcours parental sans pour autant vouloir concrètement mettre fin à l'adoption. Nous n'avons pas défini auprès d'elles ce que voulait dire mettre fin à l'adoption. Par ailleurs, dans leurs réponses, elles ont parlé de placement et d'abandon.

Ouais. (Silence) Au moment où j'étais vraiment ... J'avais des idées noires, des idées suicidaires, vraiment profondes. Moi, dans ma tête, je me disais : « Je ne peux pas placer mon enfant parce que je lui fais vivre un abandon. Je ne peux pas... ». Tsé mais oui, à un moment donné, ça te passe par la tête ! Ouais. Mais est-ce que je le ferais ? Non. Jamais je vais le faire ! (Parent 2).

Certaines participantes ont eu envie de reculer avant que l'adoption n'ait lieu, quand l'enfant était au début de placement et qu'elles pressentaient que la situation serait difficile. Grâce à l'aide obtenue et à l'amélioration de la situation, elles ont décidé de poursuivre le processus d'adoption. Une des participantes nous a répondu qu'elle ne comprenait pas comment des familles renvoyaient leur enfant à l'étranger ou redonnaient l'enfant à la DPJ, ne voulant pas poursuivre, ou abandonnaient tout simplement celui-ci à la rue, à sa majorité. Une autre exprime que devant la violence de son fils, elle a pensé couper le lien, mais qu'elle connaît des familles où la situation s'est dégradée, et qu'en se comparant, elle se dit que sa situation est moins pire que d'autres. Grâce à un temps de répit elle a eu envie de poursuivre la vie commune avec son fils.

Je regarde autour de moi, on a beaucoup de... il y a beaucoup d'histoires pas belles, tsé, ça a brisé, il y a eu des divorces, les enfants sont retournés dans le système. Les enfants avec des problèmes de santé mentale assez lourds, puis, la fragilité envers tout ce qui est abus de substances, abus... puis de comportements obsessionnels ou des troubles de comportement diversifiés. Puis je me considère quand même assez chanceuse, puis je me dis des fois, de quoi je me plains ? (Parent 7).

Enfin, d'autres ont plutôt répondu à la question inverse. Elles n'arrêteraient pas l'adoption maintenant mais remettent en question leur choix initial d'adopter. Elles auraient fait un choix différent si elles avaient su comment cela se déroulerait. Elles disent que si elles avaient connu l'avenir et tous les impacts que cette adoption aurait sur leur vie, elles n'auraient tout simplement pas débuté l'adoption. « Moi, avoir su que ça aurait été si difficile avec [nom de l'enfant], je n'aurais pas adopté [nom de l'enfant], ça, on est d'accord mon conjoint et moi. Mais t'as pas de boule de cristal » (Parent 9). Ainsi reculer est impensable maintenant, mais avoir à recommencer, elles passeraient leur tour. Cette participante exprime que son conjoint et elle sont les uniques personnes à être encore présentes pour l'enfant. C'est la raison qui les pousse à ne pas vouloir l'abandonner, afin qu'il ne se retrouve pas seul à la rue. Il demeure encore avec eux, mais ils cherchent pour lui une ressource d'hébergement à long terme, pour adulte. En même temps, elle exprime comment elle trouve que la situation actuelle est un non-choix.

On sait rien, mais on sait qu'à 18 ans, eux autres [la pédopsychiatrie], ils ont fini. À 18 ans, la DPJ a fini. Donc, qu'est-ce qui nous fait continuer ? On n'a pas le choix ! C'est-tu un choix ? Il y a pas de choix. C'est ou je l'abandonne, comme je te dis, ou je continue (Parent 9).

Pour ces participantes le placement semble perçu comme une fin d'adoption. C'est peut-être la raison pour laquelle elles ne prennent pas encore de décision. Elles ont envie que cessent les difficultés. En même temps, elles sont ambivalentes et hésitent à placer leur enfant, soit parce qu'il est trop près de ses 18 ans et ils ne trouvent pas de ressource adéquate pour lui, soit parce qu'il est jeune et qu'elles ne veulent pas lui faire vivre un autre abandon.

Mais c'est mon fils, puis je l'aime [elle pleure], comme si je l'avais mis au monde. Mais je ne l'ai pas mis au monde mais c'est comme si... Fait que oui, je voudrais le voir quand même, [s'il était placé] ouais. Tsé, c'est plus... Ce qui nous fait hésiter c'est l'abandon, c'est notre culpabilité de se dire, tsé une deuxième famille qui t'abandonne. [Elle pleure] Mais en même temps, la pédopsychiatre nous le dit que... Tsé, c'est plus nous que ça atteint que lui, parce que lui, il n'a pas besoin de nous. C'est de l'acceptation pour nous aussi de dire : « Ok, la culpabilité on la vit, on va la vivre dans le regard du monde. ». Mais lui, il s'en fout. Parce que lui, il partirait avec n'importe qui. Lui, peu importe où il va aller, il va être heureux. Parce que lui, il a pas besoin de ça, il a pas besoin de nous (Parent 8).

Choisir ultimement le placement entraîne des émotions difficiles à vivre chez les participantes. Elles ont nommé le sentiment de culpabilité, l'impression d'abandonner à leur tour (comme le parent biologique), le sentiment de vivre un échec, le deuil de ne pas avoir été à la hauteur comme parent. Une autre participante exprime qu'elle a ressenti du soulagement quand son enfant a été placé. Aucun parent ne souhaitait devoir prendre un jour une telle décision. Un des parents exprime le déchirement qu'il a dû vivre en choisissant de placer son fils.

Pour moi, le choix terrible que j'ai eu à faire quand j'ai dû accepter que [nom de l'enfant] aille dans une famille d'accueil, c'est de dire : « J'ai trois personnes fragiles à protéger. ». Je me sentais comme ça. Ma femme en dépression, [4^e enfant] trisomique fragile, puis [nom de l'enfant] dans ses limites, puis dans ses comportements. [...] C'était ça le drame pour moi. C'était un échec si je n'arrivais pas à vivre ça de façon sereine parce qu'il

fallait que je renonce à garder le plus jeune, puis le mettre dans un endroit où on prendrait charge de lui pour que ma femme se remettre debout puis pour que [4^e enfant] garde son environnement. [...] C'est un drame, j'ai consulté, j'ai vérifié ainsi de suite, puis j'ai pris la décision qui m'apparaissait la moins pire. Ce n'est pas une bonne décision, c'est la moins pire que les autres (Parent 10).

Même si les participantes expriment un sentiment d'échec dans leur rôle parental, il semble que ce sentiment d'échec puisse cohabiter en même temps avec le sentiment que l'adoption ne soit pas un échec. Pour elles, malgré le fait que le placement réel ou envisagé n'était pas prévu au départ, ce n'est pas la fin de leur relation. Elles se sentent encore investies dans leur lien avec leur enfant.

Moi, si jamais j'avais quelque chose qui fonctionnait au niveau qu'il soit placé, je veux pas couper les liens avec lui, parce que je considère qu'il fait partie de la famille. Puis ça, tous mes autres enfants le savent. J'ai dit : « C'est votre frère, ça sera toujours votre frère. Peu importe ce qui arrive. » (Parent 9).

5.12 Et si c'était à recommencer ?

En fin d'entrevue, les participantes ont été questionnées sur ce qu'elles auraient souhaité pouvoir changer, en rétrospective, à leur expérience d'adoption d'un enfant ayant un trauma complexe. Elles se sont exprimées sur différents besoins, les plus importants étant les suivants : avoir accès à des intervenants compétents et des services spécialisés ; avoir une meilleure préparation ; être au fait des difficultés réelles de l'enfant et avoir accès à des groupes de pairs.

5.12.1 Besoin d'intervenants compétents et de services spécialisés

Les participantes ont répondu en totalité qu'elles auraient souhaité obtenir de l'aide compétente. Toutes les participantes s'entendent sur l'importance majeure d'avoir des intervenants formés sur les enjeux liés à l'adoption : attachement, trauma complexe, trauma secondaire, santé mentale, etc. À cela s'ajoute l'importance de ressources spécialisées aptes à répondre aux réels besoins des familles et accessibles dans toutes les régions du Québec :

J'offrirais plus de services en banlieue et pas juste à Montréal. Il n'y a pas de service ! Tsé, au niveau du trouble de l'attachement, il n'y a rien. Les groupes post-adoption, pré-adoption, ils sont donnés juste à Montréal. Il n'y a rien ici. Puis là, quand tu veux comme parler avec un psychologue, bien ce n'est pas tout le monde qui se sent à l'aise au niveau ... Ce n'est pas tout le monde qui comprenne tous les enjeux des troubles de l'attachement. Au CLSC, c'est la même affaire. Je trouve que ça prendrait plus de services. Si j'avais eu peut-être plus d'aide, peut-être que ... Tsé, plus d'aide pour me *coacher*. Pas me *coacher* par rapport à l'attachement, ce n'est pas ça que j'avais besoin, me *coacher* par rapport à un enfant qui a des problèmes de santé mentale, comment je *deale* avec sa rigidité. Tsé, est-ce que c'est correct qu'est-ce que je fais ? Ou ce n'est pas correct qu'est-ce que je fais ? (Parent 2).

L'adoption ne fait pas disparaître l'histoire de vie de l'enfant. Les participantes souhaiteraient aussi que le dossier d'origine de l'enfant puisse être accessible pour les professionnels qu'elles consultent en post-adoption, afin qu'ils aient accès à l'histoire de l'enfant et ne puissent en faire fi. Selon elles, le système devrait offrir d'emblée un service de post-adoption pour détecter les situations avant qu'elles s'enveniment et intervenir en amont car les enfants qui se retrouvent en Banque-mixte ont divers traumatismes qui auront des répercussions importantes sur leur vie.

Tu confies des enfants qui sont traumatisés à des familles qui ne savent pas comment accueillir des enfants traumatisés. Ça ne marche pas ! C'est ça qui ne marche pas. Fait que là, ils devraient, ces enfants, déjà être enlignés dans un programme spécial, post-famille d'accueil, post-adoption ou appelle-le comme tu veux. Avec des ressources (Parent 6).

Elles considèrent que les services devraient être adaptés aux besoins individuels des enfants à tous les moments de la trajectoire d'adoption car contrairement aux enfants biologiques, les participantes disent que les besoins et enjeux des enfants adoptés sont différents. Ils le sont particulièrement lors des événements marquants de la vie de celui-ci : à son entrée à la garderie, à l'école, au secondaire, à l'adolescence quand il vit une crise identitaire, par exemple.

Mais on ne sait jamais ce que l'avenir nous réserve avec ces enfants-là. On ne connaît jamais leur bagage génétique, comment ça va sortir. Et dans une

période cruciale, comme l'adolescence, [...] on ne s'attarde pas suffisamment à la crise identitaire de l'enfant qui est adopté (Parent 3).

5.12.2 Préparation

Les parents mentionnent avoir eu peu ou pas de préparation avant l'arrivée de l'enfant, à l'exception de quelques lectures qu'auraient faites certaines participantes. L'une d'elles a suivi plusieurs formations offertes par le CJ. Une autre est intervenante en protection de la jeunesse et a une bonne connaissance de ces enfants issus de milieux difficiles. Celle-ci exprime que malgré sa formation, vivre quotidiennement autant de difficultés avec un enfant qu'elle souhaite faire sien n'est pas la même chose que d'intervenir professionnellement auprès de ces enfants.

Les participantes auraient souhaité une formation sur l'attachement, sur le trauma complexe, sur la violence et comment y réagir. Pour certaines, rien ne vaut les formations en personne, car la lecture n'explique pas tout, sans compter la façon qu'a le parent de l'interpréter. D'autre part, la formation en ligne semble être une option intéressante pour certaines d'entre elles, donnant la possibilité aux deux parents de la suivre. L'une d'elles propose même une formation qu'elle a suivie qui a changé sa vie avec ses filles.

Gordon Neufeld, il a une formation de 8 heures pour les enfants d'adoption, qui est une formation en ligne. Il y a 8 heures de base puis quand on la fait en ligne, il y a plein d'éléments complémentaires. Plus une conférence de 3 heures audio. Sincèrement, là, ça devrait pas être permis d'adopter sans avoir fait ça. Puis répondu aux questions, qui vont avec ça. Si c'était à recommencer, j'aurais voulu avoir cette formation-là obligatoire, avant d'adopter. 8 heures ! Même plus si tu vas chercher les compléments, là. Ça doit être l'équivalent de 20 heures ! Mais tout est là. Tout est là, la base en tout cas. Puis justement, tout de suite quand les filles ont commencé à montrer de la violence, puis des signes de défense contre la vulnérabilité et tout ça, j'aurais tout de suite vu qu'est-ce qui se passait puis j'aurais pu intervenir avant (Parent 4).

Une des participantes aurait souhaité qu'on la prépare en lui expliquant que le processus d'adoption commence par une préparation mentale : avoir une acceptation, une tolérance et une résilience extraordinaire. Elle aurait souhaité se faire dire qu'elle doit

s'assurer du développement d'un réseau capable d'offrir un réel soutien, sans jugement, surtout au cas où la situation devient plus difficile avec l'enfant. Pour cette participante, la famille immédiate n'est pas souvent cette aide-là, car elle ne comprend pas toujours bien le choix initial d'adopter, n'accepte pas que le parent adoptif souffre dans cette situation. Ensuite, se faire encourager à lire des ouvrages traitant de l'adoption pour mieux comprendre tous les enjeux possibles, comprendre, pour ne pas penser que l'amour inconditionnel sera assez pour assurer la réussite de l'adoption. Pour une autre, il faut préparer les parents à s'outiller pour mieux défendre les intérêts de leur enfant, pour savoir comment le présenter aux autres adultes autour de lui, pour s'assurer que les autres adultes sachent ce qu'ils doivent faire avec l'enfant, le rôle de sécurisation qu'ils doivent prendre.

Tsé, nos enfants vont en CPE, bien, on va s'assurer que l'éducatrice ... de voir : est-ce que mon enfant s'est attaché à cette éducatrice-là ? Est-ce qu'il la considère comme une adulte fiable puis responsable ? Il y a des choses à surveiller. Tsé, en dehors de la maison, comme les gens avec qui on est. Est-ce que l'enfant est capable de faire confiance à un autre adulte ? (Parent 4).

5.12.3 Dire les vraies affaires

Plusieurs participantes expriment qu'elles auraient souhaité qu'on leur parle vraiment des difficultés qui peuvent se présenter tout au long du parcours de vie de l'enfant, avec encore plus de probabilités du fait du trauma complexe: problèmes de santé mentale, d'attachement, de couples et toutes les implications en découlant. Pour plusieurs, dire les « vraies affaires » ferait peut-être fuir certains parents, mais garderait les postulants qui sont prêts à les vivre, ceux qui sont résilients. Et cela éviterait que les postulants aient l'impression d'avoir été manipulés par le système ou les intervenants, comme certaines l'ont ressenti.

Il faut que les postulants soient mieux préparés. Qu'est-ce que ça veut dire des problèmes de santé mentale ? Qu'est-ce que ça veut dire avoir besoin d'aide ? Qu'est-ce que ça veut dire prendre soin de toi ? Tsé, qu'est-ce que ça veut dire d'avoir un couple stable, un couple fort, tsé, qui ne sera pas nécessairement facilement ébranlé, parce que ça t'ébranle en maudit. [...] Est-ce que t'es capable de le soutenir ? [...] Je sais pas mais, au début, je pense qu'il faut les dire les vraies choses. Il faut pas, il faut pas cacher. [...]

Ou que tu aies bien préparé ces futurs parents-là, puis que tu leur dis : « Voici la réalité. » ? Est-ce qu'on leur fait peur ? Si t'as trop peur de leur faire peur, bien peut-être qu'ils ne devraient pas être là, puis toi non plus. (Rire) (Parent 7).

En même temps, les participantes sont conscientes que la connaissance des diverses problématiques souvent reliées à une adoption : trouble de l'attachement, TDAH, anxiété, etc., ne les protège pas entièrement. C'est aussi important que les postulants entendent que, même bien préparés, l'expérience peut s'avérer extrêmement difficile.

Bien moi, ce que j'ai appris, c'est que chaque enfant est unique. Puis on n'est jamais préparé à cet enfant-là. [...] J'étais préparé pour certaines ... voyons... interventions, mais pas pour d'autres. Parce qu'il ne répondait pas de la même manière. Donc on ... Moi je dirais, on peut bien faire une maîtrise en intervention auprès des enfants en difficulté, on les connaît en général mais on ne connaît pas celui-là en particulier (Parent 10).

Pour les participantes, le parent s'embarque quand même avec le souhait que son enfant ne sera pas autant affecté par ses traumatismes, qu'il s'en sortira. C'est difficile de vraiment bien présenter la réalité quand selon elles, elle dépasse l'entendement, mais il faut tenter le coup.

Non, mais je ne pense pas que n'importe qui aurait pu se sentir prêt ! Tsé, je veux dire, tu as beau faire les formations pré-adoption, tu as beau faire les formations post-adoption, tu as beau avoir une expérience, tu as beau l'avoir déjà vécu avec un autre, mais à intensité moins élevée. (Silence) Tsé, quand tu lis les livres, quand tu fais les formations, c'est bien beau, mais quand tu le vis quotidiennement ce n'est vraiment pas pareil. Fait que, est-ce que tu peux être vraiment préparée à ça? Non, je ne pense pas [...] Je pense qu'ils n'en parlent pas assez de... Tsé, du pire qui peut arriver. Mais même en en parlant... Tu as tout le temps quand même la petite lunette rose, tsé, tu le sais qu'il ne faut pas que tu l'aies ta petite lunette rose. Puis tu ne la mets pas ta lunette rose, mais tsé, tu as tout le temps le souhait que ça se passe bien pareil (Parent 2).

