

Université de Montréal

Effets d'un suivi postnatal intensif et précoce auprès de mères adolescentes
sur le niveau de soutien perçu et la structure de leur réseau
familial et communautaire.

Par
Manon Jacques

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières

avril, 2003

© Manon Jacques, 2003



WY
5
158
2003
N. 012

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Effet d'un suivi postnatal intensif et précoce auprès de mères
adolescentes sur le niveau de soutien perçu et la structure de leur
réseau familial et communautaire.

présenté par
Manon Jacques

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

M. Michel Perreault

.....
Président- rapporteur

Mme Céline Goulet

.....
Directrice de recherche

Mme Roseline Galipeau

.....
Membre du jury

Effets d'un suivi postnatal intensif et précoce auprès de mères adolescentes sur le niveau de soutien perçu et la structure de leur réseau familial et communautaire.

La maternité à l'adolescence est une réalité sociale importante au Québec. Les mères adolescentes vivent de l'isolement dû aux changements importants dans leurs relations et elles sont peu enclines à demander l'aide de leur communauté. Le soutien est une ressource importante qui favorise l'adaptation des mères adolescentes et leur insertion dans le réseau de la santé. Cette recherche s'intéresse aux interventions des professionnels qui doivent promouvoir l'acquisition de connaissances concernant la compétence parentale tout en favorisant l'utilisation judicieuse du soutien dans le réseau social de la mère adolescente.

Cette recherche compare la perception du soutien social et la structure du réseau social chez deux groupes de dix mères adolescentes pendant la période postnatale 0-3 mois dont un groupe a bénéficié d'un suivi postnatal intensif et précoce.

Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence statistique significative entre les deux groupes de mères adolescentes en regard du niveau du soutien social perçu et en regard de la structure du réseau social. Cependant, on constate un manque de soutien social auprès des mères adolescentes et que celles-ci ne perçoivent pas le soutien et n'utilisent pas le soutien disponible dans leur réseau social. Cependant, seul le soutien des infirmières est bien perçu suite au suivi intensif et précoce.

Mots clés : mère adolescente, soutien social, programme.

Effects of the intensive and precece follow-up to the adolescent teenage on the the social perception and the social network from the family and the community

The teenage motherhood is an important reality in Québec. The teenage mothers are loneliness du to the important changes in their social relations. They are not very encline to ask help from their community. Social support is an essential resource which can facilitate the teenage mothers adaptation and integration into the social health networks. This rechearch focuses on the professionnall postnatal interventions to promote parental competency, knowleddge and also the proper usage of the social network support for the teenage mothers.

This rechearch compares the perceived social support and the structure of the social network between two groups of teen mothers for the 0-3 months period. Only one groupe receive a postnatal and intensive program.

The results did not confirm any statistical differences between the two mother's groups in regards to the social network and the social perceived from the family and the community. Also the results indicate a lack of social support to the teenage mothers. They did not perceive the available social support and did not use it into the community. However, only the professionnel support is well perceived due to the nursing intensive follow-up.

Keywords: teenage motherwood, social support, program.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des appendices.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
CHAPITRE 1- La problématique.....	2
But de l'étude.....	6
CHAPITRE 11-Recension des écrits.....	7
L'adolescence.....	7
La maternité à l'adolescence.....	10
Le rôle maternel.....	10
Les facteurs d'influences.....	12
Les études sur l'adaptation au rôle parental.....	13
Une nouvelle perception.....	16
Le soutien social.....	17
La structure du réseau social.....	18
Les études sur le soutien et la maternité à l'adolescence.....	19
L'utilisation du soutien social.....	19
Le réseau de soutien.....	20
L'impact du soutien sur le développement du rôle maternel et de l'enfant.....	24
Les programmes.....	26
L'évaluation des programmes postnataux aux États-Unis.....	30
Le cadre conceptuel.....	34
Les hypothèses de recherche.....	39
CHAPITRE 111- Méthode.....	40
Le devis de recherche.....	40
La population.....	41
Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	41
L'échantillon.....	41
Les variables et instruments de mesures.....	45
La variable indépendante.....	45
Les variables dépendantes.....	45
Les instruments de mesure.....	46
Le déroulement de l'étude.....	48
Les considérations éthique.....	50