5.12.4 Groupes de pairs

Certaines des participantes auraient aimé être dirigées vers des organismes de parents adoptifs ou vivant une réalité semblable à la leur. Dès que l'enfant obtient un

diagnostic précis, elles pensent qu'on devrait les encourager à s'impliquer dans un groupe spécialisé sur l'enjeu de leur enfant. Les organismes spécialisés en adoption ne sont pas connus par toutes les participantes et elles auraient aimé pouvoir les connaître plus tôt. Celles qui ont eu accès à ces services rapportent que ce contact avec d'autres parents adoptifs est riche en expérience qu'ils peuvent partager, d'autant plus quand l'histoire a été difficile. Ainsi, la participation à un groupe permet que le parent ne reste pas dans l'idée que tout va toujours bien, il reste conscient qu'il y a des périodes plus difficiles, mais qu'il est possible de passer au travers. Les parents peuvent se partager différents trucs, ou outils, mais surtout ils se sentent compris par les autres. « Tu n'as pas l'impression d'être toute seule, puis que tu recommences à zéro, puis qu'il n'y a pas jamais personne qui a vécu ça, puis que tu es la seule à vivre ça. » (Parent 3). Un système de pair-aidance entre parents adoptifs d'expérience et débutants a aussi été suggéré pour aider les parents, un peu comme le principe de la ligue de la *Leche*. Avec un autre parent adoptif d'expérience, il aurait été possible de parler des inquiétudes, des solutions, des services existants. Les formations offertes par des organismes spécialisés en adoption sont ressorties comme intéressantes pour permettre aux parents de comprendre ce que vit leur enfant et les aide à pister des interventions efficaces.

On était allé à la formation, et c'est là [...] qu'on a commencé à comprendre. Puis ça nous a fait du bien ce groupe-là, justement [...] Donc plus de groupe comme ça. Ça pourrait être bon, mais oui, ce groupe-là nous avait aidés, ouais (Parent 8).

5.13 Apprentissages

Pour terminer ce chapitre sur une note d'espoir, malgré des expériences difficiles dans leur parcours de parents adoptifs, les participantes ont dit avoir fait des apprentissages personnels, dans leur relation avec l'enfant, avec les autres, et même au niveau spirituel. Au départ, elles précisent avoir acquis des attitudes personnelles qui leur sont très utiles comme la patience et la tolérance. Elles ont appris à lâcher prise sur bien des choses comme la perception des autres à leur égard ou sur leurs attentes face aux autres. Elles ont appris à s'ouvrir car elles ont à se raconter tout le temps, à accepter que des inconnus viennent dans leur foyer, leur offrir de l'aide. Quelques participantes ont exprimé avoir appris à

choisir leurs combats, à arrêter de se battre tout le temps avec l'enfant, avec les autres ou pour des services. Une dit que maintenant, elle laisse partir de son réseau toute personne qui n'est pas bonne pour elle. Elle se sent investie « comme une lionne » pour protéger son enfant des gens qui ne le comprennent pas et ne le respectent pas. Plusieurs des participantes ont bien exprimé que pour avancer dans cette situation, elles ont appris qu'il fallait, à un moment ou un autre, qu'elles commencent à prendre soin d'elles-mêmes.

Puis c'est pour ça qu'avec le stress, avec les suivis, avec tout ce qui se passe, bien ça prend sa claque. Tsé, t'as pas... J'en ai pas de répit. J'en ai pas, fait que t'es encore plus dure sur toi, puis à un moment donné, bien ta santé, elle prend sa claque à un moment donné, faut que tu dises bien : « Je peux continuer d'être dure, je peux continuer de le prendre mal ou bien j'accepte qu'il faut que je me repose. J'accepte que je dois prendre un break, j'accepte de devoir récupérer. ». Puis tu lâches prise un peu. Mais ça revient vite au galop! (Rire) (Parent 7).

Il ressort que pratiquement toutes reconnaissent avoir découvert leurs limites autant physiques que psychologiques. Elles remarquent qu'elles se respectent plus, osent dire non. Elles ont appris qu'il était impossible de donner tout le temps. Elles ont reconnu qu'il aurait fallu aller chercher de l'aide plus tôt ou accueillir ses propres vulnérabilités.

J'ai appris qu'il faut que les gens arrêtent de dire que je suis forte. (Rire triste) Que je suis capable de faire face à toutes les situations, parce que ... J'ai des moments de faiblesse aussi (elle pleure). J'ai appris que je suis capable de pleurer (rire). Chose que je ne faisais pas avant. Puis que ... Que ça va être correct, si c'est un échec (Parent 3).

Certaines se sentent plus accueillantes et respectueuses de leur enfant tel qu'il est, sans avoir de trop grandes exigences pour lui. Elles ont aussi lâché prise sur les comportements attendus par l'enfant. Elles acceptent qu'elles font de leur mieux comme mères, de même que leurs enfants. Certaines disent savoir maintenant mieux intervenir et se sentent plus compréhensives et sensibles aux signaux de leurs enfants. Une autre exprime comment elle est maintenant capable de relativiser son rôle et aspire tout simplement à être mère.

Dans la démarche spirituelle que je fais, il y a un grand sage qui [...] dit : « Soit que vous êtes une mère, donc, puis une mère c'est la sécurité, le réconfort, l'amour inconditionnel, l'accueil, puis d'inviter l'enfant à exister tel qu'il est, puis à développer son plein potentiel. Ou vous ne l'êtes pas. ». Donc aujourd'hui, j'aspire à être ça, une mère. Pas une bonne, une médiocre ... une mère. Des fois, j'ai l'impression que je ne suis pas encore dedans, pas tellement tout le temps. Mais c'est ça que j'aspire à être (Parent 4).

La façon de jouer leur rôle parental a changé. Un parent exprime ici comment il a dû apprendre à aimer autrement son enfant puisque celui-ci le refuse comme père. Il doit accepter que son enfant choisisse un chemin qui le placera, comme père, sur une voie de service, en parallèle, et non directement sur la voie principale. Aussi, il doit faire un deuil face à son rôle de père, faire confiance et accepter que d'autres adultes prendront, à sa place, ce rôle sur la voie principale.

Comme je viens de dire, j'ai appris à aimer dans des manières qui ne sont pas naturelles [...] Aimer autrement. Aimer de la façon qui correspond à ce que l'enfant a besoin, plus que à ce qui est l'élan naturel d'un parent, tsé. Je pense en tout cas. J'ai appris à vivre avec ma vulnérabilité de façon plus... comme une nouvelle étape. Parce que j'avais déjà fait des pas là-dedans, mais, encore plus maintenant. Tous mes fils m'ont fait vivre des passages importants [...] C'est comme, à 11 ans, on ne s'attend pas à ça [devoir placer l'enfant]. On s'attend que ça ira plus tard, on sait très bien que le chemin qu'il a pris va faire en sorte que ça va casser à un moment donné, mais ça a cassé vite, dans son cas à lui. Puis c'est le besoin d'apprendre à faire confiance que, il va faire son chemin un peu plus éloigné de moi, mais c'est son chemin (Parent 10).

Certaines ont dit avoir maintenant une meilleure compréhension des autres. Elles sont capables de comprendre ce que vivent les parents en situation de grand stress et de ressentir de l'empathie pour eux. Une participante, intervenante à la DPJ, affirme avoir jugé les parents qu'elle rencontrait dans son bureau avant d'adopter son enfant. Cette expérience a amélioré sa compréhension et devient un atout au niveau professionnel.

Je comprends plus aussi. Tu sais quand j'étais intervenante puis je n'étais pas maman encore, c'est facile des fois de juger les clients. [...] C'est des clients comme nous autres finalement, mais c'est juste qu'à un moment donné, ils n'étaient plus capables puis ils ont pété une *fuse*. Mais là, astheure que moi je le sais ce que c'est ça, bien je comprends plus. Ça peut arriver à

n'importe qui là, puis ça ne fait pas de toi comme un être méchant. Mais c'est juste qu'à un moment donné, tu n'es plus capable (Parent 2).

Certaines participantes ont déclaré que cette expérience est tellement importante qu'elles veulent aider d'autres familles aux prises avec une même réalité. « Fait que je deviens une personne engagée, ça m'aide à passer à travers tout ça. » (Parent 3). Que ce soit par de l'intervention, des formations, cela est devenu pour elles un nouveau champ d'intérêt ou même une réorientation de carrière.

Je trouve que ça amène beaucoup d'humilité. (Rire) Beaucoup d'empathie, au-delà de tout ce qu'on a nommé. Si je peux rajouter quelque chose, de l'empathie et ce qui est en train de naître aussi à travers ça, c'est une grande envie d'aider, contribuer. Je sais pas encore quelle forme ça va prendre (Parent 4).

Enfin, quelques parents ont parlé d'apprentissages au niveau spirituel, une expérience qui laisse de la place à la confiance et à l'espoir. Voici comme un parent nous le raconte :

Il me semble en tout cas, qu'on peut pas beaucoup traverser ces crises-là, ces moments-là, ces difficultés-là sans une force intérieure. Puis cette force intérieure-là, on peut l'appeler de n'importe quelle façon. Que je l'appelle Jésus ou qu'un autre l'appelle Bouddha ou l'appelle le cosmos, je m'en fous, l'Univers. En quelque part, il faut se raccrocher à plus grand, qui nous englobe, qui nous contient. J'ai beaucoup aimé cette image-là, à un moment donné, la psychiatre... La pédopsychiatre disait : « Vous devez être les contenants pour votre enfant. Lui, il n'a pas de contenance, il n'en a pas, donc c'est vous qui donnez le contenant. Il faut que cette contenance-là soit assez large pour lui laisser la liberté, puis le mouvement, puis de grandir. ». Ça fait que, bien j'aime penser qu'il y a une contenance aussi pour nous-mêmes, là, tsé (Parent 10).

Chapitre 6 : Discussion

Les participantes rencontrées ont généreusement partagé leur expérience avec leur enfant présentant un trauma complexe. Elles ont parlé des deuils accumulés ; des impacts sur l'organisation du temps ; sur leur vie professionnelle, de couple, familiale et sociale ; des impacts sur leur santé physique, mentale et affective. Elles ont aussi parlé de leur relation difficile avec leur enfant ; de leur recherche d'aide ; et de ce qu'elles auraient souhaité pour que leur expérience soit moins difficile. Dans le cadre de cette discussion, il sera question de ces histoires racontées, observées à la lumière des écrits recensés. Ainsi, une attention particulière sera accordée à la façon dont l'enfant, tel un « petit terroriste de maison » (Lemieux, 2013), agit quotidiennement. Il sera question particulièrement de la violence de l'enfant envers son parent, principalement pour mettre de l'avant le silence entourant généralement cette question. Ensuite, sera abordée l'aide recherchée et obtenue, c'est-à-dire comment cette souffrance n'a pas trouvée de remède. Enfin, il sera question du fait que le trauma secondaire à lui seul, n'englobe pas l'entièreté de l'expérience des parents adoptifs Banque-mixte et que pour mieux l'expliquer, nous avons développé le concept du trauma de filiation. Ce dernier sera présenté comme un engrenage dont chaque roue représente une dimension du trauma de filiation.

6.1 L'enfant adopté ayant un trauma complexe : un petit terroriste de maison

Pour mettre en relief les thèmes les plus importants de notre recherche, parlons d'abord des enfants de l'échantillon et des manifestations liées au trauma complexe que leurs parents décrivent. D'emblée, il faut rappeler que ces manifestations de comportements difficiles chez les enfants faisaient partie des critères de sélection. Par contre, les participantes ont reconnu chez leurs enfants, en plus des difficultés comportementales, les mêmes difficultés liées au trauma complexe que celles rapportées par plusieurs des recherches préalablement citées (Follan & Mcnamara, 2014; Suetterlein, 2007; Vasquez & Stensland, 2016). Tous ces comportements peuvent résulter des différents traumatismes vécus dans la petite enfance et peuvent avoir des impacts sur le développement du cerveau et des fonctions exécutives, sur la capacité de l'enfant à s'autoréguler sur les plans comportemental et affectif, sur le développement de leur identité

et de leurs états de conscience, entre autres (Godbout et al., 2018). Ces traumatismes ont aussi un impact sur la capacité de l'enfant à développer un attachement sain avec son parent adoptif puisqu'il n'a pas appris à faire confiance à ses parents d'origine (Cook et al., 2005; Côté & Le Blanc, 2016). Trop souvent, ces derniers ont engendré une réaction de peur chez l'enfant et n'ont donc pas offert le soutien nécessaire et encore moins la protection pour passer d'un état de stress extrême à un état de bien-être. Il importe d'ajouter que même si le trauma complexe n'est pas un diagnostic en soi, les comportements difficiles qu'il engendre chez l'enfant, comme les comportements de défi, de rejet et les difficultés d'attachement, ont un impact majeur sur le parent adoptif tentant de créer un lien avec son enfant adoptif. Les parents rencontrés dans le cadre de la présente recherche l'ont bien exprimé lorsqu'ils verbalisaient les expériences vécues avec leurs enfants de leur arrivée dans la famille jusqu'au moment de l'entretien.

Un des résultats inattendus de la présente recherche a été de constater le haut niveau de violence exprimée par le jeune. Cette violence psychologique et physique est présente dans l'expérience de l'ensemble des participantes, à des intensités variables. Elle se présente par des manifestations multiples : envers les objets, les animaux, les autres enfants, la fratrie. À la lumière des écrits sur le trauma complexe, il était prévisible de s'attendre à des comportements difficiles, mais pas à des histoires aussi percutantes de violence. Un des constats majeurs de la présente recherche a été de découvrir le niveau de violence vécue par les parents eux-mêmes de la part de leur enfant et du secret l'entourant. En effet, les parents ont parlé de comportements difficiles, tels que nous les avons nommés, mais aucune d'entre elles ne s'est dite victime de violence de la part de leur enfant. Nous avons fait une courte recension sur le sujet de la violence des enfants envers leurs parents adoptifs et avons réalisé que très peu d'écrits existent sur le sujet. En effet, seule l'étude de Selwyn et Meakings (2016) a été recensée. Réalisée au Royaume-Uni, elle porte sur la violence d'adolescents adoptés à l'égard de leurs parents adoptifs. Dans cette étude, les parents adoptifs ont décrit avoir été agressés, intimidés, menacés, enfermés dans des chambres, s'être fait voler de l'argent, cacher des téléphones portables, endommager des biens et même prendre en otage dans leur maison. Certains jeunes ont utilisé des armes : des couteaux le plus souvent, mais aussi des ciseaux ou d'autres instruments qui sont venus

à leur portée. Ces expériences ont aussi été décrites par les participantes de notre recherche. Selon Selwyn et Meakings (2016) et Holt (2015) dont l'étude porte sur la violence des adolescents envers leurs parents biologiques, les parents exprimaient « vivre dans la peur », avoir le sentiment de devoir marcher sur des œufs ou de vivre avec *dr. Jekyll & M. Hyde*, ce que certaines de nos participantes ont aussi partagé. L'une d'elle raconte bien comment elle tente de faire les choses telles que son fils le veut pour éviter les conflits (descendre l'escalier avant ou après lui, se brosser les dents avant lui, par exemple). Ces gestes expriment comment la peur de l'explosion est présente dans leur quotidien et qu'elles sont en hypervigilance. Selwyn et Meakings (2016) rapportent que les parents ont dit avoir changé leur type de parentalité pour se protéger eux-mêmes ou leurs autres enfants. Les parents ont parlé de séparer les tâches entre eux de façon à ce que l'un s'occupe de l'enfant violent et l'autre des autres enfants et de la maisonnée. Pour faire face aux difficultés et aux comportements violents, les participantes à la présente étude ont aussi partagé des moyens mis en place pour permettre d'intervenir avec l'enfant, comme la garde partagée séparée pour les jumelles par exemple, ou le fait de se relayer auprès de l'enfant en crise pendant que l'autre parent s'occupe de la fratrie.

Selwyn et Meakings (2016) présentent deux modes d'apparition des comportements violents envers les parents. Le premier, le *child-to-parent violence* (CPV) a une apparition précoce (pré-puberté) avec escalade graduelle de la gravité à l'adolescence. Le second, l'*adolescent-to-parent violence* dont l'apparition est tardive (à partir de la puberté) présente une apparition soudaine de comportements de contrôle agressifs dont la fréquence et l'intensité augmentent rapidement. Les auteurs rapportent que les jeunes de leur échantillon dont la violence est apparue à l'adolescence ont tous été placés à cause de celle-ci contrairement à 46% des enfants de leur échantillon dont la violence a commencé dans l'enfance. Les résultats de leur étude suggèrent que les comportements agressifs et contrôlants apparus au début de l'adolescence ont peu de chances de disparaître et que c'est la raison pour laquelle les intervenants doivent apprendre à en reconnaître les signes précurseurs de façon à s'assurer qu'il y ait une intervention précoce pour éviter que ces comportements se développent à l'adolescence (Selwyn & Meakings, 2016). Intervenir précocement pourrait contribuer à éviter des placements ou même des échecs d'adoption.

Selon les participantes à la présente étude, leurs enfants ont manifesté de la violence à tous âges, mais il semble qu'elle ait été présente dès le jeune âge dans la majorité des cas.

De quelle manière pouvons-nous tenter d'expliquer cette violence à la lumière du modèle du trauma complexe ? Des études tirées de la recension de Selwyn et Meakings (2016) proposent d'emblée l'association entre l'expérience de maltraitance dans l'enfance et le développement de comportements agressifs. Selon ces études, les mécanismes de cette association demeurent confus. L'enfant apprend peut-être que d'être contrôlant constitue une bonne manière de gérer les conflits, il peut idéaliser l'agresseur et reproduire ses comportements, ou comprendre que l'agressivité envers les femmes est acceptable. D'autres auteurs, toujours dans la même recension, ajoutent que l'enfant ayant des enjeux au niveau de l'attachement, de son identité et du concept de soi peut chercher à prendre le pouvoir dans une relation. Il est aussi possible de considérer certaines des altérations dans les domaines de fonctionnement chez les enfants ayant un trauma complexe (Godbout et al., 2018) pour tenter une explication. Par exemple, on peut dire que la violence est une manifestation des comportements dysfonctionnels et de la dysrégulation des émotions de l'enfant. Fonagy (2004) avance que la violence arrive en absence de mentalisation. On sait que les enfants placés en Banque-mixte ont pu vivre un trauma complexe qui a comme effet des difficultés de mentalisation (Godbout et al., 2018). On peut donc penser que les risques de violence sont plus importants chez les enfants adoptés. Ces explications peuvent apporter un éclairage sur cette violence.

Selwyn et Meakings (2016) expriment leur surprise face à l'absence, dans les écrits scientifiques, d'un discours concernant directement la violence des jeunes envers leurs parents. On y parle plutôt de problèmes de comportements chez les jeunes. Le même constat apparaît dans le discours des participantes de la présente recherche face à cette violence. Très peu d'entre elles ont employé le terme « violence » mais elles ont plus parlé de « comportements difficiles », ou « comportements agressifs », comme si la violence n'existait pas en elle seule. Comme si elle était moins percutante quand on la nommait « comportements difficiles ». S'agit-il d'une façon de passer sous silence une réalité importante du vécu des parents parce qu'ils ne savent pas comment y faire face ?

Qu'arrive-t-il quand l'enfant est violent ? Selwyn et Meakings (2016) rapportent que selon les participants de leur recherche, les services sociaux n'étaient pas adaptés pour leur réalité adoptive ou que les comportements de leurs enfants adoptés n'entraient pas dans les critères établis pour obtenir des services. Quelques parents se sont fait dire d'appeler les policiers s'ils avaient des problèmes, ce qu'ont fait la majorité des parents, arguant même que ceux-ci ont joué le rôle du travailleur social et ont été leur meilleure source de soutien. Les parents de notre échantillon expriment les mêmes constats face aux comportements de violence de leurs enfants adoptifs. Ils n'ont pas trouvé d'aide disponible autre que la police ou n'ont eu le choix que de placer l'enfant. Miles et Condry (2016) vont dans le même sens, elles rapportent que les parents s'adressent principalement à la police en cas d'urgence. Par contre, comme les policiers sont mal préparés à cette réalité, leur réponse est plutôt de criminaliser les jeunes de 16 ans et plus, et de signaler les plus jeunes aux services de protection à l'enfance. Les auteurs insistent pour que les policiers reçoivent une formation adéquate puisqu'ils sont le premier soutien visé par les parents, pour obtenir un minimum de sécurité. L'enjeu autour du fait de chercher de l'aide à la police est que le parent se sentira momentanément en sécurité, mais la majorité du temps, il ne voudra pas porter plainte, son désir n'étant pas de criminaliser son enfant, mais bien d'obtenir une aide pour établir des relations non-abusives et même restauratrices (Miles & Condry, 2016; Selwyn & Meakings, 2016). Les participantes de leur étude désirent plutôt de l'aide extérieure au système judiciaire. Elles ont aussi exprimé ne pas souhaiter criminaliser leur enfant.

Toujours selon Miles et Condry (2016) un autre enjeu entourant les interventions est que les programmes actuels appliqués aux jeunes sont basés sur ceux des adultes et s'appuient sur le postulat à l'effet que la relation abusive doit cesser et que la victime doit nécessairement s'éloigner de l'agresseur, ce qui n'est pas le souhait de la majorité des parents violentés. Une des participantes à la présente étude a exprimé la même idée quand elle disait que si elle avait vécu de la violence de la part de son conjoint, elle l'aurait mis à la porte, mais qu'elle ne peut pas faire la même chose avec son fils. Le parent, à cause de sa responsabilité légale à l'égard de l'enfant, ne peut pas fuir la situation comme le ferait une victime face à son agresseur (Holt, 2015). Miles et Condry (2016) ajoutent que les

policiers rencontrés dans le cadre de leur recherche souhaiteraient avoir la possibilité de donner des services de protection aux parents et de demeurer disponibles, sans que les parents n'aient de craintes que l'enfant soit judiciairisé. Enfin, ils voudraient pouvoir faire une référence aux services sociaux pour que le parent ait un réel soutien.

Plutôt que de recevoir une réponse aidante par les services sociaux, les parents adoptifs rencontrés par Selwyn et Meakings (2016) ont eu le sentiment qu'on les blâmait pour les comportements de leurs enfants, ce que les participantes ont aussi exprimé. Au lieu de reconnaître les signes de violence de la part de l'adolescent, les intervenants ont attribué les difficultés aux faibles capacités parentales et vu le problème comme un trouble de gestion de la colère, sans voir les éléments de contrôle présents. Selwyn et Meakings (2016) soulèvent l'intérêt de comprendre le sens de la violence sous les gestes, suggérant que les jeunes semblaient plutôt chercher à dominer et à contrôler qu'à blesser physiquement. Elles jugent même que certains jeunes tiraient du plaisir ou une forme de renforcement de cette expérience de domination. Il faut réfléchir à ce qui sous-tend ces enjeux de contrôle de la part du jeune. Se pourrait-il que ce soit dans le but de regagner un certain contrôle quand il se sent en perte totale de contrôle par rapport à lui-même et à ce qui lui arrive ? La nuance entre ces deux perceptions, celle de dominer ou de regagner du contrôle, est importante. L'une entraînera une intervention punitive ou comportementale, l'autre, un travail pour apaiser, augmenter la confiance et ramener le parent à une position de prendre soin de l'enfant.

Dans l'étude de Selwyn et Meakings (2016), des parents rapportent se sentir fragilisés, certains disent même avoir vécu un traumatisme, face aux intervenants faisant enquête sur eux, car certains ont laissé entendre qu'ils ne montraient pas à leur enfant une chaleur émotionnelle suffisante. Les auteures ont ajouté que les parents avaient l'impression que les intervenants ne tenaient pas compte des symptômes associés au trauma secondaire qu'ils vivaient. Ce type d'intervention donnait aux parents l'impression que leur jeune se retrouvait dans une position de pouvoir. Ils craignaient de faire quoi que ce soit qui pourrait permettre à leur jeune de faire de fausses allégations à leur sujet, entraînant la possibilité réelle de perdre leur emploi, car environ la moitié des parents travaillaient dans

le secteur de la santé, de l'éducation et de l'aide sociale. La majorité des parents ont réfuté, avec véhémence, les allégations portées contre eux, même si quelques-uns ont admis avoir perdu le contrôle ou riposté pour se défendre (Selwyn & Meakings, 2016). Certaines participantes de notre recherche ont aussi admis de tels comportements de perte de contrôle et d'auto-défense.

Selwyn et Meakings (2016) recommandent que, dans le cadre des services post-adoption, tous les intervenants posent d'emblée la question aux familles, à savoir si elles vivent de la violence de la part de leur enfant ou adolescent. Pour elles, il est peu probable que les parents fournissent volontairement cette information, à moins qu'on ne le leur demande directement. Pourquoi ? Parce que ce type de violence, vécu de la part de l'enfant, est porteur de multiples stigmates. Holt (2015) et Selwyn et Meakings (2016) ont allégué que les parents sont peu enclins à rapporter vivre de la violence car ils se sentent stigmatisés comme de « mauvais parent ». À plus forte raison, cela signifie plus souvent de blâmer les mères qui deviennent ainsi victimes du mythe : « si vous étiez de meilleures mères, rien ne serait arrivé ». Holt (2015) ajoute que les parents vivent aussi une violence structurelle parce qu'on les tient responsables, même légalement, des comportements inadéquats de leurs enfants. Les parents ont souvent l'impression de ne pas être pris au sérieux. Plusieurs parents de notre recherche ont exprimé avoir ressenti la même chose quand ils ont fait appel aux policiers et ressentent souvent cette même impression d'être tenus responsables des situations abusives dans lesquelles ils se trouvent. Selon Selwyn et Meakings (2016), pour les parents adoptifs, la honte est encore plus grande, car ils ont été évalués et approuvés en tant que parents adoptifs. Ils vivent donc un échec dans ce rôle. Cette opinion a souvent été renforcée par la réaction des professionnels qui ont dit aux parents qu'ils avaient laissé tomber l'enfant quand ils ont choisi le placement, ou en les blâmant pour le comportement de l'enfant et utilisent des termes comme « échec de placement » ou « placement raté ». Pour les auteures, il peut être difficile pour les adultes et les professionnels extérieurs à la famille de comprendre comment il est possible pour un jeune d'exercer un tel contrôle sur ses parents puisque les enfants et les adolescents ne sont généralement pas en position de pouvoir. Les pères, particulièrement, vivent une honte face à cette position de perte de pouvoir face à un enfant.

6.2 L'expérience des parents adoptifs : un trauma qui ébranle même la filiation

Notre recherche avait pour objectif de mieux comprendre l'expérience de trauma secondaire de parents ayant adopté un enfant présentant un trauma complexe. Deux concepts, le trauma complexe et le trauma secondaire en étaient les fondements. Les participantes de la présente étude ont exprimé comment le fait de vivre avec un enfant ayant un trauma complexe entraînait des impacts sur leur organisation du temps et sur leur vie professionnelle, de couple, familiale et sociale. Elles ont parlé aussi des changements au niveau de leur santé physique et mentale apparus suite à l'arrivée de l'enfant dans leur vie. Toutes les participantes ont exprimé vivre une foule d'émotions et de sentiments qui envahissent considérablement plusieurs sphères de leur vie : sentiment d'incompétence et d'incompréhension, grande colère, impatience, irritation, impuissance, incompréhension, désabusement face à la situation, au système, perte d'espoir, découragement, déchirement, sentiment d'échec, honte, culpabilité, tristesse, déprime, peur pour soi, pour l'enfant, pour les autres membres de la famille, pour l'avenir, sentiment d'usure, sentiment de disparaître, sentiment de perdre le contrôle, sentiment d'abandon, de solitude, sentiment de ne pas être préparé, que ça dépasse l'entendement. Elles expriment aussi des pertes de mémoire et des difficultés à bien faire leur travail et les tâches de leur quotidien. Enfin, elles partagent une perte de confiance en elles, les autres et envers le système : autant la DPJ que le réseau de services publics ou scolaire. L'aide recherchée et obtenue n'ayant pas réellement soulagé leur souffrance.

Comme Follan et Mcnamara (2014) l'ont relevé, les parents adoptifs ont exprimé éprouver des émotions de peur, de colère, de perte de contrôle, d'abandon, de tristesse, semblables à celles de leur enfant, comme les participantes de notre étude. Ce ressenti tend à confirmer un des symptômes du trauma secondaire qui est, selon Figley (1995), de ressentir les émotions de la personne traumatisée. Le parent développe des symptômes suite à un trauma qu'il n'a pas vécu. Pour Kliethermes et al. (2014), le système de réponse au stress est celui qui est le plus touché quand on vit un trauma complexe et de façon similaire, les participantes à la présente étude ont exprimé que le stress est un des enjeux majeurs de leur trauma secondaire.

Suite à l'analyse du discours des participantes, il est apparu que le trauma secondaire, à lui seul, ne semble pas pouvoir expliquer toute l'ampleur et la complexité de leur expérience, même si celui-ci occupe une grande place, notamment avec la multiplicité des impacts sur leur santé physique, mentale et affective. Les participantes ont toutes exprimées que ces émotions difficiles venaient quotidiennement ébranler leur **sentiment de filiation** (Pagé, 2012). Malgré cette énorme souffrance, toutes les participantes rencontrées ont affirmé se sentir le parent de leur enfant adopté, même si celui-ci les rejette journallement. Elles ont en même temps exprimé avoir du mal à se reconnaître en lui, à l'accueillir tel qu'il est, différent de ce à quoi elles s'attendaient. Elles ont aussi exprimé se sentir jugées et tenues responsables de la situation difficile dans laquelle elles sont et sur laquelle elles ressentent peu de pouvoir étant elles-mêmes traumatisées. Rappelons que Côté et Le Blanc (2016) parlent d'un trauma quand la personne n'arrive pas à trouver comment faire face, tolérer, éviter ou surmonter une situation ou un événement qui la submerge ou la dépasse, et qu'elle a peur pour son intégrité physique ou psychologique.

Un autre aspect qui distingue l'expérience des parents adoptifs de la présente recherche est qu'en plus de vivre difficilement le sentiment de ne pas recevoir en retour l'amour de leurs enfants, les participantes ont raconté devoir régulièrement faire face à la violence de la part de celui-ci. En effet, la totalité des participantes ont exprimé que leurs enfants manifestent au moins une forme de violence et cela s'est avéré avoir un impact particulièrement dévastateur sur leur vie personnelle et familiale. Qu'elle soit envers les objets, les animaux, les autres enfants, la fratrie, les parents, qu'elle soit psychologique ou physique, la violence exprimée est assez importante pour avoir entraîné le placement de la moitié des enfants de l'échantillon et poussé deux autres familles à réfléchir à une solution similaire. Selon les discours des participantes, il ressort que cette violence les affecte énormément au niveau de leur estime de soi, de leur sentiment de compétence, de leur sentiment de sécurité, mais aussi de leur désir ou leur capacité réelle d'être en relation avec l'enfant. Les parents finissent souvent par remettre en question leurs propres qualités personnelles et peuvent ressentir de la honte et de la gêne en raison du comportement de leur enfant. Cela peut conduire à l'isolement social, à des problèmes dans les relations intimes et à l'anxiété. Les participantes ont toutes déclaré vivre de tels sentiments.

Le fait de vivre du rejet et plus encore, de la violence de la part de leur enfant, choisir le placement pour survivre à cette violence, sont toutes des réalités qui engendrent des émotions qui appartiennent au parent contrairement à celles qu'il absorbe de la part de son enfant, créant un trauma secondaire. C'est pourquoi, de la même manière que Côté et Le Blanc (2016) considèrent que le terme « trauma complexe » permet de tenir compte de l'expérience des enfants victimes de mauvais traitements sans dissocier le trauma de ses conséquences, nous avons développé le concept de trauma de filiation qui regroupe les multiples dimensions complexes qui caractérisent l'expérience de parents qui adoptent un enfant ayant un trauma complexe. Suite à notre étude auprès de dix familles, le trauma de filiation nous apparaît englober plus entièrement toutes les composantes de leur expérience, dont le trauma secondaire, mais accentuant la spécificité de l'expérience parentale, entre autres, par sa conséquence sur le sentiment de filiation, la relation unique entre le parent et l'enfant.

Ainsi, le trauma de filiation, tel qu'illustré par la figure 3, se compose de dimensions qui sont partie prenante des engrenages des roues de la souffrance et de la violence entourant le lien entre le parent et l'enfant. Elles tournent toutes en s'inter-influençant. Il faut savoir que toutes ne tournent pas nécessairement à la même intensité, ni ne prennent la même place dans le trauma de filiation, bien que la figure les représente comme étant toutes égales. Cette figure n'a pour but que de représenter schématiquement tous les aspects qui influent dans le trauma de filiation. Considérant que les dimensions de problèmes de santé physique, mentale et affectives ont été amplement développées, étant au cœur du concept du trauma secondaire, l'attention sera portée aux autres engrenages.

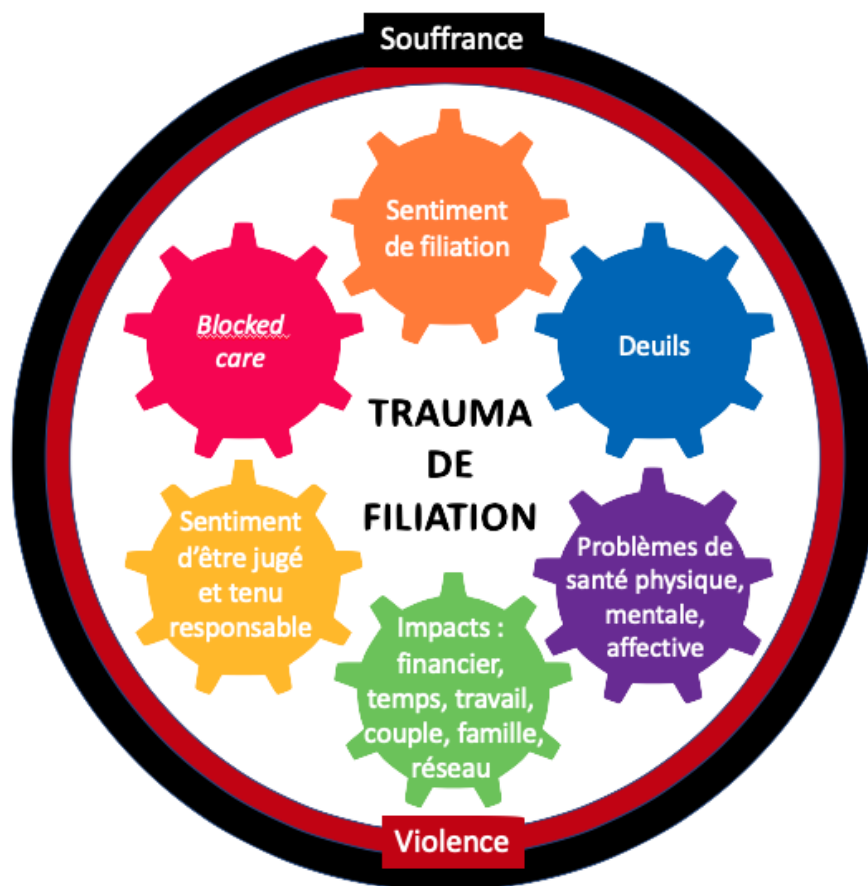


Figure 3 : Trauma de filiation

6.2.1 Impacts : financiers, temporels, professionnels, sur la vie de couple, la famille, le réseau

Être parent adoptif Banque-mixte ou parent d'accueil d'un enfant présentant un trauma complexe engendre nécessairement des impacts financiers, temporels, professionnels et des impacts sur sa vie de couple, sa famille, et son réseau. L'enfant dont plusieurs domaines de fonctionnement sont altérés (Godbout et al., 2018), pour grandir et guérir, aura besoin de soins nécessitant temps, argent, énergie. Les rendez-vous auront un impact sur la vie professionnelle. Le quotidien du couple et de la famille en sera affecté, sans compter leur vie sociale. En plus des participantes à la présente recherche, plusieurs des études précédemment présentées sur la réalité des parents adoptifs ou des parents

d'accueil ont des témoignages exprimant ces mêmes impacts (Follan & Mcnamara, 2014; Ottaway & Selwyn, 2016; Suetterlein, 2007; Vasquez & Stensland, 2016). Par contre, ces impacts, à eux seuls, ne veulent pas dire que le parent (adoptif ou d'accueil) vivra nécessairement un trauma secondaire ni de filiation. Il est possible que l'accumulation du stress lié à tous ces impacts financiers, temporels, professionnels et des impacts sur la vie de couple, la famille et le réseau, couplés aux autres roues, puisse amener, en raison de la souffrance, un trauma de filiation. Si la souffrance submerge la vie du parent adoptif et qu'il ne trouve pas comment s'y adapter, se sentant entièrement transformé par cette souffrance et envahi par un sentiment d'échec, la filiation peut devenir traumatique.