Le plan d'analyses statistiques	50
CHAPITRE IV- Analyses des résultats	53
Le suivi intensif et précoce.....	53
Le soutien social et le réseau.....	55
Le soutien social	56
Les résultats du soutien social.....	56
La structure du réseau social.....	63
Les résultats du réseau social.....	63
La composition du réseau social.....	72
La qualité des relations	73
CHAPITRE V-Analyse et interprétation des résultats	75
Le suivi intensif et précoce.....	75
Le profil socio-démographique	77
Le soutien social	78
Les sources de soutien	80
La structure du réseau social	83
La quantité des relations.....	83
La composition du réseau social	84
La qualité des relations.....	88
Les limites de l'étude	90
Recommandations pour le clinique.....	91
Recommandation pour la recherche.....	93
Conclusion.....	95
Références	97

Liste des tableaux

Tableau 1-	Comparaison du profil socio-démographique des mères adolescentes	42
Tableau 11-	Statistiques descriptives des composantes du suivi intensif et précoce selon 8 catégories (n=10).....	54
Tableau 111-	Statistiques descriptives du nombre d'interventions faites par l'infirmière en regard du soutien social	55
Tableau 1V-	Comparaison de la mesure du soutien social obtenu pour les deux groupes de mères adolescentes (n=10).....	57
Tableau V-	Comparaison des résultats obtenus à l'échelle de soutien social à 48 heures et à 3 mois entre les deux groupes de mères adolescentes.....	61
Tableau VI-	Comparaison des résultats obtenus à l'échelle de soutien social entre les deux temps pour chacun des groupes de mères adolescentes.....	62
Tableau V11-	Statistiques descriptives de la composition du réseau social selon les six catégories de relations (GE).....	66
Tableau V111-	Statistiques descriptives de la composition du réseau social selon les six catégories de relations (GT).....	67
Tableau 1X-	Comparaison des résultats obtenus à l'échelle de réseau social à 48 heures et à 3 mois entre les deux groupes de mères adolescentes.....	71
Tableau X-	Comparaison des résultats obtenus à l'échelle de réseau social au T1 et au T2.....	72

Liste des figures

Figure 1- Cadre de référence de Cronenwett et Wilson (1981)	36
Figure 2- Cadre conceptuel à l'étude	38
Figure 3- Devis quasi-expérimental	40
Figure 4- Profil socio-démographique	44
Figure 5- Statistiques descriptives du soutien social	60
Figure 6- Statistiques descriptives du réseau social	68
Figure 7- Statistiques descriptives du réseau social selon les six catégories (GE)	69
Figure 8- Statistiques descriptives du réseau social selon les six catégories (GT)	70

Liste des appendices

A - Instruments de mesure.....	111
B - Lettre adressée à la direction de l'établissement.....	117
C - Feuillet d'information pour la clientèle	119
D - Formulaire de consentement	121
E - Guide de suivi intensif et précoce	124
F - Grille de suivi	126
G - Résultats bruts de l'échelle de soutien familial et du réseau social.....	128

Remerciements

Une profonde reconnaissance est exprimée envers Madame Céline Goulet, Ph. D., directrice de mémoire, pour la qualité de son encadrement académique, son dévouement et sa grande disponibilité, son soutien indéniable ainsi que sa confiance témoignée tout au long du projet. Aussi, des remerciements sont dédiés à Monsieur Michel Perreault Ph. D. et Madame Joanne Boulanger M.Sc. pour leurs précieux conseils.

Des remerciements chaleureux sont présentés au personnel du CHU mère enfant et du CLSC Montréal Nord qui ont accepté de collaborer à cette étude par le recrutement et le suivi des mères adolescentes. Des remerciements sont dédiés à toutes les mères adolescentes qui ont pris part à cette étude.

Des remerciements particuliers sont adressés à mon conjoint, ma famille, belle famille et à mes ami(e)s qui ont offert un soutien et témoigné des encouragements tout au long de cette étude.

Finalement, une précieuse reconnaissance est offerte au Centre de recherche de l'Hôpital Ste-Justine et à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour le soutien financier qui a permis la réalisation de ce projet.

Introduction

Au Québec en 2002, il existe peu de programmes pour guider la pratique infirmière auprès de la clientèle des mères adolescentes pendant la période postnatale. Cependant, aux États-Unis, plusieurs programmes spécifiques aux mères adolescentes furent évalués suite à leur implantation. Le soutien social s'avère être un concept déterminant en ce qui concerne l'adaptation des mères adolescentes pendant cette phase de transition. D'ailleurs, on constate qu'un programme basé sur les dimensions du soutien social en provenance du réseau qu'il soit familial, communautaire et professionnel, s'avère être une piste de solution pour favoriser le développement parental des mères adolescentes. Ainsi, l'adaptation au rôle parental est tributaire de la perception des mères adolescentes en regard au soutien disponible dans le réseau social pendant la phase transitoire de la maternité.

La présente étude s'intéresse aux effets possibles d'un programme de suivi intensif et précoce de mères adolescentes, avec intervenant pivot (l'infirmière), sur le niveau de soutien social perçu de leur réseau familial et communautaire et sur la structure de celui-ci. Le premier chapitre présente la problématique et le but de l'étude. Les principaux écrits concernant les mères adolescentes, le soutien et les évaluations des programmes actuels sont présentés dans le deuxième chapitre lequel se termine par les hypothèses de recherche. Le troisième chapitre expose la méthode utilisée pour réaliser la recherche. Suit la présentation des résultats du soutien social et du réseau social. Le cinquième chapitre contient l'analyse et l'interprétation des résultats, les limites de l'étude, les recommandations pour la clinique et la recherche ainsi que la conclusion de l'étude.

CHAPITRE PREMIER

LA PROBLÉMATIQUE

La grossesse à l'adolescence est un phénomène social important au Québec (Cournoyer, 1995; Loignon, 1996) qui rejoint différentes classes sociales (Loignon) et cultures d'origine (Lemare, 1997). Cependant, la plupart des adolescentes qui décident de poursuivre leur grossesse proviennent de milieu socio-économique défavorisé (Loignon). Environ 4,000 bébés naissent de mères adolescentes chaque année au Québec (Charbonneau, 1999; M.S.S.S., 2001; Wadhera & Millar, 1996). Depuis 1981, les naissances chez les adolescentes de milieux défavorisés ont augmenté de 9 % (Pageau, Ferland, Choinière & Sauvageau, 1997). Pour la région de Montréal, malgré une diminution du taux de natalité dans son ensemble, celui spécifique aux mères adolescentes demeure stagnant (M.S.S.S.). C'est une adolescente sur quatre qui donne naissance à un enfant (Loignon). Ce phénomène est associé au processus de féminisation et de rajeunissement de la pauvreté (Loignon). Cette problématique suscite la recherche et le développement de pistes de solutions pour contrer les effets néfastes de la maternité à l'adolescence.

Pour les adolescentes, la décision de poursuivre une grossesse et de devenir mère représente une stratégie de survie, un projet de vie, un rôle social ou une occasion de donner et de recevoir de l'affection (Colin, Ouellet, Boyer & Martin, 1992; Charbonneau, 1999). En contre partie, les conséquences en sont très lourdes pour l'enfant à naître et l'adolescente. Les enfants nés de mères adolescentes sont plus à risque d'insuffisance de poids à la naissance, de prématurité, de mauvais traitements et de complications médicales que ceux nés de mères adultes (Loignon, 1996). Les mères adolescentes vivent beaucoup d'anxiété (East, Matthews & Felice, 1994), de la dépression (Osofsky, Wright, Ware & Hann, 1992) et de l'isolement social (Osofsky, Hann & Peebles, 1993) suite à la venue du nouveau-né.

L'entrée dans la parentalité dresse un profil plutôt sombre de ces jeunes mères. Les adolescentes qui choisissent de devenir mères doivent conjuguer une double tâche : celle de développer leur propre identité et leur maturité en tant que femmes, et au même moment, de développer et s'adapter au rôle de mère (Loignon, 1996). Les conditions préalables à l'acquisition de la compétence au rôle parental requièrent une maturité psychologique (Adams & Kocik, 1997), un fonctionnement cognitif adulte et une attente réaliste face à ce rôle (Dukewich, Borkowski & Whitman, 1996). Les mères adolescentes risquent donc d'éprouver des difficultés à s'adapter à leur nouveau rôle en raison de leur développement psychologique et cognitif incomplet (Drake, 1996) et de leur capacité limitée d'assumer un rôle adulte (Julian, 1983). Le devenir parent est reconnu comme une période de transition qui est déterminante pour le développement de la compétence parentale, des liens d'attachement mère-enfant (Conseil de la famille, 1990) et des futures relations parents-enfant (Mercer, 1985). Cependant, les adolescentes possèdent des attentes irréalistes concernant leur rôle parental et peuvent faire courir des risques à leur enfant (Léonard & Paul, 1996). Simultanément, elles vivent de l'isolement souvent relié à des changements importants dans les relations avec leurs camarades, soit par l'arrêt des études, l'absence de travail ou par manque de ressources (Loignon).