6.2.2 Sentiment de filiation

Nous abordons ici le cœur de la différence entre le trauma secondaire et le trauma de filiation. En effet, la distinction importante entre le parent adoptif et toute autre personne œuvrant auprès d'un enfant traumatisé, relève du rôle parental joué vis-à-vis de l'enfant traumatisé. De par son essence même, il se distingue du rôle professionnel. Plusieurs des participantes sont devenues mères adoptives suite à une infertilité, à cause de l'absence d'un conjoint dans leur vie, pour offrir une famille à un enfant et pour bien d'autres raisons encore. Mais ce qui les relie toutes, au final, c'est leur désir profond de devenir parent d'un enfant. Le rôle de parent, dès son origine, confère une durée éternelle. Pour « toute la vie », le parent est lié à son enfant. En plus des émotions difficiles, des enjeux de santé, des impacts sur les différentes sphères de leurs vies, transpirait, au travers du discours, une certaine résignation, et pour d'autres, un détachement, mais nous avons aussi entendu un engagement indéfectible, des mères prêtes à déplacer des montagnes. Au-delà du discours, nous demeurions avec dans les mains, offerte par chaque participante, une souffrance dans leur désir profond de vouloir être le parent de leur enfant adoptif, et l'incapacité de faire sens de cette expérience difficile. C'est pourquoi il nous est finalement apparu que le traumatisme était présent jusque dans le sentiment de filiation, c'est-à-dire celui de faire sien cet enfant traumatisé qu'elles ont adopté.

Dans sa thèse sur le développement du sentiment de filiation chez les parents Banque-mixte, Pagé (2012) réfère à celui-ci comme étant les « représentations internes du parent, à comment il se perçoit, il s'identifie, il se définit en tant que parent de son enfant » (p.136). Selon Pagé (2012), le sentiment de filiation du parent se construit sur la base d'un profond désir d'enfant, dans l'exercice d'un rôle parental au quotidien auprès de cet enfant, dans le développement d'une relation satisfaisante, réciproque et privilégiée avec lui et enfin, par la reconnaissance d'être le parent dans le regard d'autrui. Toujours selon Pagé (2012), pour favoriser le succès de l'adoption, le parent adoptif doit en venir à ressentir qu'il est LE parent de l'enfant qu'il accueille dans son foyer familial. Il est clair que pour l'entièreté des participantes à la présente recherche, ce sentiment de filiation est mis à rude épreuve. En effet, soit elles sont incapables d'avoir une relation satisfaisante, réciproque et privilégiée avec l'enfant, soit elles sont incapables d'être reconnues comme LE parent aux yeux de la personne la plus importante, c'est-à-dire l'enfant lui-même. C'est là où la souffrance est vécue et où elle fragilise le sentiment de filiation : parce que malgré toute leur bonne volonté de devenir parent pour cet enfant, elles ne jouissent pas de la gratification d'être parent (par exemple, quand l'enfant les reconnaît comme leur parent ; quand le parent vit des satisfactions et non seulement les désagréments de la relation parent-enfant ; quand le parent sait qu'il occupe une place privilégiée dans le cœur de son enfant, qu'il est la seule personne au monde à pouvoir le consoler).

Toujours selon Pagé (2012), le sentiment de filiation s'instaure quand l'un et l'autre se sentent liés, se reconnaissent parent de cet enfant et enfant de ce parent, exprimant un sentiment d'appartenance réciproque. Il nous apparaît avec plus de clarté que sans cette réciprocité, la filiation risque de devenir traumatique. Les participantes parlent toutes de leurs difficultés dans leur relation parentale avec leur enfant adoptif. Elles expriment parfois de l'ambivalence, oscillant entre l'amour et la haine vis-à-vis de lui. Elles disent aussi trouver très difficile d'aimer un enfant sans retour. Elles finissent par être habitées par des émotions intenses et souffrantes dont elles peuvent parfois tenir l'enfant responsable. Nous en parlerons plus à fond dans la prochaine section. Dès lors, subjectivement, le parent peut avoir du mal à se sentir le parent de cet enfant et ses réactions peuvent engendrer un sentiment d'être rejeté, pour son enfant aussi. Ainsi, ne se sentant

pas accepté, l'enfant n'offrira pas non plus à son parent un sentiment de légitimité affective. Par ses comportements difficiles, son rejet, ses manifestations de violence, l'enfant provoque de la souffrance à son parent, dans son profond désir d'être le parent de cet enfant. Duboc (2008) estime que l'acceptation de l'enfant tel qu'il est et les mouvements d'identification réciproques permettent l'adoption. Quand l'enfant se comporte d'une façon que le parent ne comprend pas ou n'approuve pas (même s'il peut en comprendre l'origine et l'accueillir), il peut en venir, par moments, à ne plus se reconnaître en lui, à ne plus s'identifier à lui, c'est-à-dire en tant que parent de cet enfant. Certaines participantes ont bien exprimé le mal qu'elles avaient à aimer un enfant qui ne répond pas à leurs attentes, qui se comporte tellement à l'inverse de ce qu'elles imaginaient, qui ne manifeste pas beaucoup d'amour envers elles. Par ces mots, elles expriment comment elles ont du mal à se sentir légitimées par lui, à trouver comment s'identifier à lui. Elles démontrent l'exigence douloureuse que requiert cette acceptation d'un enfant avec des comportements si difficiles. Sans compter qu'il est possible que cette relation douloureuse ne fasse remonter à la surface des traumatismes du passé du parent, le fragilisant davantage. Plus il est affecté, moins il peut se protéger. Tout cette souffrance érode la relation et la capacité du parent à créer et conserver un lien affectif avec son enfant. Cette roue de souffrance, qui tourne sans fin, représente ce que nous appelons le trauma de filiation.

Pagé (2012) dit que pour s'identifier à l'enfant, le parent doit en venir à accepter que l'histoire de son enfant soit différente de la sienne. Les parents de notre échantillon ont peu d'information sur l'histoire de leur enfant. Ils peuvent donc imaginer celle-ci ou lui faire porter un poids important dans l'origine des comportements de leur enfant. Par exemple, quand les participantes ont été questionnées sur ce qui expliquait les difficultés qu'elles vivaient avec leur enfant, elles ont toutes exprimé qu'elles émanaient de l'enfant, de son histoire, de ses parents de naissance. Certaines ont aussi admis qu'elles ont pu contribuer aux difficultés avec l'enfant, par leur anxiété, leur manque de connaissance, leur épuisement. Mais le fait que les parents prétendent que l'histoire traumatique de l'enfant est le principal motif expliquant les difficultés avec l'enfant mérite une réflexion plus approfondie. Est-il plus facile de penser que tout ce qui est difficile dans la relation avec l'enfant vient de ses origines, de cet aspect inconnu de la vie de l'enfant, sans que le parent

adoptif ne se remette en question sur l'impact de ses propres réactions ou de son incompréhension face aux difficultés ? En effet, il peut être complexe, pour un parent, de s'identifier à des comportements si difficiles. Par contre, nous pensons que pour en venir à s'approprier cette histoire inconnue de leur enfant, afin de développer et maintenir un sentiment de filiation, les parents adoptifs doivent lâcher prise quant à l'identification d'un coupable ou d'un responsable. Ils doivent, dans leurs vies, faire une place à cette histoire inconnue, ce mystère, qui a façonné l'enfant qu'ils adoptent et qui l'accompagne toujours. Ainsi, un accueil plus grand des origines de l'enfant donnera à celui-ci l'opportunité d'exister, d'être quelqu'un à part entière en dehors de ses parents adoptifs.

Il nous semble aussi important que le parent questionne sa compréhension des difficultés de son enfant. Le parent qui ne les comprend pas, ne comprendra pas non plus ce qu'il fait pour les aggraver. Il n'existe pas de modèle de parentalité adoptive d'enfants avec un trauma complexe. Il est donc difficile pour le parent adoptif de concevoir son rôle parental autrement que comme avec un enfant biologique. Pourtant, les enfants présentant un trauma complexe ont besoin d'une dimension parentale supplémentaire : un parent thérapeutique, ce que Piche (2011) présente comme le double soi du parent, c'est-à-dire, le soi de 'parent', et le soi 'thérapeutique'. Le soi de 'parent' réfère aux actes naturels, instinctifs, spontanés, apportant des émotions positives au parent s'occupant d'un enfant heureux et en santé. Il prend forme dans la simplicité du vécu quotidien. Il représente la dimension parentale que vit la majorité des parents et celle à laquelle aspirent les parents adoptifs. Par contre, le soi 'thérapeutique' s'établit dans un quotidien plutôt exigeant, où des soins spécifiques sont donnés à l'enfant de façon réfléchie, organisée, dans le but précis de l'aider à fonctionner dans toutes les sphères de sa vie (Piche, 2011). Dans les histoires qui nous ont été confiées, il est apparu que la confrontation quotidienne à des comportements difficiles remet sans cesse à la vue du parent, le fait qu'en plus de son rôle, son 'soi parent', il doit être un parent 'thérapeutique'. Par contre, les participantes rencontrées ne veulent pas jouer le rôle de thérapeutes dans leur relation avec leur enfant. Certaines participantes ont bien nommé qu'elles s'attendaient à devoir jouer un tel rôle durant les deux ou trois premières années suivant l'arrivée de l'enfant, sans plus. Elles croyaient qu'après ces premières années plus intenses, elles n'auraient qu'à jouer un rôle

‘parental’. Certaines affirment même vivre de la frustration dans leur rôle de parent puisqu’elles doivent encore demeurer le parent ‘thérapeutique’ après plus de 10 ans et ce n’était pas ce à quoi elles s’étaient préparées. Ces réactions mettent en lumière le manque de préparation à la parentalité adoptive et à son ‘soi thérapeutique’. Mieux préparer les parents aurait pu permettre de diminuer ces frustrations et favoriser le développement du sentiment de filiation. En effet, selon Pagé (2012), la perception par le parent que ses efforts ont contribué à l’amélioration du fonctionnement de l’enfant facilitera le développement du lien avec lui. Il est possible que la perception que l’enfant participe aussi, lui-même, à l’amélioration de son propre fonctionnement, permettrait une meilleure construction d’un lien déjà fragilisé. En effet, les participantes de la recherche ont exprimé trouver difficile d’avoir l’impression de travailler seules par moment, comme si l’enfant, lui, ne souhaitait pas changer. Mais celles ayant l’impression que l’enfant évoluait, voulait changer, avaient envie de continuer à cheminer, malgré la difficulté.

Le sentiment de filiation implique un engagement inconditionnel pour la vie. Toutes les participantes ont exprimé, sans hésitation, se sentir les mères de leurs enfants. Plusieurs expriment vouloir le demeurer pour toujours, peu importe ce qu’il adviendra. Duboc (2008) soutient que le parent qui se considère le parent d’un enfant en particulier maintiendra d’une manière plus probable son lien avec cet enfant, malgré les difficultés. Lévy-Soussan (2007) ajoute que peu importe comment l’enfant agit, que ce soit même de façon agressive ou violente, il demeure leur enfant, ce que les participantes ont toutes confirmé. Ainsi, il nous semble important de spécifier que le trauma de filiation ne remet pas en cause le sentiment de filiation, celui d’être le parent de l’enfant, mais bien que ce lien, quotidiennement, est souffrant, d’une façon telle que le parent n’arrive plus à l’assumer. Voilà ce qu’est le trauma de filiation.

6.2.3 « *Blocked care* »

Nous avons abondamment abordé le fait que l’enfant adopté ayant vécu un trauma complexe arrive dans sa famille avec, dans son bagage, toute une panoplie de mécanismes d’adaptation qui s’activeront dans l’élaboration du lien d’attachement avec ses nouveaux parents. Selon Bowlby, l’attachement est un processus instinctif et réciproque qui s’établit

dans les interactions entre l'enfant et son donneur de soins (le plus souvent la mère) (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007). Le mot réciproque revêt ici une importance particulière. Comme Lévy-Soussan (2007) et Pagé (2012), nous pensons que le développement du sentiment de filiation doit nécessairement passer par le prisme de la réciprocité : l'engagement affectif entre le parent et l'enfant doit être mutuel. Pour certaines adoptions, ce lien réciproque est au départ si fragile, si vulnérable.

Pour Van der Kolk (2005), l'enfant qui aura un type d'attachement insécurisé développera une perception du monde qui aura de grands impacts sur sa vie relationnelle : il aura du mal à se faire confiance, à faire confiance à l'autre, il sera incertain de la fiabilité et de la prévisibilité des autres et du monde. D'après son expérience, l'autre peut être perçu comme menaçant ou utilitaire, mais rarement vu comme un être capable d'émotions et de besoins, lui aussi. Incapable de faire confiance à l'adulte, il aura du mal à établir une nouvelle relation d'attachement saine. Cette difficulté de l'enfant à faire confiance à son parent a été nommée par Hughes et Baylin (2012), comme le *blocked trust* que nous traduirons par la « confiance bloquée ». Ce concept réfère au manque d'habileté des jeunes enfants, présentant un trauma complexe, à faire confiance à leurs donneurs de soins, à croire qu'ils voudront naturellement faire ce qui est le mieux pour eux afin de répondre à leurs besoins psychiques et physiques. Ce manque d'habileté à faire confiance les amène à compter uniquement sur eux-mêmes pour répondre à leurs besoins fondamentaux. Ils peuvent présenter des comportements impulsifs et compulsifs tels que l'accumulation de nourriture ou d'objets ou encore manipuler ou intimider les autres pour faire des choses à leur place (Hughes, 2018). Pour l'enfant à l'attachement désorganisé, les comportements sont davantage imprévisibles, ce qui rend la relation encore plus difficile pour le parent.

Cette confiance bloquée de l'enfant entraîne, chez le parent, ce que Hughes et Baylin (2012) ont nommé le « *blocked care* », que nous choisissons de ne pas traduire puisque le « *care* » a difficilement son équivalent en français. Celui-ci réfère au fait que la capacité et l'intérêt des parents à offrir des soins empreints d'affection et d'empathie à leur enfant qui, lui, rejette constamment leurs soins physiques et affectifs, deviennent réduits. Selon Hughes et Baylin (2012), la réponse parentale et l'état psychologique du parent sont

affectés par le type d'attachement de l'enfant. Quand la relation est réciproque, son système de *caregiving* est bien engagé. Il sécrètera de l'ocytocine, aussi connue comme l'hormone de l'attachement. Pour Hughes (2018), prendre soin affectivement d'un enfant est bien plus qu'un travail. Cela implique des états neurobiologiques comme le fait de vouloir être près de son enfant, de ressentir du plaisir en sa présence, d'être très intéressé à le découvrir et de trouver un sens particulier aux routines et aux rituels qui se développent entre eux. Ces états neurobiologiques sont conçus pour la réciprocité. Si l'enfant n'y répond pas naturellement, ils sont très difficiles à maintenir, c'est pourquoi le fait de vivre une confiance bloquée ou un *blocked care* n'est pas quelque chose que les parents ou les enfants choisissent, ce sont des réponses neurobiologiques. Ainsi, toujours selon l'auteur, un enfant ayant un attachement insécurisé ou désorganisé va provoquer chez le parent l'activation de son système de défense (hormone de stress). Même les parents dont les histoires d'attachement sont saines sont aussi à risque d'expérimenter un « *blocked care* », face à des enfants leur tournant ainsi le dos (Hughes, 2018).

Certaines des participantes ont raconté des expériences pouvant laisser entendre qu'elles auraient pu vivre un tel blocage, par exemple quand l'une d'elles a parlé du fait que son rôle auprès de son enfant placé était uniquement de l'accompagner à ses rendez-vous, une autre d'aller uniquement porter les choses dont l'enfant a besoin au centre d'accueil ou une dernière qui semblait attendre la majorité pour ne plus être responsable de l'enfant au quotidien. Mais nous ne pensons pas que toutes se rendent jusqu'au stade chronique de ce blocage, malgré qu'elles vivent de tels états neurobiologiques. Ce qui ressort de leurs discours, c'est qu'elles vivent à la fois le désir de créer une relation parent-enfant sécurisante, poussées par leur désir d'être parent, tout en vivant des émotions excessivement négatives vis-à-vis de celui qui présente des comportements difficiles voire violents. Il peut devenir difficile pour le parent de s'engager à fond dans le développement de son sentiment de filiation si les émotions qu'il ressent vis-à-vis son enfant sont plus souvent négatives que positives. Le parent adoptif, ayant si longtemps attendu le moment de créer ce sentiment de filiation, perd son élan naturel et devient ambivalent affectivement. Au fil des jours, malgré leurs efforts pour atteindre leur enfant, les participantes à la présente recherche se sont souvent heurtées à l'indifférence ou à l'hostilité de leur enfant.

Elles ont exprimé comment il leur est devenu de plus en plus difficile de demeurer au diapason avec lui et de lui offrir la stabilité et l'apaisement qu'il recherche face à une situation stressante. Les participantes ont toutes exprimées combien le quotidien avec leur enfant leur fait vivre un stress immense et les place en hypervigilance constante. Elles ont raconté de nombreuses expériences illustrant cette grande difficulté pour l'enfant à vouloir se relier à elles, refusant d'entrer dans la danse relationnelle avec elles. Elles ont dit trouver douloureux, voire même stressant, qu'à leurs tentatives d'approche affective, l'enfant ne réagisse pas de manière cohérente, par des réponses d'attachement qu'elles trouvent appropriées, c'est-à-dire par le fait de vouloir recevoir leur amour et leur affection. Cette perception d'un manque de cohérence de la part de l'enfant peut engendrer un *blocked care* à divers degrés chez le parent adoptif. Ce blocage devient partie prenante de leur trauma de filiation et participe à la danse relationnelle disharmonieuse qu'ils vivent avec leur enfant, les laissant toujours en déséquilibre.

Pour Hughes et Baylin (2012), lorsque les parents vivent beaucoup de stress dans leur relation avec l'enfant, ils sont plus susceptibles de tenir des propos négatifs sur leur enfant ou sur eux-mêmes, ce qui entraîne le développement de ressentiment et de colère et empêche la relation d'évoluer dans le plaisir. Ils peuvent considérer leur enfant comme "mauvais" ou "méchant" ou se considérer comme un échec. Certaines participantes ont eu de tels propos au sujet d'elles-mêmes, exprimant avoir l'impression d'échouer dans leur rôle de parent de cet enfant. Dans ces situations, Hughes et Baylin (2012) ajoutent que les parents ont tendance à devenir plus réactifs, ils réagissent directement aux problèmes plutôt qu'à l'état émotionnel de l'enfant. Ils peuvent s'éloigner affectivement de leur enfant, vouloir l'éviter. Il devient alors difficile pour eux de vivre une relation harmonieuse qui renforce l'attachement et qui, elle, donnerait sens à leur expérience parentale. En général, cette réaction se produit presque instinctivement pour se protéger du traumatisme de l'enfant, manifesté souvent par des comportements craintifs, dérégulés et extrêmement difficiles.