Malgré leur isolement, les mères adolescentes sont peu enclines à demander l'aide de leur communauté. Aussi, plusieurs d'entre elles ne reçoivent pas le soutien de leur famille en période postnatale et éprouvent des difficultés d'insertion sociale car elles sous-utilisent les services du réseau de la santé (Cardinal Remete, 1999). Les interventions des professionnels, y compris celles des infirmières, doivent donc promouvoir l'acquisition de connaissances concernant le développement de l'enfant et la compétence parentale tout en favorisant l'utilisation judicieuse du réseau social de l'adolescente (Conseil de la famille, 1990).

Le soutien de l'environnement qu'il soit de nature psychologique, économique, sociale ou informative s'avère très significatif pour la mère adolescente (Tarabulsky,

Robitaille, Lacharité, Deslandes, & Coderre, 1998). Le soutien, qu'il provienne du père de l'enfant, de la grand-mère ou du réseau sociocommunitaire, joue un rôle déterminant sur la capacité de la mère à s'occuper de son enfant et à briser l'isolement. La présence du père de l'enfant auprès de la mère adolescente procure un soutien psychologique et économique (Roye & Balk, 1995) et influence l'adolescente dans son rôle de mère; par le fait même, il favorise l'estime de soi de la mère et diminue la possibilité d'une dépression postnatale (Giblin, Polland & Sach, 1987 ; Roye & Balk). L'aide de la mère s'avère aussi très significative pour la mère adolescente (McCullough, Schermen, 1991); elle facilite l'adaptation au rôle maternel (Patterson, 1997) et influence positivement le lien d'attachement mère-enfant (Patterson). Bien qu'elle préfère généralement le soutien de sa mère, l'adolescente utilise d'autres sources d'aide lorsque cette source de soutien est absente, insuffisante ou qu'elle entraîne de grandes insatisfactions (Bogat, Caldwell, Guzman, Galasso, & Davidson, 1998). Il est d'ailleurs démontré que le soutien postnatal fourni par diverses personnes du réseau social de l'adolescente peut engendrer chez elle des comportements et des attitudes maternelles plus adéquates envers son enfant (Bogat & al., 1998). En somme, le soutien diminue le stress de l'adaptation relié au nouveau rôle de mère, favorise le lien d'attachement et augmente l'estime de soi des mères adolescentes (Bogat & al.; Ruchala & James, 1997). Les études démontrent que plus les mères adolescentes sont satisfaites de leur réseau d'aide, qu'il soit formel ou informel, plus elles réussissent à se développer et à s'adapter efficacement à leur rôle de mère (Smithbattle, 1995, 1996).

Pour permettre à ces mères de se sortir de leur situation d'appauvrissement, d'isolement et les habiliter à long terme, les programmes d'intervention doivent agir sur l'ensemble des facettes de la réalité des adolescentes et les amener à développer leur potentiel et à se prendre en main (Cardinal Remete, 1999). Le rapport du *Canadian Association of Family Resource Programs* (Zitzelsberger & Mann, 1999) mentionne dans ses recommandations que les programmes d'interventions efficaces auprès des mères adolescentes sont basés sur une approche holistique de la problématique où les intervenants mettent en valeur les forces de l'adolescente et encouragent ses efforts

ainsi que le développement d'un réseau de soutien. Ces programmes adoptent une approche flexible mettant un accent particulier sur l'apprentissage dans un climat plaisant de respect et de confiance. C'est justement l'approche privilégiée par le programme *Naître Égale-Grandir en Santé* (NE-GS) volet post-natal développé et coordonné par la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (Beauregard, Piché, Ménard & Tremblay, 1998). Le programme NE-GS s'adresse aux mères et aux enfants de 0 à 2 ans vivant dans la pauvreté ou l'extrême pauvreté. Il a été conçu pour permettre à cette clientèle de mieux profiter des services de soutien existants en périnatalité en adoptant une approche globale et intégrative adaptée à leurs besoins. Le cumul des difficultés rencontrées par les mères adolescentes implique donc le déploiement d'une intervention postnatale précoce, intense et globale afin d'obtenir des résultats concluant avec les mères adolescentes et leur enfant.