Hughes et Baylin (2012) affirment que les capacités mentales des parents, nécessaires à la compréhension des sentiments et des besoins de leur enfant, déclinent à mesure qu'ils se mettent sur la défensive ou ne sont pas ouverts et engagés à l'égard de l'expérience de leurs enfants. Nous souhaitons émettre l'hypothèse que de la même façon que le trauma complexe vécu par l'enfant rend difficile pour lui le fait d'utiliser sa capacité à mentaliser, le parent traumatisé en vient aussi à avoir du mal à utiliser ses propres capacités à le faire. Pour Fonagy (2004), la mentalisation est au cœur de la maîtrise de soi et de l'autorégulation. La mentalisation se développe lorsque les enfants apprennent à comprendre le comportement des gens à partir des représentations de soi organisées sur la base d'expériences antérieures; et lorsqu'ils peuvent réagir de manière flexible et trouver la réponse la mieux adaptée à une interaction interpersonnelle particulière (Fonagy & Target, 1997). Mais qu'arrive-t-il aux parents quand le stress devient permanent en raison de l'imprévisibilité des réactions de leurs enfants ? Comme l'expliquent Côté et Le Blanc (2016), le fait de sécréter énormément de cortisol sculpte le cerveau de l'enfant présentant un trauma complexe. Nous nous demandons s'il est possible que la même chose se produise pour le parent vivant quotidiennement un stress extrême et affecte son fonctionnement cognitif. Les parents peuvent aussi n'avoir jamais eu à faire face à une telle situation problématique, leurs habiletés peuvent n'avoir pas été développées et ils doivent apprendre à le faire. Nous pensons qu'il est aussi possible que leurs capacités à répondre aux besoins affectifs de leurs enfants et que leurs capacités d'autorégulation deviennent difficilement accessibles à cause de leur trauma de filiation. Il devient donc difficile pour un parent développant lui-même un traumatisme, d'offrir le soutien nécessaire à son enfant pour transiter d'un état de stress extrême vers un état de bien-être. Mis ensemble, cela signifie que le trauma de filiation entraîne aussi une importante difficulté pour le parent à mentaliser face à la violence qu'il vit, le laissant dans une situation sur laquelle il a peu de contrôle et face à laquelle il se sent impuissant.

6.2.4 Deuil

Selon les résultats de notre étude, le processus de deuil apparaît aussi comme un aspect important du trauma de filiation. Lindstrom et al. (2013) expriment que les parents

adoptifs peuvent avoir des rêves irréalistes face au développement de leur enfant. Ils peuvent vivre un deuil face à cet enfant idéalisé (St-André, 2007). C'est le deuil de l'enfant rêvé, celui qui correspond à leurs attentes et qui finalement n'apporte pas le plaisir escompté. Les participantes ont exprimé de telles attentes vis-à-vis de leur enfant, comme le désir d'accompagner l'enfant au hockey ou de lui raconter de belles histoires au moment du coucher. Ces moments n'ont pas toujours fait partie du quotidien, celui-ci étant plutôt chaotique. Les parents et l'enfant sont plutôt dans la confrontation, la violence, le rejet. Accueillir l'enfant réel, devient un défi qui se relève sur plusieurs mois, voire des années et perturbe l'approfondissement du sentiment de filiation. Les deuils peuvent aussi être face à leur perception de l'évolution de leur enfant ; de leur vie familiale présente et future ; et de leur réelle capacité à s'investir pour lui. Certaines participantes ont parlé du fait qu'elles envisageaient maintenant que leur enfant évoluerait peu, qu'elles ne devaient pas avoir pour lui de grandes attentes d'une « vie normale ». Elles ont exprimé comment leur désir de faire des activités familiales comme les autres familles ne pouvait pas se réaliser, puisque leur enfant se désorganisait invariablement.

Enfin, les participantes ont aussi exprimé le deuil face à leur propre rôle de parents. Elles ont partagé être déçue de se voir autrement qu'elles ne l'espéraient, avec moins d'humour ou de sensibilité, n'étant pas le parent qu'elles avaient rêvé d'être. St-André (2007) dit que l'adoption peut révéler un état de crise identitaire « qui se manifeste par l'expérience éprouvante de sentiments ambivalents ou contradictoires envers l'enfant » (p.237). Les participantes ont exprimé cette ambivalence envers leur enfant et quelques-unes face à leur engagement à long terme. Il est possible de s'imaginer que le fait de ne pas se sentir tel que le parent rêvé, entraîne une crise identitaire chez le parent. Se sentir dépassé dans son rôle parental et n'avoir pas le détachement nécessaire pour voir qu'il peut y avoir une lumière au bout du tunnel peut générer une souffrance. Cette crise identitaire engendrée par les deuils se joue sur un des rôles les plus significatifs dans leur vie, celui d'être parent. Approfondir ce lien, quand le parent est en deuil face à l'enfant rêvé, mais aussi face à lui-même, comme parent, qu'il avait en quelque sorte imaginé comme idéal, augmente la souffrance présente. Ainsi, tous ces deuils, en processus ou non résolus, peuvent s'immiscer dans la relation de filiation.

6.2.5 Sentiment d'être jugé et tenu responsable des difficultés de l'enfant

Fondamentalement, l'élément le plus difficile pour les parents, dans leur vie quotidienne comme dans la recherche d'aide, est le sentiment d'être jugé par leur famille, leurs amis, les intervenants et tenus responsables de la situation. Un proverbe autochtone dit : « Ne juge aucun homme avant d'avoir marché avec ses mocassins durant deux lunes. » Certaines participantes ont exprimé le souhait que des gens viennent vivre leur quotidien avec l'enfant, avant de leur dire comment agir avec lui, pour mieux comprendre leur réelle expérience. En effet, elles ont révélé vivre une certaine frustration face au fait que, de l'extérieur, leur enfant semble si agréable, sans difficulté apparente, mais qu'il en soit si différemment quand elles sont dans l'intimité de leur foyer. Les parents adoptifs Banque-mixte rencontrés dans cette étude rapportent avoir l'impression que les gens sont prompts à leur lancer la pierre, leur dire combien ils ont échoué, combien ils ont déçu le système qui leur a fait tellement confiance. Pourtant, pouvoir reconnaître chez soi des émotions aussi viles, demande une humilité à laquelle ni les parents, ni les intervenants ne sont préparés. Les situations vécues sont profondément difficiles, et demandent un doigté, car le parent est dans une situation de vulnérabilité extrême. Ainsi, pour que l'aide apporte un réel soutien, la qualité la plus importante, selon les participantes, est l'empathie, réelle, profonde, et la capacité d'accepter, de supporter l'autre quand il se sent inadéquat, impuissant, coupable de ne pas être à la hauteur et profondément souffrant. Pour pouvoir aider les parents, nous pensons qu'il faut que les intervenants soient capables d'accueillir en eux-mêmes cette humilité et soient capables d'être présents, de recevoir ce fardeau et d'amener le parent à le déposer. À la lumière des résultats de la présente recherche, nous pensons que de la même façon que le parent doit apprendre à devenir le contenant de l'enfant, pour l'aider à se réguler, l'intervenant doit devenir celui qui aide le parent à faire de même pour lui-même. Il est donc tuteur de résilience. Malheureusement, les participantes ont plutôt eu l'impression de ne pas pouvoir vraiment exprimer leurs difficultés, leurs émotions, se sentant ni reçues ni crues, se sentant jugées et critiquées.

Certaines participantes ont exprimé se sentir le parent de l'enfant non seulement parce qu'il est reconnu légalement ou qu'elles partagent son quotidien, mais aussi parce que la société (par exemple le milieu éducatif, la DPJ) le reconnaît comme tel. La société

norme la façon dont le parent doit exercer ce rôle. La dimension de la légitimité sociale s'expliquerait par le fait qu'on existe comme parent aux yeux des autres ; dans les attentes que la société nous impose et auxquelles on doit répondre ; sinon, l'enfant est enlevé à sa famille et donné à d'autres adultes pouvant répondre à ces attentes parentales sociales. C'est d'ailleurs ce qui arrive dans le cas des enfants confiés à la Banque-mixte. Certains des parents adoptifs rencontrés ont dit avoir été évalués sous toutes les coutures, ont senti qu'on leur disait qu'ils étaient pour être de « très bons pères et mères », car ils se distinguaient des autres postulants qui n'ont pas été acceptés. Ils ont développé un sentiment de légitimité sociale. Malgré ces qualités exceptionnelles qu'on leur a attribuées, ils se sont retrouvés au bout du rouleau. Certains parents ont exprimé qu'ils n'étaient pas d'assez « bons parents ». Ce sentiment vient-il de leur impression de perdre leur légitimité face à une société, un système qu'ils ont l'impression de décevoir par leur sentiment de ne pas être à la hauteur, d'échouer dans leur rôle parental ?

De plus, en raison des effets juridiques de la filiation, la société s'attend à ce qu'un parent ne « divorce » pas de son enfant, quand la situation est insoutenable, même si l'enfant violence son parent par exemple. Elle s'attend de lui à ce qu'il poursuive « pour la vie ». Ainsi, à cause de cet engagement pour le meilleur et pour le pire, le parent est « pris » dans une situation qui peut lui sembler sans issue. De la même façon que le fait de ne pas avoir la capacité de fuir l'agresseur, de se sentir en captivité face à lui, fait partie des symptômes du trauma complexe (Herman, 1992), nous pensons que les attentes sociétales face aux responsabilités engendrées par ce lien juridique placent le parent dans une même impasse. Ce sentiment « d'être pris », sans possibilité d'en sortir du fait de ce lien juridique, rend le parent plus à risque de présenter un trauma de filiation, comme les femmes violentées par leur époux, il n'y a pas si longtemps. Il serait intéressant de valider si ce contrat ajoute une fragilité, s'il peut faire en sorte que le parent adoptif attende plus longtemps avant de consulter, ou encore demeure plus longtemps dans une situation traumatique. Comme s'il était obligé « d'endurer » ce trauma. Cela révèle encore une fois l'importance de dépister le trauma de filiation pour travailler la relation afin qu'elle devienne occasion de croissance.

À ce sentiment de n'être pas à la hauteur, de ne pas réussir là où on leur a dit qu'ils excellerait, se juxtapose la honte de décevoir un système qui a cru en eux. Il serait pertinent d'interroger cette pression ressentie par les parents adoptifs qui ont l'impression de devoir réussir, comme des participantes l'ont exprimé, des examens de haut niveau pour être « choisis » et qui ensuite se sentent si démunis face aux enjeux de taille que leur font vivre leurs enfants. Ces parents sont face à un idéal parental qui les pousse à se rendre au bout d'eux-mêmes. Est-ce qu'aussi, cette pression fait en sorte que certains d'entre eux ont plus de mal à se remettre en question face aux difficultés qu'ils vivent, comme si le fait d'avoir été « choisi » les immunise par le fait même face à leurs propres vulnérabilités ? Est-ce que cette pression contribue à la situation, faisant en sorte qu'ils attendent plus longtemps avant d'aller chercher de l'aide pour eux-mêmes, pensant que, comme ils ont été choisis, ils se « doivent » de s'en sortir seuls ? Mais quand est-ce que des parents à qui on dit qu'ils ont tout pour réussir, sauront qu'ils ont besoin d'aide ? Ce sentiment d'incompétence et l'impression d'être le mauvais parent pour l'enfant peuvent changer la perception des parents que l'enfant est le leur. Ces sentiments pourraient entraver la « parentalisation » (Duboc, 2008). Ainsi, face à des comportements auxquels ils ne savent plus comment réagir, face à un système qu'ils perçoivent déçu de leur performance parentale, de qui ils se sentent jugés par le regard des intervenants et de leur réseau, le trauma de filiation peut prendre toute sa place.

6.3 Quels remèdes à cette souffrance ?

Les participantes de la présente étude ont rapporté vivre des émotions très intenses, avoir de nouveaux problèmes de santé physique et mentale tels que rattachés au trauma secondaire. Elles ont aussi raconté subir une violence inouïe, vivre des difficultés relationnelles avec l'enfant et une très grande souffrance.

Face aux difficultés vécues par les participantes de notre étude, il n'est pas surprenant qu'elles aient multiplié les demandes d'aide. Malheureusement, l'aide recherchée et obtenue n'a pas été celle attendue et a laissé les participantes dans un sentiment d'impuissance contribuant probablement à leur trauma secondaire. L'enjeu crucial concernant l'aide se rapporte au fait que les parents sont traumatisés et que souvent,

ils ne le savent même pas. Les parents rencontrés sont épuisés, avec un lourd sentiment d'impuissance, de culpabilité et une réserve d'énergie presque au point mort. Ils sont en mode survie. Les propos des participantes rencontrées nous portent à croire que les méthodes d'interventions ne tiennent pas compte de la grande détresse dans laquelle elles sont et leur profonde souffrance. Au contraire, le fait qu'on puisse les croire en mesure d'agir et d'intervenir auprès de l'enfant, et qu'on les culpabilise quand elles ne le font pas, nous porte à croire que les intervenants eux-mêmes ne connaissent probablement pas les symptômes du trauma secondaire. Les intervenants eux-mêmes ne savent pas qu'ils sont devant des parents traumatisés, vulnérables. Ce qui nous porte à suggérer que pour que l'intervention soit efficace on doit prendre soin du parent, afin qu'il puisse ensuite aider son enfant. À nouveau, tel que le mentionne Marinopoulos (2017) : « Plus le parent sera accueilli et entendu, plus il saura à son tour accueillir son enfant » (p.160).

Lorsque questionnées sur ce qui les avaient motivées à demander de l'aide, les participantes ont toutes nommé d'emblée que c'était pour les difficultés de leur enfant, même si certaines participantes ont aussi consulté pour elles-mêmes après un certain temps. Comme dans la recherche de Molinari et Freeborn (2006), la souffrance a été un puissant moteur d'action pour nos participantes, elles voulaient que cette souffrance cesse. Le manque de ressources personnelles face à la situation les a aussi poussées à consulter pour pouvoir augmenter leur sentiment de compétence. Enfin, les participantes se sont tournées vers leur réseau informel pour obtenir de l'aide, mais face à l'ampleur des difficultés, celui-ci n'a pas pu leur offrir assez de soutien. Elles ont dû aller vers les services formels, mais contrairement à la recherche précitée, les services obtenus n'ont pas été satisfaisants. Il est important de mettre en lumière le fait que l'entièreté des participantes ont dit ne pas avoir obtenu l'aide dont elles avaient besoin. Elles ont exprimé avoir cogné à d'innombrables portes, avoir le sentiment d'en connaître plus que l'intervenant consulté, vivre difficilement la relation d'aide avec des intervenantes sans enfants ou à bout de ressources. Elles ont dit avoir le sentiment de devoir se battre sans cesse pour obtenir des services quand les difficultés vécues sont déjà épuisantes en elles-mêmes. Enfin, elles ont dit ne pas se sentir prises au sérieux, devoir faire face sans cesse à des regards désapprobateurs, se sentir tenues responsables de la situation de la part des intervenants. Ces propos ressortent de plusieurs

autres recherches précitées (Follan & Mcnamara, 2014; Holt, 2015; Molinari & Freeborn, 2006; Vasquez & Stensland, 2016).

Tout comme Cairns (2008) l'exprime, la présente recherche, montre l'importance de former aux enjeux de l'adoption, de l'attachement, du trauma complexe, du trauma secondaire et de filiation, tous les professionnels qui sont susceptibles d'intervenir auprès des parents adoptifs. Comme les participantes l'ont exprimé, ces enjeux étaient rarement maîtrisés par les intervenants auprès desquels elles ont cherché de l'aide. Duboc (2008) ainsi que Molinari et Freeborn (2006) avancent même que ce manque de compétence entraîne souvent l'hésitation des parents à demander de l'aide. Ces auteurs ajoutent que les parents d'enfants ayant des problématiques comportementales et neurologiques, comparativement aux familles dont les enfants ne présentent pas ces problématiques, ont plus de mal à se trouver des ressources et ont un niveau de stress supérieur, ce qu'ont confirmé nos participantes. Pour Molinari et Freeborn (2006), le manque de soutien pour les familles adoptives peut rendre le parent plus vulnérable au développement d'un trauma secondaire, à l'abus des enfants, au divorce ou à l'échec de l'adoption. Dans le cas de nos participantes, les expériences difficiles couplées au manque de soutien ont conduit à un divorce et cinq placements hors du foyer familial, mais pas à des ruptures d'adoption. Il est difficile d'expliquer, à partir des entretiens réalisés, ce qui fait que tous les parents rencontrés expriment ne pas vivre d'échec d'adoption, surtout dans le cas des enfants placés. On pourrait considérer l'influence des valeurs morales, familiales, sociales des parents. Il est aussi possible que ces parents aient réussi à développer un sentiment de filiation assez fort envers leur enfant et se sentent engagés vis-à-vis de lui.

Figley (1995) dit que les meilleurs intervenants sont ceux qui présentent le plus d'empathie mais ceci les met directement à risque de développer eux-mêmes un trauma secondaire. Entendre des récits aussi souffrants peut devenir une charge lourde à porter. Dès lors, il est possible que la tendance qu'ont les intervenants à responsabiliser les parents, selon les participantes, soit aussi une façon de se protéger devant autant de détresse. L'importante charge de travail des intervenants générée par la nouvelle gestion publique peut aussi expliquer l'usure qui s'ajoute à leur réalité et, tout en étant empathiques, ils

deviennent doublement à risque de développer un trauma secondaire. Face à des situations qui sont très difficiles et sans formation à tous les enjeux liés à l'adoption, ils peuvent aussi vivre un sentiment d'impuissance. Toutes ces raisons peuvent expliquer pourquoi il devient difficile, à la longue, de garder l'empathie à son maximum pour n'importe lequel d'entre eux. Ces hypothèses démontrent l'importance de former les intervenants à se protéger eux-mêmes du trauma secondaire. Cela motive encore plus à développer l'empathie des intervenants.

6.4 Croissance post-traumatique

Des histoires douloureuses ont soutenu les propos de toute la présente recherche. Par contre, il nous semblait important de faire ressortir qu'au travers de tous ces traumas, une lueur d'espoir demeure et qu'il est possible de vivre une croissance post-traumatique (Tedeschi et Calhoun, 2004, cités dans Lindstrom et al., 2013). Comme l'ont ressorti Lindstrom et al. (2013), de nombreux changements positifs peuvent émerger de l'expérience, ce que plusieurs des participantes à notre étude ont reconnu. Elles disent avoir changé intérieurement, devenant plus présentes aux autres, plus respectueuses, plus empathiques. Certaines ont admis vouloir travailler à aider d'autres parents adoptifs et à permettre l'évolution des mentalités face à la parentalité adoptive. Quelques-unes ont fait une réorientation de carrière ou de leurs objectifs de vie. Enfin, elles ont aussi parlé du développement d'une force intérieure nouvelle. Certaines ont même dit vivre un approfondissement spirituel. Ainsi, le trauma complexe qui, tel une pierre lancée à l'eau, crée des ondes formant des vagues, peut malgré tout, permettre un jour à des gens de voguer sur l'eau, et d'avancer.