La philosophie à la base du modèle d'intervention des infirmières de McGill met l'accent sur la promotion de la santé en utilisant les ressources de la famille et de la communauté (Gottlieb & Rowat, 1987). Selon ce modèle, l'infirmière agit comme accompagnatrice au sein du réseau social de la personne dans le but d'augmenter la qualité et la densité du soutien au sein de la famille et de la communauté. Cette philosophie rejoint le concept de soutien qui peut être défini comme un renforcement social, une assistance, une guidance et un accompagnement dans le réseau (Weiss, 1974). La fonction générale du soutien est de promouvoir le développement psychologique et d'aider à favoriser l'adaptation de l'individu à de nouvelles situations de vie. En ce qui a trait aux mères adolescentes, ce soutien joue un rôle déterminant en regard de leur développement et de l'adaptation au rôle parental sans oublier le bris de leur isolement causé par la maternité (Connely, 1998). Ainsi le développement cognitif et psychologique incomplet de l'adolescence conjugué à l'adaptation au rôle parental pendant une période généralement centrée sur soi requièrent l'assistance de l'infirmière pour favoriser l'élargissement du réseau social et l'utilisation adéquate du soutien disponible. Le cadre de référence de Cronenwett et Wilson (1981) démontre en regard

du soutien qu'il existe une interrelation entre la perception de l'individu, le développement du réseau social et l'adaptation au rôle parental. Ainsi, par son approche écologique et de soutien, l'infirmière favorise la perception du soutien et le développement des liens dans le réseau. Bref, le développement du potentiel de la mère adolescente est tributaire de la qualité, de la disponibilité et de la densité de son réseau de soutien ; plus elle se sentira soutenue, plus elle sera disponible à répondre adéquatement aux besoins de son enfant (Jacobson & Frye, 1991).

But de l'étude

Le but de cette étude est d'évaluer chez des mères adolescentes les effets d'un suivi postnatal intensif et précoce sur la structure et le niveau de soutien perçu de leur réseau familial et communautaire.

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits débute par la présentation de l'état des connaissances conceptuelles et empiriques de la maternité à l'adolescence à partir du développement général à l'adolescence, plus spécifiquement celui des filles. Suivront les notions de compétence parentale, de soutien social et les programmes postnataux pour la clientèle des mères adolescentes. La deuxième partie présente le cadre de référence et le cadre conceptuel de l'étude, lequel met en relief les liens entre le programme intensif et précoce, la perception du soutien, la structure du réseau social et l'adaptation au rôle parental dans le contexte de la maternité à l'adolescence. Les hypothèses de recherche terminent ce chapitre.

L'adolescence

Le terme adolescence vient du mot latin « *adolescere* » qui signifie grandir (Cloutier, 1996) pendant une période de la vie entre l'enfance et l'adulte (Larousse, 2000). Cette période tumultueuse de croissance est pourvue d'émotion, d'agitation, de bouleversement, de tourmente et de stress (Adams & Kocik, 1997). Pendant cette phase de changement (Marcelli, 1997), l'adolescente doit se choisir une personnalité, une identité et une carrière (Cloutier, 1996). Bref, l'adolescente doit évoluer vers un avenir à travers une voie caractérisée par la confusion et les bouleversements physiques, psychologiques et sociaux. Ce nouvel apprentissage social lui permettra d'évoluer vers le passage à la vie d'adulte pour finalement acquérir un statut familial, conjugal et social (Cournoyer, 1995).

La période de l'adolescence s'étend sur plusieurs années, soit une dizaine d'années. Trois stades comprenant des caractéristiques particulières marquent l'adolescence: le début (11-14 ans), l'adolescence proprement dite (14-17 ans)

et l'adolescence tardive (17-20 ans) (Waley & Wong, 1999). Le début de l'adolescence se distingue par une explosion de changements biologiques dont la croissance physiologique, la puberté et les changements sexuels. À l'adolescence proprement dite, les changements opérants sont d'ordre cognitif où prédominent la recherche de l'identité, l'acquisition de l'autonomie et le développement des relations psychosociales. Puis, la fin de l'adolescence se caractérise par la consolidation de l'identité et la capacité d'interagir socialement avec le monde adulte (Waley & Wong).