Chapitre 7 : Conclusion

L'objectif du présent mémoire était de mieux comprendre l'expérience de trauma secondaire de parents ayant adopté un enfant présentant un trauma complexe. Cette étude qualitative s'appuyait sur un cadre conceptuel formé de deux concepts : le trauma complexe et le trauma secondaire. Pour répondre à l'objectif, 12 parents ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens semi-dirigés individuels ou de couple. Parmi les principaux résultats de l'étude, les parents rencontrés ont partagé une gamme d'émotions vécues à un niveau extrême et des impacts sur leur santé physique et mentale qui sont associés au trauma secondaire. Ils ont aussi partagé des impacts sur leur organisation temporelle, sur leur vie professionnelle, de couple, familiale et sociale. Aussi, un constat important de la recherche est que la quasi-totalité des participantes ont déclaré vivre de la violence de la part de leur enfant. De ce fait, cinq des dix participantes ont dû placer leur enfant en ressource d'hébergement. En raison des grandes difficultés qu'ils ont vécues, les parents ont partagé comment ils ont recherché de l'aide et parlé de celle qu'ils ont obtenue. Au fil de l'analyse, il est apparu que le trauma secondaire seul était insuffisant pour rendre compte de la complexité de l'expérience de ces parents. En effet, ils ont exprimé ressentir des émotions si difficiles qu'elles ébranlent leur **sentiment de filiation**. Les parents des 10 familles rencontrées se sentent tous le parent de l'enfant adopté, mais vivent cette relation quotidienne dans la souffrance à cause du rejet et des émotions intenses de leur enfant. Ce que nous avons appelé le **trauma de filiation**.

7.1 Limites et forces

Toute recherche comporte des limites. La première est le fait que l'expression « comportement difficiles » a été utilisée pour illustrer les symptômes du trauma complexe de l'enfant. Selon la recension réalisée, nous avons choisi, dès le départ, de miser sur les enjeux relationnels et comportementaux puisqu'ils nous semblaient les plus importants du trauma complexe pouvant avoir un fort impact sur l'expérience parentale. Par contre, cela ne comprenait pas l'entièreté des domaines de fonctionnement altérés par l'enfant présentant un trauma complexe. Il aurait pu être intéressant de mettre des exemples des neufs domaines altérés du trauma complexe (Godbout et al., 2018) dans les critères de

sélection pour s'assurer d'avoir accès à des profils d'enfants différents vivant un trauma complexe et voir si d'autres domaines plus affectés peuvent engendrer un trauma secondaire. Même si les parents ont donné des exemples dans plusieurs des domaines, il est possible que certains d'entre eux aient été moins présents. Le fait que le principal domaine altéré de l'enfant ne soit pas celui de la régulation des émotions et des comportements a peut-être fait que des participants n'ont pas répondu à l'appel.

Puisque le trauma complexe n'est pas un diagnostic officiel, il aura fallu se fier à la compréhension subjective des parents adoptifs des différents domaines de fonctionnement altérés chez leur enfant, tels que des difficultés relationnelles, de comportements et d'apprentissage, par exemple, pour les inclure dans le présent échantillon. Contrairement à un diagnostic officiel qui permet d'avoir un regard clinique externe plus objectif, cet aspect subjectif peut avoir exclu des participants ne se sentant pas concernés, même s'ils auraient pu faire partie de l'échantillon selon l'œil d'une autre personne. Ensuite, en l'absence d'un outil de dépistage du trauma secondaire validé en français, il fallait se fier au ressenti des parents qui disaient vivre un trauma secondaire. Ainsi, la compréhension subjective du parent a encore été celle qui déterminait s'ils faisaient ou non partie de la population visée par l'étude.

De plus, le fait d'avoir recruté nos participantes par le biais d'organismes en adoption limite notre capacité à transférer les résultats de l'étude à des familles qui ne font pas appel à ces organismes pour du soutien ou à celles qui ne sont plus membres des associations parce que l'enfant n'habite plus avec elles, mais qui ont tout de même vécu un trauma secondaire. Il est possible que les familles qui ne font pas appel à ces organismes présentent un profil différent des familles rencontrées. Nous avons tout de même rencontré deux participantes membres d'un groupe mais non impliquées dans celui-ci, et une autre qui n'est membre d'aucune association mais qui a suivi une formation auprès de l'une d'elle.

Une autre limite vient du fait que l'échantillon ne soit constitué que de 10 familles, ce qui ne permet pas de dire que tous les cas de figure possibles d'expérience de parents adoptifs Banque-mixte vivant un trauma secondaire sont représentés dans la recherche. Il faut aussi rappeler que les parents de l'échantillon ne sont pas représentatifs de l'ensemble des parents Banque-mixte puisque tous ne vivent pas de trauma de filiation, comme tous les enfants adoptés en Banque-mixte ne vivent pas de trauma complexe. De plus, l'échantillon provient uniquement de certaines régions du Québec. La question des services pourrait être différente dans d'autres régions, bien qu'elle semble assez similaire pour les participantes des cinq régions de notre échantillon (Mauricie-Centre-du-Québec, Montréal, Montérégie, Québec et Saguenay-Lac-St-Jean).

Nous réitérons ici que notre propre expérience pouvait constituer une limite, quoique nous jugeons que des mesures ont été prises pour limiter l'influence d'un biais indu. La supervision de notre directrice de mémoire a été utile pour pallier cette limite. Nous avons tenu un journal de bord pour réaliser une analyse réflexive sur notre posture comme chercheure qui est personnellement touchée par la problématique.

Parmi les forces de la présente recherche, soulignons qu'elle a permis de mettre en lumière l'expérience d'une population peu étudiée. L'utilisation d'une méthode qualitative, permettant de recueillir des données plus approfondies lors des entretiens a été un choix judicieux. Grâce aux riches témoignages des parents rencontrés, il a été possible de développer un nouveau concept, le trauma de filiation, pour mieux comprendre la souffrance vécue par certains parents adoptifs qui luttent pour développer un lien affectif privilégié avec un enfant réfractaire à ce lien, étant lui-même en souffrance. L'utilisation combinée des concepts de trauma complexe et de trauma secondaire a permis d'aller profondément dans l'expérience traumatique de ces parents. Le fait d'avoir pris des participantes vivant l'expérience d'adoption depuis des périodes différentes a permis d'avoir une idée plus globale de l'évolution du trauma secondaire au fil du temps, en lien avec les différentes étapes d'évolution des enfants (petite enfance, adolescence et approche de la majorité). La présente étude a permis de mettre des mots sur les besoins de soutien des parents adoptifs Banque-mixte tout au long de la trajectoire d'adoption et de constater

les limites de l'offre actuelle de services de soutien. Enfin, la présente étude a aussi permis de mettre de l'avant l'importance de soutenir le développement du sentiment de filiation des parents adoptifs Banque-mixte.

7.2 Pistes d'améliorations pour la pratique

Les participantes ont tenu à exprimer comment elles souhaitaient que la préparation des futurs parents adoptifs Banque-mixte soit prioritaire. Pour elles, cette préparation est une occasion d'assurer la prévention de situations difficiles comme celles qu'elles ont connues. Elles ont aussi mis l'emphase sur le suivi en post-adoption car pour elles, les services actuels ne répondent pas à leurs besoins. Ces deux aspects de prévention/préparation et de services en post-adoption feront l'objet de la prochaine section. Enfin, nous aborderons aussi les attentes des participantes face aux intervenants.

7.2.1 Prévention/Préparation

Quand un postulant s'engage dans le processus Banque mixte, on lui présente une liste des difficultés que pourrait vivre l'enfant qu'il accueillera, dans le but d'alimenter leur réflexion et d'accroître le caractère libre et éclairé de leur décision. Cela permet à chacun de se positionner face à de possibles enjeux à venir et d'évaluer, minimalement, sa capacité à répondre aux besoins de l'enfant. C'est ici le seul endroit où on demande au parent de réfléchir à sa capacité parentale face aux difficultés éventuelles d'un enfant. Pourtant, selon la recension de Lindstrom et al. (2013), le parent doit évaluer profondément sa capacité à s'engager avec l'enfant qui viendra. Celui-ci apportera son lot de joie, de difficultés et de changements de vie auxquels il devra faire face. Ainsi, pour prendre une décision la plus éclairée possible, une formation sur le trauma complexe vécu par les enfants et sur les impacts réels de ces traumas sur leur vie future devrait être offerte dès le départ et ce, avant même de réfléchir au type d'enfant qu'il sera prêt à accueillir. Les participantes de la présente recherche ont plusieurs fois exprimé qu'elles auraient souhaité qu'on leur présente les réels enjeux auxquels elles pourraient être confrontées, sans avoir peur de faire peur. Elles auraient voulu des témoignages, entendre le fait que la parentalité adoptive n'est pas comme la parentalité biologique, que cette parentalité demandera du temps, de la patience,

mobilisera leurs ressources et exigera l'acceptation de leur enfant tel qu'il est, avec ses forces, ses limites et ses problématiques. Connaître ces enjeux dès le départ, même si on ne peut pas tout prévoir, pourrait agir comme facteur de protection contre le stress qui accompagne le fait de s'occuper d'un enfant ayant un trauma complexe. Le témoignage d'autres parents est une excellente façon de rendre concret les difficultés que peuvent vivre les parents Banque-mixte, selon les participantes. Leur donner la parole lors d'une soirée d'informations, comme c'est le cas pour la Banque-mixte à Montréal, par exemple, est une pratique à privilégier. Par ailleurs, les participantes ont exprimé que même la meilleure préparation au monde n'aurait pu les prémunir complètement contre les difficultés majeures qu'elles ont vécues avec leur enfant, ce que Cairns (2008) a aussi avancé. En ce sens, il est également important de prévoir des formations afin de bien faire comprendre aux parents qu'ils devront savoir accueillir une grande part d'inconnu dans cette expérience.

Une formation pour développer la capacité de mentalisation des parents devrait aussi être offerte, avant l'adoption, pour permettre aux parents d'apprendre à ne pas prendre personnellement les attaques de leurs enfants, leurs mouvements de recul, de rejet. Une telle formation peut aider à prévenir la perte de capacité d'autorégulation quand l'enfant se désorganisera. S'ils développent leur capacité à s'autoréguler, les parents pourront mieux aider leurs enfants par la corégulation, ce qui pourrait entraîner par le fait même, une diminution des crises et des comportements violents. Une telle formation pourrait aussi être offerte quand l'enfant est dans leur famille de façon à les soutenir pour retrouver une souplesse adaptative dans leurs réactions face aux crises de l'enfant et à la violence et conserver le recul nécessaire à la compréhension de leurs enfants. De plus, il devient encore beaucoup plus important d'apprendre à garder cette distance face à des actes violents, car à cause de ceux-ci, les parents peuvent se retrouver dans une situation où un stress prolongé les empêche de maintenir des sentiments d'amour et d'empathie envers leurs enfants, ce qui contribue au trauma de filiation.

Les participantes ont aussi dit ne pas avoir eu de formation préalable à l'arrivée de l'enfant. Pourtant, pour Molinari et Freeborn (2006), posséder des connaissances sur des

thèmes liés à l'adoption aide les parents à se prémunir plus tôt face aux difficultés inhérentes à cette réalité. Ils ajoutent que le manque de connaissances peut entraîner des difficultés à long terme. Ainsi, à partir du discours des parents et des écrits consultés dans le cadre de cette étude, nous croyons qu'un programme de préparation à l'adoption, comprenant entre autres les thèmes suivants, devrait être offert de manière uniforme dans toutes les régions du Québec dès le début du processus Banque-mixte :

- l'adoption ;
- la parentalité adoptive ;
- l'attachement ;
- les moyens d'améliorer la régulation des émotions des parents, pour pouvoir aider ensuite l'enfant à se réguler, comment être apaisant ;
- quelles sont leurs réponses au stress, comment les déceler chez son partenaire ;
- l'importance de former une équipe avec le conjoint/la conjointe ;
- comment survient un trauma secondaire et les moyens de le prévenir (prendre soin de soi, faire du sport, du yoga, chanter, méditer par exemple) ;
- les diagnostics de santé de l'enfant ;
- apprendre des techniques d'intervention en situation de crise et face à la violence (communication non violente par exemple) ;
- développer les capacités de mentalisation des parents (pour ne pas prendre personnel les attaques de l'enfant et mieux comprendre ce qu'il exprime par ses gestes)
- former le réseau informel (famille, amis) pour qu'il soit un réel soutien ;
- bottin de ressources disponibles.

La *Child Trauma Academy*, explique les facteurs de risque de développer un trauma secondaire (Perry, 2014). Il semble important, considérant la lunette de travail social, de mettre l'accent sur des facteurs de protection qui devraient faire partie de la préparation de toute personne voulant devenir parent Banque-mixte, car à l'heure actuelle, il n'y a aucune formation obligatoire pour les postulants Banque-mixte, à part le cours de réanimation cardiorespiratoire (Poirier et al., 2020).

En effet, comme les enfants placés en Banque-mixte sont à grand risque d'avoir vécu un trauma complexe, il apparaît nécessaire que les postulants se forment un grand réseau de soutien informel (parents, amis, parenté) qui pourra offrir du répit, de l'écoute et pour éviter de se retrouver isolés. Ils doivent aussi développer un réseau de soutien formel (services sociaux) pour faire face aux enjeux plus pointus de leurs enfants. (Molinari & Freeborn, 2006). Sachant que le fait de se sentir valorisé et soutenu augmente les capacités d'affronter le stress (Perry, 2014), la préparation devrait offrir un volet de formation au réseau primaire des postulants, afin que celui-ci sache ce qu'est la réalité de la famille Banque-mixte et puisse l'entourer de façon à reconnaître, le cas échéant, les symptômes du trauma de filiation apparaissant chez le parent (Cairns, 2008). Comme les participantes de la présente étude l'ont exprimé, l'ampleur des difficultés de l'enfant fait que la famille et les amis s'éloignent, ne sachant pas comment les soutenir. Il serait important d'impliquer l'entourage dans le projet, prenant pour point d'ancrage qu'il faut tout un village pour élever un enfant, d'autant plus s'il a vécu un trauma complexe. De ce fait, il pourrait être pertinent d'élaborer des programmes d'aide pour toute la famille pour assurer une greffe plus solide entre tous les membres de la famille avant l'arrivée de l'enfant comme après. Mais si ceux-ci ne sont pas présents, une autre avenue serait de s'assurer de mettre autour de la famille un groupe de pairs, ou un système de parrainage/marrainage qui soit aussi formé aux enjeux du trauma complexe et du trauma secondaire. Cela permettraient d'agir comme facteur de protection, en aidant à diminuer le sentiment d'isolement, en agissant comme un exutoire, ou en permettant d'aider le parent à trouver des solutions (Cardona, 2007).

7.2.2 Soutien post-adoption

Il est de plus en plus reconnu que le fait que l'enfant soit adopté ne fait pas disparaître les impacts des différents traumatismes qu'il a vécus. Pourtant, cette reconnaissance n'a pas pour autant permis l'établissement de services de soutien spécifiques pour les familles adoptives. Nous relevons ici que les participantes ont exprimé avoir l'impression qu'aux yeux de plusieurs intervenants, parce que l'enfant est placé dans une famille ayant les ressources nécessaires, les difficultés de l'enfant ne nécessiteront pas une aide spécialisée et les parents pourront s'adresser au réseau public, comme les autres

parents. Pourtant, certains de ces enfants ont des besoins plus grands que ceux des enfants de la population générale. D'abord, il nous semble important de mettre à l'avant le fait que pour la majorité des enfants présentant un trauma complexe, les difficultés vécues dans toutes leurs sphères de développement sont comme un handicap invisible. De ce fait, il peut être difficile pour n'importe quel adulte d'imaginer que ce bagage pourra entraîner des séquelles aussi lourdes. Il importe donc de changer les mentalités face à ces enfants et cesser d'idéaliser l'adoption en pensant qu'avec de bons parents et beaucoup d'amour, tout rentrera dans l'ordre. En effet, pour réussir à évoluer et d'atteindre son plein potentiel, les enfants, comme ceux de notre échantillon, ont besoin autour d'eux d'une équipe de soin composée de professionnels formés aux enjeux d'adoption et de trauma complexe ET des parents adoptifs aimants et eux-mêmes soutenus.

Les participantes ont aussi exprimé que la relation avec les intervenants de la DPJ était rarement vécue comme égalitaire. Elles ont exprimé l'importance, pour tous les intervenants au dossier, de travailler en équipe avec les parents, pour le mieux-être de l'enfant. De ce fait, il semble primordial que les intervenants transforment leur regard clinique face aux parents adoptifs, afin de les voir comme leurs co-équipiers, et les soutenir dans leur vulnérabilité plutôt que les tenir responsables des difficultés. Qu'ils transforment aussi leur conception de l'adoption et des besoins réels des enfants adoptés, car bien qu'ils soient en plus petit nombre dans la société, ils sont surreprésentés dans les services sociaux (Cardona, 2007) et il faut s'assurer qu'on leur prodigue les services spécialisés dont ils ont besoin, par des personnes compétentes.

Parlons maintenant du contexte dans lequel les parents vont chercher de l'aide. Dans leur recension, Chateaufort et Lessard (2015) avancent que l'hésitation à aller chercher de l'aide de la part des parents Banque-mixte puisse être liée au fait qu'ils ont peur de se faire enlever l'enfant par les CJ ou de se sentir jugés par les intervenants. À cela s'ajoute le fait que les jeunes adoptés ayant un trauma complexe peuvent alléguer être victimes de violence de la part de leurs parents adoptifs, que cela soit fondé ou non, ce qui peut aussi faire hésiter les parents à demander de l'aide par peur d'être jugés pour quelque chose qu'ils n'ont pas fait. Pour Selwyn et Meakings (2016), les allégations faites par les

enfants adoptés soulèvent des questions très difficiles au niveau de la pratique. Elles démontrent l'importance d'accorder un suivi conjoint entre service post-adoption et suivi en protection de la jeunesse, de façon à avoir une idée claire de la situation, sans parti pris préalable. Cette vision plus claire de la situation demande aussi aux intervenants de développer un regard plus systémique dans le cas de ces familles, pour s'assurer une bonne lecture de la situation. Dans tous les cas, le contexte d'autorité ne favorise pas la demande d'aide. Pour pallier cet enjeu, il pourrait être judicieux de développer, à l'intérieur même des CISSS/CIUSSS, une voie d'accès à des services en adoption qui ne seraient pas sous la gouverne de la protection de la jeunesse. Ainsi, dès l'apparition des difficultés et même si l'adoption n'est pas encore prononcée, cela donnerait aux parents la liberté d'exprimer leurs difficultés, leurs besoins, dans un contexte empreint d'empathie et de non-jugement, sans crainte de se faire enlever l'enfant, comme l'ont exprimé certaines participantes. Les parents Banque-mixte doivent pouvoir entendre que, malgré qu'ils aient été évalués et approuvés en tant que postulants à l'adoption, cela ne veut pas dire qu'on s'attend d'eux qu'ils ne vivent aucune difficulté avec l'enfant.

Les intervenants du réseau, autant des services de première ligne que de la protection de la jeunesse, vivent tous avec une tension permanente de performance et un stress important (Fortier, 2010). Comme Lamothe et al. (2018) et Klinik Community Health Centre et al. (2013), nous pensons qu'il est aussi souhaitable que le réseau s'assure de prodiguer une aide et un suivi clinique à tous les intervenants travaillant au quotidien avec des familles traumatisées, afin de les protéger du trauma secondaire. Il serait aussi important de travailler au développement des habiletés empathiques, qui sont mises à mal par un contexte stressant. Comme de prendre soin du parent aide à prendre soin de l'enfant, prendre soin de l'intervenant l'aidera à prendre soin du parent et de l'enfant. La société en général a avantage à mettre de l'avant ces valeurs d'empathies.

De tous les impacts du trauma complexe présentés, le plus important est la manifestation de violence. La forme qu'elle prend, le moment où elle s'installe méritent vraiment qu'on s'y attarde de façon à mettre en place des mécanismes de détection pour y réagir adéquatement et rapidement. Il devrait être obligatoire que les parents postulants à

la Banque-mixte (et même pour être famille d'accueil) suivent différentes formations, tout au long de leur parcours parental, sur comment réagir à la violence pour éviter son escalade. Aborder d'emblée cette problématique permettra aux parents de voir venir les signaux et d'agir promptement pour éviter que la situation ne dégénère. Non seulement la situation ponctuelle ne s'envenimera pas, mais le parent bien préparé pourra réagir à cette violence par des moyens permettant d'apaiser l'enfant et par le fait même, aidera au développement des liens d'attachement et de filiation. En plus d'aider les parents directement, ces formations permettraient aussi aux intervenants de mieux réagir quand ils sont témoins de telles situations, surtout en évitant de « blâmer les parents » pour sa survenue. Cela pourrait contribuer à diminuer la honte ressentie par les parents, de subir de tels assauts de la part de leur enfant et limiter la possibilité que l'enfant en vienne à prendre le pouvoir. Holt (2015) présente de nombreux programmes d'aide pour la violence chez les jeunes mais questionne le fait qu'aucun d'eux ne soit adapté à des jeunes ayant expérimenté un trauma complexe. Au contraire, ce sont des programmes établis pour des adultes et appliqués à des enfants, avec quelques modifications. Nous l'appuyons dans sa proposition que ces programmes soient développés spécifiquement pour des enfants pris en charge et adoptés ; évalués auprès d'eux ; car s'ils ne sont pas adaptés, ils peuvent entraîner des dommages si on les applique à des jeunes en si bas âge.

Dès lors, il est essentiel d'assurer des services de qualité aux familles puisqu'un système pauvre en ressources augmente le risque de développer un trauma secondaire (Perry, 2014). Dans un monde idéal, il faudrait s'assurer qu'il y ait, dans toutes les régions, des professionnels compétents, c'est-à-dire sensibles aux enjeux de l'adoption, capables de soutenir les parents adoptifs, particulièrement ceux dont le quotidien est aride avec l'enfant. Établir ces services en amont, soit dès que le placement a lieu et jusqu'à la majorité du jeune, serait déterminant (Cardona, 2007). Cela pourrait atténuer le risque que les parents n'expérimentent le sentiment d'être inadéquats (Follan & Mcnamara, 2014). Puisque les personnes souffrant d'un trauma de filiation ont tendance à s'isoler, offrir ce service d'emblée, et non attendre que les parents le demandent, serait un facteur de protection.

7.3 Pistes de recherches futures

La réalisation de la présente étude a permis de construire de nouvelles connaissances au sujet de l'expérience de trauma secondaire des parents adoptifs d'enfants présentant un trauma complexe. En effet, le quotidien avec un enfant présentant de tels comportements était peu étudié, autant pour l'ampleur des comportements de l'enfant que pour les effets de ceux-ci sur le parent qui l'accueille, tels qu'un trauma secondaire ou de filiation. Par contre, certaines pistes de recherche restent à explorer afin de poursuivre ou de raffiner notre compréhension de l'expérience des parents adoptifs Banque-mixte.

D'abord, il serait pertinent de poursuivre les recherches sur le concept de trauma de filiation afin de mieux le définir et le circonscrire puisque, n'étant pas l'objet de la présente recherche, la solidité des conclusions en était limitée. Étant donné que le sentiment de filiation se développe à la fois pour le parent et pour l'enfant (Lévy-Soussan, 2007; Pagé, 2012), il serait aussi pertinent d'évaluer si et comment le jeune, de son côté, vit le trauma de filiation. Il serait aussi intéressant de comprendre si ce trauma peut affecter la fratrie du jeune adopté ayant autant de difficultés. En effet, les participantes ont bien exprimé les difficultés relationnelles entre les enfants de la famille. Est-ce possible que le jeune refuse de se relier à son frère ou sa sœur adoptive vivant autant de comportements difficiles ? Enfin, des études pourraient également être faites pour approfondir nos connaissances au sujet du trauma de filiation et ce, chez d'autres populations de parents et d'enfants, tels que les parents biologiques d'enfants ayant diverses difficultés qui ont des impacts sur eux (maladie mentale, troubles oppositionnels, violence, par exemple).

Par ailleurs, il serait intéressant d'étudier davantage la question de la violence chez les jeunes adoptés, dans le but d'intervenir le plus tôt possible dans la vie du jeune, et tenter de prévenir l'escalade. Et surtout, pour briser le silence l'entourant. À rebours, nous nous interrogeons si le fait d'avoir employé le terme « comportements difficiles », dans nos critères de sélection pour la recherche, a pu noyer la question spécifique de la violence. Quoique l'idée principale était de savoir comment le parent vivait sa réalité face aux comportements difficiles, il nous apparaît maintenant évident qu'un accent important devra

être mis ultérieurement pour approfondir plus directement la question de la violence des enfants envers leurs parents adoptifs.

Pagé (2012) dit que le partage du quotidien est un élément important dans la construction du sentiment de filiation. La présente recherche a permis de voir que la moitié des jeunes ont été placés au moins une fois à l'extérieur du foyer familial, suite à l'adoption. Nous nous questionnons si le fait de retirer l'enfant de son milieu, après avoir vécu tant de souffrance, pourrait jouer sur la capacité à conserver ce lien de filiation. En effet, la violence ayant mené au placement peut avoir engendré de la souffrance qui à son tour vient fragiliser le sentiment de filiation du parent. Il serait intéressant de voir comment ce lien peut être protégé et encouragé, malgré la séparation physique, autant par les parents que par les intervenants du milieu d'accueil.

Malgré qu'elles soient tellement épuisées et désillusionnées face à l'aide possible, disponible et efficace pour leur enfant, les participantes à la présente étude ont continué à avancer, à cogner encore à des portes pour obtenir de l'aide. Il serait pertinent de mieux comprendre comment cette résilience se développe et la façon dont elle agit dans leur souffrance, afin de mieux accompagner les parents qui sont en grandes difficultés. Il semble bien prometteur de remettre de l'avant l'importance d'entourer l'enfant d'une famille, d'intervenants, d'un village et d'une société, tous plus empathiques et bienveillants envers lui.

Références

- Association, A. P., American Psychiatric Association D. S. M. Task Force, Crocq, M. A., & Guelfi, J. D. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2013). Un élan pour voir grand. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2013.
- Beaud, J.-P. (2009). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier, & I. Bourgeois, dir. (Éds.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, (pp. 251-286). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bloom, S. L. (1999). *Trauma Theory Abbreviated*. Repéré à <http://sanctuaryweb.com/Portals/0/Bloom%20Pubs/1999%20Bloom%20Trauma%20Theory%20Abbreviated.pdf>
- Bloom, S. L. (2003). Caring for the Caregiver: Avoiding and Treating Vicarious Traumatization. Dans A. Giardino, E. Datner, & J. Asher (Éds.), *Sexual Assault, Victimization Across the Lifespan* Maryland Heights, MO: GW Medical Publishing.
- Bramlett, M. D., Radcliff, L., & Blumberg, S. (2007). The health and well-being of adopted children. *Pediatrics*, *119*, S54-60.
- Brodzinsky, D. M. (2011). Children's understanding of adoption: Developmental and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, *42*(2), 200-207. doi: 10.1037/a0022415
- Cairns, K. (2008). Enabling Effective Support: Secondary Traumatic Stress and Adoptive Families. Dans *The emotional experience of adoption: A psychoanalytic perspective*. (pp. 90-98). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Cardona, J. (2007). Les troubles de l'attachement dans l'adoption. *Archives de Pédiatrie*, *14*(6), 748-749. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2007.02.069>
- Châteauneuf, 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. doi: 10.3917/rf.012.0137
- Châteauneuf, D., & Lessard, J. (2015). La famille d'accueil à vocation adoptive: enjeux et réflexions autour du modèle québécois. *Service social*, *61*(1), 19-41. doi: 10.7202/1033738ar
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and

- adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Coakley, J. F., & Berrick, J. D. (2007). Research Review: in a Rush to Permanency: Preventing Adoption Disruption. *Child & Family Social Work*, 13(1), 101-112.
- Conrad, D. (2004). The Cost of Caring: Secondary Traumatic Stress. *Fostering Communications*, XVIII(3).
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Cheryl, L., Blaustein, M., Cloitre, M., ... Van Der Kolk, B. A. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Côté, C., & Le Blanc, A. (2016). *Pratique intégrant la notion de Trauma: trousse de soutien*. Montréal: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-sud-de-l'Ile-de-Montréal. Repéré à http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/trauma_trousse_soutien_CCSMTL.pdf
- Direction de la protection de la jeunesse. (2019). 40 Ans d'expertise pour bâtir l'avenir, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2019.
- Duboc, M. (2008). L'adoption et après ?. La mise en place du lien adoptif. *Informations sociales*, 146(2), 104-113.
- Erickson, M. D. (2013). *Disrupted Adoptions, Contributing Factors and Intervention Techniques*. (thèse de doctorat, Alliant International University), L.A., CA. Repéré à <https://search.proquest.com/docview/1101647571/?pq-origsite=primo>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue : Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. New York, NY: Routledge. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=72836&lang=fr&site=ehost-live>
- Follan, M., & Mcnamara, M. (2014). A Fragile Bond: Adoptive Parents' Experiences of Caring for Children With a Diagnosis of Reactive Attachment Disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 1076-1085.

- Fonagy, P. (2004). Early-life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036, 181.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fortier, I. (2010). La « réingénierie de l'Etat », réforme québécoise inspirée du managérialisme. *Revue française d'administration publique*, 136(4), 803-820. doi: 10.3917/rfap.136.0803
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2018). Répercussions liées aux traumatismes complexes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, & N. Godbout (Éds.), *Trauma complexe. Comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 57-90): Presses de l'Université du Québec.
- Goubau, D. (1994). L'adoption d'un enfant contre la volonté de ses parents. *Les Cahiers de droit*, 35(2), 151-172.
- Goubau, D., & Ouellette, F.-R. (2006). L'adoption et le difficile équilibre des droits et des intérêts : le cas du programme québécois de la « Banque mixte ». *McGill Law Journal*, 51(1), 1-26.
- Goubier-Boula, M. O. (2005). Processus d'attachement et processus d'adoption. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53(5), 263-271. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.06.002>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Holt, A. (2015). Adolescent-to-Parent Abuse as a Form of “Domestic Violence”: A Conceptual Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5), 490-499. doi: 10.1177/1524838015584372
- Hopchet, M., Kholti, S., & Vanhelleputte, A. (2017). Effets de la violence interpersonnelle : trauma complexe, évolution symptomatologique et implications thérapeutiques. *Annales médico-psychologiques*, 175(3), 290-293. doi: 10.1016/j.amp.2017.01.007
- Horesh, D. (2016). The Reconstruction of Criterion A in DSM-5: Is it a True Incorporation of Secondary Traumatization into the PTSD Diagnosis? *Journal of Loss & Trauma*, 21(5), 345-349. doi: 10.1080/15325024.2015.1072016

- Hughes, D. (2018). *Building the Bonds of Attachment: Awakening Love in Deeply Traumatized Children* (third). USA: Rowman & Littlefield.
- Hughes, D., & Baylin, J. (2012). *Brain-Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment*. New York: W.W: Norton and Company.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2016). les mauvais traitements psychologiques, un mal silencieux, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2016. Repéré à https://www.ciusssoestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusssoim/Votre_CIUSSS/Documentation/Bilans_DPJ/INESSS_Bilan_DPJ_Mauvais_traitements_psychos_2016.pdf
- Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 339-361. doi: 10.1016/j.chc.2013.12.009
- Klinik Community Health Centre, Bolton, M. J., Buck, S., Connors, E., Kiernan, K., Matthews, C., McKellar, M., ... Santé Canada. (2013). *Manuel sur les traumatismes (2e éd.)*. Repéré à http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit_fr_revised.pdf
- Lamothe, J., Couvrette, A., Lebrun, G., Yale, G., Roy, C., Guay, S., & Geoffrion, S. (2018). Violence against child protection workers: A study of workers' experiences, attributions, and coping strategies. *Child abuse & neglect*, 81, 308-321.
- Lemieux, J. (2013). *La normalité adoptive: les clés pour accompagner l'enfant adopté*. Montréal: Québec Amérique.
- Lévy-Soussan, P. (2007). Construction de l'identité et filiation adoptive: quand le fil ne noue plus les fils. Dans *PRISME (L'adoption: État des lieux)* (Vol. 46, pp. 248-257): Éditions du CHU Ste-Justine.
- Lindstrom, S. I., Voynow, S., & Boyer, B. A. (2013). Adoption of Children With Special Health Care Needs. Dans V. M. Brabender, & A. E. Fallon (Éds.), *Working With Adoptive Parents: Research, Theory, and Therapeutic Interventions* (Vol. xxvi, pp. 131-148). Hoboken, NJ,: John Wiley & Sons Inc.
- Marinopoulos, S. (2017). Pour une politique préventive. Prendre soin de la famille dès l'arrivée de l'enfant. *Spirale*, 82(2), 158-163. doi: 10.3917/spi.082.0158
- Miles, C., & Condry, R. (2016). Adolescent to parent violence: the police response to parents reporting violence from their children. *Policing and Society*, 26(7), 804-823. doi: 10.1080/10439463.2014.989158

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). Manuel de référence sur la protection de la jeunesse.
- Molinari, D. L., & Freeborn, D. (2006). Social Support Needs of Families Adopting Special Needs Children. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 44(4), 28-34.
- Mukarurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
- National Child Traumatic Stress Network. (2011). Secondary Traumatic Stress: A Fact Sheet for Child-Serving Professionals. . Repéré à <http://www.nctsnet.org/print/1342>
- National Child Traumatic Stress Network. (2014). Complex Trauma: Facts for Caregivers. Repéré à http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/complex_trauma_caregivers_final.pdf
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57-68.
- Osterman, J. E., & Chemtob, C. M. (1999). Emergency Psychiatry: Emergency Intervention for Acute Traumatic Stress. *Psychiatric Services*, 50(6), 739-740.
- Ottaway, H., & Selwyn, J. (2016). 'No-one told us it was going to be like this': *Compassion fatigue ans foster carers*. Dans University on Bristol (Éd.) (pp. 1-49). Repéré à <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/sps/documents/hadleydocs/compassion-fatigue-and-foster-carers-final%20report.pdf>
- Ouellette, F.-R., Goubau, D., Saillant, F., Collard, C., & Leblic, I. (2009). Entre abandon et captation. *Anthropologie et Sociétés*, 33(1), 65-81.
- 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*. Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/9712> (eprint_UdeM1866/9712)
- Pagé, G., & Hélie, S. (2016, 8-11 janvier). *Factors Influencing the Probability of Being Placed in a Foster-to-Adopt Family and Being Freed for Adoption: Results From a Canadian Study*. Communication présentée au 5th International Conference on Adoption Research, Auckland (Nouvelle-Zélande).

- Pagé, G., & Poirier, M.-A. (2015). Le placement en famille d'accueil en vue d'adoption. Dans *La protection de l'enfance, la parole des enfants et des parents* (pp. 219-231). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Pagé, G., Poirier, M.-A., & Chateaufneuf, D. (2019). Being a Foster-to-Adopt Parent: Experiences of (Un)certainly and Their Influence on the Sense of Being the Parent. *Adoption Quarterly*, 22(2), 95-115. doi: 10.1080/10926755.2019.1579132
- Pearlman, L. A. (1995). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. Dans *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. (pp. 51-64). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Perry, B. D. (2014). The cost of caring: Understanding and preventing secondary traumatic stress when working with traumatized and maltreated children. *CTA Parent and Caregiver Education Series*, 2(7).
- Piche, A.-M. (2011). *La construction sociale de la relation adoptive: Experiences parentales de l'adoption d'enfants grands a l'international*. : ProQuest, UMI Dissertations Publishing.
- Poirier, M.-A., Chateaufneuf, D., Pagé, G., Hélie, S., Joly, M.-P., & Tremblay, K. (2020). *Le placement en protection de la jeunesse : préparer, accompagner et soutenir les familles d'accueil pour mieux répondre aux besoins des enfants placés. Commission spéciale sur les droit des enfants et de la protection de la jeunesse*. Montréal.
- Poirier, M.-A., Pagé, G., Carignan, M., & Normandeau, S. (2008, 10-11 novembre). *Les enfants adoptés via le programme Banque-mixte : quel est leur portrait 15 ans plus tard?* Communication présentée au « Ensemble! Parce que le Québec a besoin de tous ses jeunes », Montréal.
- Reilly, T., & Platz, L. (2003). Characteristics and Challenges of Families Who Adopt Children with Special Needs: An Empirical Study. *Children and Youth Services Review*, 25(10), 781-803. doi: [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(03\)00079-3](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(03)00079-3)
- Savoie-Zajc, L. (2010). L'entrevue semi-dirigée,. Dans B. Gauthier, (sous la dir.) (Éd.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte de données* (5e ed., pp. 337- 360). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental Trauma Disorder: pros and Cons of Including Formal Criteria in the Psychiatric Diagnostic Systems. *BMC psychiatry*, 13(3), 1-12.
- Schooler, J., E. (2010). Living with Traumatized Children: The Impact on Parents. Dans J. Schooler, B. Keefer Smalley, & T. Callahan (Éds.), *Wounded Children*,

- Healing Homes: How Traumatized Children Impact Adoptive and Foster Families* (chapitre 5, pp. 73-87). IL: NavPress.
- Selwyn, J., & Meakings, S. (2016). Adolescent-to-Parent Violence in Adoptive Families. *The British Journal of Social Work*, 46(5), 1224-1240. doi: 10.1093/bjsw/bcv072
- St-André, M. (2007). Gestion psychique et parcours d'adoptant. Dans *Prisme, L'adoption, État des lieux* (Vol. 46, pp. 236-247): CHU Ste-Justine.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL* Repéré à http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Suetterlein, K. S. (2007). *Exploring the Impact of Children Diagnosed With Reactive Attachment Disorder on the Parenting Experience*. (thèse de doctorat). (thèse de doctorat, Chestnut Hill College, Philadelphie, PA). Repéré à <https://proxybiblio.uqo.ca:2146/pqdtglobal/docview/304704417/307EABD267CB429APQ/1?accountid=14724>
- Tarquinio, C., Houllé, W. A., & Tarquinio, P. (2017). Discussion autour du traumatisme complexe : émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*, 26(2), 79-86. doi: 10.1016/j.sexol.2016.03.007
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. doi: 10.3917/dev.072.0151
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. doi: 10.1176/ajp.148.1.10
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Vasquez, M., & Stensland, M. (2016). Adopted Children with Reactive Attachment Disorder: A Qualitative Study on Family Processes. *Clinical Social Work Journal*, 44(3), 319-332. doi: 10.1007/s10615-015-0560-3

Annexes

Annexe 1 Lettre aux participants

Une copie de cette lettre a été envoyée par chaque organisme aux participants ciblés par les intervenants.

Trois-Rivières, le (date) 2018

Nom du participant

Courriel :

Objet : Étude réalisée dans le cadre d’une maîtrise supervisée par Mme Geneviève Pagé, professeur à l’Université du Québec en Outaouais.

Titre : Mieux comprendre le trauma secondaire chez les parents banque-mixte qui adoptent un enfant ayant des comportements difficiles.

Madame/Monsieur,

Vous avez accueilli ou adopté un enfant ayant vécu différents traumatismes avant son arrivée dans votre famille et qui présente des comportements récurrents très difficiles dans sa vie quotidienne (tels que des conduites impulsives, des troubles de comportement, des difficultés dans le fonctionnement social et affectif nuisant aux relations, une grande méfiance envers les autres ou une absence de frontières, un état d’alerte où l’enfant est agité ou tendu, un manque de concentration, un refus d’engagement dans des échanges mutuels, des problèmes d’alimentation et de sommeil (cauchemars) ou de phobies) ?

Ces comportements entraînent ou ont entraîné chez vous des émotions telles que colère, tristesse, anxiété, peur, comme vous n’en aviez jamais vécu avant? Vous avez des problèmes de santé apparus depuis l’arrivée de l’enfant, tels que des maux de tête, d’estomac, de dos, des problèmes de sommeil ? Vous vous sentez épuisé, irrité, en hypervigilance, isolé socialement ? Vous avez des sautes d’humeur, une perte d’espoir, un sentiment de culpabilité et d’impuissance important ? Vous avez le sentiment que votre vie vous échappe, vous ne vous reconnaissez plus? Nous souhaitons rencontrer des personnes qui vivent cette réalité ou l’ont vécue par le passé. Si vous avez répondu oui à certaines de ces questions, nous aimerions solliciter votre participation dans le cadre d’une étude portant sur l’expérience de trauma secondaire (ou fatigue de compassion) vécue par les parents Banque-mixte ayant accueilli ou adopté un enfant présentant des comportements difficiles. Lors d’une entrevue d’environ 90 minutes, nous aimerions connaître votre histoire à partir de l’élaboration du projet jusqu’à maintenant, en passant par les moments douloureux avec votre enfant.

Bien entendu, votre participation se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et vous pouvez vous retirer à tout moment de la recherche sans aucune forme de préjudice. Il n'y a aucun risque connu associé à cette étude, bien que des émotions puissent refaire surface en racontant votre histoire. À cet effet, nous vous remettrons une feuille avec les numéros de téléphones d'organismes spécialisés en adoption pouvant vous accompagner, si besoin, à la suite de cet entretien. Si vous acceptez de participer, nous vous invitons à joindre l'étudiante-chercheuse avec les coordonnées qui sont écrites en bas de page. Vous aurez un formulaire de consentement à signer lors de la rencontre avec l'étudiante-chercheuse.

Le Comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais a donné son aval à ce projet de recherche le (date). Votre entrevue sera enregistrée et retranscrite mais seule la chercheuse et sa directrice de mémoire, Geneviève Pagé, auront accès aux informations personnelles qui seront conservées sous clé numérique par la chercheuse, et sous format papier dans un bureau sous clé. Elles ne serviront qu'à la présente recherche et seront conservées pour une durée de 5 ans. Les données recueillies serviront à la rédaction d'un mémoire de maîtrise qui pourra faire l'objet d'une publication scientifique. De plus, les résultats de la recherche pourraient également faire l'objet de conférences. Ne vous inquiétez pas, vos noms seront changés pour que personne ne puisse vous reconnaître. Mme _____, de l'organisme _____, qui vous a référé s'engage à ne divulguer à personne le fait qu'elle ait sollicité votre participation à la recherche et ne saura pas si vous participez ou non, ni le contenu de nos échanges. Le fait de participer ou de se retirer de la présente étude n'aura aucune incidence sur les services que vous recevez de l'organisme.

Votre expérience est importante pour nous et votre participation à cette recherche contribuera à l'avancement des connaissances sur l'expérience des parents adoptant dans le cadre du programme Banque-mixte. Si vous avez des questions concernant notre projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec moi. Je vous remercie à l'avance pour l'intérêt que vous portez à ce projet de recherche.

Karine Tremblay
Étudiante, Université du Québec en Outaouais (UQO)
courriel : trek16@uqo.ca tél : 819-690-8777

Annexe 2 Fiche informative

À remplir par le parent adoptant

Mieux comprendre le trauma secondaire chez les parents banque-mixte qui adoptent un enfant ayant des comportements difficiles

Karine Tremblay, étudiante à la maîtrise, département de travail social, UQO

Sous la direction de : Geneviève Pagé, professeure agrégée, département de travail social, UQO

Date : _____

Participant # _____

Sexe : masculin féminin

Âge : _____ ans

Statut conjugal actuel : conjoint de fait
 marié(e)
 célibataire
 séparé(e) ou divorcé(e)
 veuf(ve)

Si en couple, depuis combien de temps : _____ ans

Si en couple : hétérosexuel homosexuel

Dernier niveau de scolarité complété : _____

Occupation : _____

Revenu familial (approximatif) : _____

Composition familiale (au moment de l'entrevue)

Nombre d'enfants dans la famille : _____

Pour chacun d'eux :

Âge : _____ ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien : <input type="checkbox"/> biologique <input type="checkbox"/> adopté <input type="checkbox"/> en BM
Âge : _____ ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien : <input type="checkbox"/> biologique <input type="checkbox"/> adopté <input type="checkbox"/> en BM
Âge : _____ ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien : <input type="checkbox"/> biologique <input type="checkbox"/> adopté. <input type="checkbox"/> en BM
Âge : _____ ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien : <input type="checkbox"/> biologique <input type="checkbox"/> adopté. <input type="checkbox"/> en BM
Âge : _____ ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien : <input type="checkbox"/> biologique <input type="checkbox"/> adopté. <input type="checkbox"/> en BM

Concernant l'enfant placé en Banque-mixte (selon la perception du parent adoptant)Sexe : masculin fémininÂge : _____ ans ou moisBesoins particuliers : oui non

Si oui, préciser :

 handicap physique retard intellectuel trouble de comportement trouble d'attachement trouble d'apprentissage syndrome d'alcoolisation fœtale trouble envahissant du développement autre : _____Description de la situation familiale d'origine qui a mené au placement Banque-mixte

Historique de placement

Milieu de vie	Âge de l'enfant	Durée du placement

Âge de l'enfant au moment du placement Banque-mixte : _____ ans ou mois

Annexe 3 Grille d'entrevue

Période Préadoptive		
Dans cette première section, nous allons aborder comment le projet de devenir BM est arrivé dans votre vie et comment vous vous êtes préparés.		
Questions	Sous-Questions	Éléments à surveiller
<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez-moi votre famille actuelle. • Parlez-moi de comment est né ce projet d'être BM. • Dites-moi ce qui vous a décidé à vous embarquer dans ce projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Racontez-moi comment s'est passé votre évaluation. • Parlez-moi de comment vous vous êtes préparés pour la réalisation de ce projet. • Parlez-moi de votre réseau (parents, amis, services sociaux) • Dites-moi quelles étaient vos attentes par rapport à l'enfant • Racontez-moi comment vous vous imaginiez votre vie avec l'enfant, vos rêves de famille, vos projets. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation pré-adoptive sur l'impact des traumatismes sur l'enfant ou sur les parents. • Présents ou pas? • Âge, sexe, problématique ou handicap, niveau de difficulté anticipé • Rêve et projection du projet

Type de parent adoptif :

Niveau 1 : les parents veulent intentionnellement adopter un EABP et connaissent les besoins particuliers avant l'adoption.

Niveau 2 : les parents veulent, au départ, un enfant sans problématique de santé mais acceptent finalement un EABP, ils connaissent les besoins particuliers avant l'adoption

Niveau 3 : les parents veulent un enfant sans problématique de santé et ne connaissent pas les besoins particuliers qui se développent bien souvent après l'adoption.

Placement		
Dans cette deuxième section, nous allons aborder l'arrivée de l'enfant chez vous		
Questions	Sous-Questions	Éléments à surveiller
<ul style="list-style-type: none"> • Racontez-moi le moment où vous avez eu l'appel pour vous présenter l'enfant. • Racontez-moi votre expérience de l'arrivée de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles étaient vos émotions à l'annonce? • Quelles étaient vos émotions à l'arrivée, les sensations corporelles ressenties? • Parlez-moi de vos impressions sur les informations que vous aviez sur le vécu passé de votre enfant au moment de son arrivée 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmer son engagement en connaissant son histoire • Histoire familiale, traumatismes, autres placements
<ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi de la relation que vous avez développée avec votre enfant ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment se comportait l'enfant avec vous, avec les autres adultes autour de lui? • Comment vous sentiez-vous face à lui? 	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension de ses comportements d'attachement • Sensibilité parentale aux demandes de l'enfant
<ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi de votre relation avec les intervenants du CISSS/CIUSSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous sentiez-vous avec les intervenants? • Comment vous sentiez-vous face à la présence des parents dans la vie de l'enfant? • Comment vous sentiez-vous dans le processus BM? 	<ul style="list-style-type: none"> • Vécu face à la présence des intervenants • Partage d'informations sur l'enfant • Émotion face aux parents et l'enfant • Vécu face à l'incertitude du projet (risque que l'enfant ne reparte)

Expérience de trauma secondaire		
Dans cette troisième section, nous allons aborder les difficultés apparues avec l'enfant		
Questions	Sous-Questions	Éléments à surveiller
<ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi des comportements difficiles de votre enfant dans le quotidien. • À partir de quel moment c'est arrivé ? • Quel a été l'impact de ces comportements dans la famille ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous évaluer le niveau de difficulté vécu avec l'enfant ? Racontez-moi. • Avez-vous vécu de la violence physique et verbale de la part de votre enfant ? Racontez-moi. • Parlez-moi de la durée des crises, interventions à faire, lieu des crises (maison, rencontre de familles ou d'amis, public) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportements difficiles • Impact sur la famille • Intensité et ampleur des difficultés
<ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi de vos sentiments face à ces difficultés ? • Parlez-moi des déceptions que vous avez eues face à la vie rêvée avec l'enfant. • Parlez-moi de votre perception du regard des autres (amis, parents, professionnels) sur votre réalité, et de comment cela vous touchait. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous évaluer le niveau de stress que vous ressentiez ? Racontez-moi. • Pouvez-vous évaluer le niveau de perte de contrôle ? Racontez-moi. • Pouvez-vous évaluer le niveau de déception face à la réalité avec l'enfant et non le rêve que vous aviez imaginé ? • Pouvez-vous évaluer comment votre santé en a été atteinte ? Racontez-moi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de colère, tristesse, anxiété, stress, deuil, culpabilité, peur, impuissance • Sentiment d'isolement social, sautes d'humeur, irritabilité, perte d'espoir, cynisme, évitement de situations ? • Problèmes de santé qui sont apparus : maux de tête, d'estomac, de dos, de sommeil problèmes de sommeil, épuisement, hypervigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous sentiez-vous préparés à la réalité avec l'enfant? • Quelles ont été vos stratégies pour faire face aux difficultés? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont celles qui ont donné des résultats ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'être préparé ou pas

Croissance post-traumatique		
Dans cette quatrième section, nous allons aborder l'impact qu'a eu sur vous cette expérience de parentalité difficile		
Questions	Sous-Questions	Éléments à surveiller
<ul style="list-style-type: none"> • Parlez-moi de comment vous vous sentez maintenant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous avez appris de cette expérience? 	<ul style="list-style-type: none"> • Changements positifs • Relations interpersonnelles • Nouvelles possibilités de vie • Nouvelle appréciation de la vie • Forces intérieures • Développement spirituel
<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui a été le plus utile pour vous? 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous auriez aimé avoir comme service, comme connaissances? 	<ul style="list-style-type: none"> • Type d'aide, individuelle, de couple, familiale • Groupes de soutien • Formations spécifiques, à quel moment dans le parcours

Annexe 4 Certificat éthique

UQO Case postale 1250, succursale HULL
Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Gatineau le 21 juin 2018

Madame Karine Tremblay
Étudiante
Département de travail social
Université du Québec en Outaouais

cc: Geneviève Pagé
 Professeure
 Département de travail social

Projet #: 2943

Je tiens d'abord à vous remercier des précisions et des modifications que vous avez apportées suite à nos commentaires. Après l'examen de l'ensemble de la documentation reçue, je constate que votre projet rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

J'aimerais vous rappeler que pour assurer la conformité de votre certificat éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire un « Rapport de suivi continu » chaque année en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains, ci-après « la Politique ». Dans l'éventualité où ce rapport de suivi continu ne serait pas déposé 60 jours après la date où celui-ci aurait dû être déposé, le CER pourrait retirer son approbation éthique. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://uqo.ca/ethique>). Vous devez aussi soumettre au CER toute modification au protocole de recherche pour validation avant la mise en œuvre de ces modifications.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour la durée du projet, à compter de sa date d'émission. La durée prévue du projet est :

Durée du projet: 1 an

Afin de vous conformer à la Politique, votre "Rapport de suivi continu" doit être transmis au CER le ou avant le:

21 juin 2019

Un avis vous sera transmis par le secrétariat du CER 30 jours avant cette date.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage



Annexe 5 formulaire de consentement



UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS
Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Mieux comprendre le trauma secondaire chez les parents banque-mixte qui adoptent un enfant ayant des comportements difficiles.

**Karine Tremblay, chercheure – département de
travail social UQO– Geneviève Pagé, directrice de
recherche UQO**

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre le trauma secondaire chez les parents Banque-mixte qui adoptent un enfant ayant des comportements difficiles.

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- Connaître l'expérience des parents avant l'adoption, quand le placement a lieu et quand l'expérience de parentalité devient plus difficile.
- Connaître l'expérience de trauma secondaire vécue par les parents Banque-Mixte.

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue d'une durée d'environ 90 minutes. Celle-ci se fera à l'endroit, à la date et à l'heure de votre choix. L'endroit doit être calme pour permettre la confidentialité des échanges. La totalité de l'entrevue sera enregistrée en audio seulement.

Ce projet a reçu l'approbation du **Comité d'éthique en recherche avec des êtres humains de l'UQO** en date du _____. La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais⁴. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification, ainsi, un nom fictif

⁴ Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

sera donné à chacun des participants. L'intervenante du groupe qui vous aura référé ignorera si vous y participez ou non. Elle ne disposera pas du contenu des échanges. Elle s'engage à garder confidentiel le fait qu'elle vous ait référé. Les données recueillies ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés dans un mémoire de recherche dans le programme de maîtrise en travail social et pourront faire l'objet d'articles scientifique ou de conférence. Les données recueillies seront conservées sous clé chez la chercheure et sous clé numérique sur son ordinateur personnel et les seules personnes qui y auront accès sont la chercheure Karine Tremblay et sa directrice de mémoire Geneviève Pagé. Elles seront détruites dans un délai de 5 ans. Les copies papier seront déchiquetées.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice, auquel cas vos données seront détruites. Le risque associé à votre participation est modéré, vous pourrez éprouver des émotions négatives à la description de votre expérience.

La chercheure s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour réduire ou pallier ce risque, en fournissant les coordonnées de groupes de soutien en adoption : l'Association Emmanuel, PÉTALES, la Fédération des parents adoptants du Québec et l'Association de parents pour l'adoption québécoise. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'expérience des parents adoptifs en Banque-mixte sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Karine Tremblay au 819-690-8777 ou à l'adresse courriel suivante : trek16@uqo.ca

Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec M. André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, à l'adresse courriel suivante : comite.ethique@uqo.ca.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au

projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Consentement à participer au projet de recherche :

Nom du participant : _____

Date : _____

Signature du participant : _____

Nom du chercheur : Karine Tremblay _____ Date : _____

Signature du chercheur :