Dès le début de l'adolescence (11-14 ans), le corps féminin subit plusieurs modifications physiologiques. L'image féminine se dessine avec le développement des seins, la venue de la ménarche et l'apparition de la pilosité axillaire et pubienne (Theintz, 1997). La régularité du cycle menstruel s'installe pendant les deux années suivant l'apparition des règles (Waley & Wong, 1999) offrant ainsi une opportunité de procréation à l'adolescente. Toutes ces modifications physiologiques façonnent le développement psychologique de l'adolescente et particulièrement son identité. Au même moment, débute le développement de la cognition. Selon Piaget (1952), les changements cognitifs opérant signifient l'évolution de la pensée concrète vers la pensée abstraite. C'est le développement de la pensée opérationnelle formelle et, à ce stade, l'adolescente utilise la pensée concrète (Waley & Wong). Aussi, par l'interaction sociale, l'adolescente établit des relations avec ses pairs et oscille entre la dépendance et l'indépendance (début de l'autonomie) envers sa famille (Waley & Wong).

À l'adolescence proprement dite (14-17 ans), les modifications physiologiques ralentissent puisque le corps féminin a atteint 95 % de son plein développement. L'emphase du développement se situe au niveau de la pensée (cognitif) dont la capacité de penser de façon logique (Drake, 1996), de percevoir les conséquences à long terme des décisions et du passage à l'action (Burns, 1999; Curry, Doyle & Gilhooley, 1998; Trad, 1995) et d'émettre des hypothèses vérifiables de façon concrète et à court terme (Drake, 1996; Waley & Wong, 1999). L'adolescente à ce stade doit développer la capacité d'utiliser l'information disponible dans l'environnement, de réfléchir sur ses

pensées (Waley & Wong) et celles des autres, tout en étant capable d'introspection (Burns; Waley & Wong) et de prise de décisions pour soi-même (Drake). Au niveau émotif, l'adolescente vit beaucoup de fluctuations et de frustrations, ce qui influence son comportement et laisse place à l'impulsivité de ses actes (Schmit, 1997; Trad). Simultanément, l'identité personnelle (image cohérente de soi) se développe et s'accompagne d'une pensée plutôt centrée sur soi, riche en fantaisies (Waley & Wong). L'immortalité et l'omnipotence figurent aussi à ce stade où les adolescentes croient ainsi que tout ce qui est mauvais n'arrive seulement qu'aux autres (Curry, Doyle & Gilhooley). En fait, le développement inachevé de la pensée abstraite conjuguée à l'impulsivité, l'imprévisibilité (Loignon, 1996) et le désir d'expérimentation des adolescentes peut expliquer leur manque de responsabilités (Burns; Trad). Aussi, l'autonomie émotionnelle, comportementale et idéologique se développent avec le processus de socialisation avec les amis (Loignon; Waley & Wong). C'est à travers de multiples relations avec les ami(e)s que les adolescentes explorent la sexualité et la sensation d'être en amour. Pour plusieurs d'entre elles, c'est le début des relations sexuelles (Waley & Wong). Aussi, elles manifestent une indépendance envers leur famille pour se tourner vers le groupe d'ami(e)s (Waley & Wong). L'émancipation se traduit par plusieurs fluctuations et pulsions émotionnelles qui perturbent leurs comportements (Schmit, 1997) et engendrent plusieurs conflits au sein de la famille (Marcelli, 1997). Cette période de l'adolescence, dite paradoxale (Marcelli), est marquée du désir de prendre des décisions et d'une difficulté à accepter le contrôle des parents (Curry & all.). D'une part, les adolescentes sont considérées comme pré adulte et d'autre part, elles ont besoin de soutien et d'encadrement afin de se développer sainement (Waley & Wong).

La fin de l'adolescence (17-20 ans) se caractérise par le processus de la maturité physiologique, l'établissement de la pensée abstraite, la capacité de penser à long terme, la consolidation de l'identité et la stabilité du développement de l'estime de soi (Waley & Wong, 1999). Au point de vue social, les relations avec la famille sont plus harmonieuses. La séparation physique et émotionnelle d'avec les parents témoigne de

l'adaptation de l'adolescente à la vie adulte (Waley & Wong). La relation individuelle prédomine sur celle du groupe d'ami(e)s. Une relation d'alliance et un attachement mutuel avec l'autre sexe s'exécutent dans la réciprocité des échanges.

L'expérimentation sexuelle diffère et laisse place à l'exploration et au romantisme (Waley & Wong). En somme, les changements reliés à l'adolescence proprement dite, impliquent de développer une identité et une maturité en tant que femme. Finalement, l'évolution de l'adolescence devient spécifique à chaque individu. Pour celles qui choisissent de devenir mères s'ajoutent à l'ensemble de ces changements, le développement et l'adaptation au rôle parental.

La maternité à l'adolescence

En tout premier lieu, il est fondamental de clarifier la notion de compétence parentale et d'élaborer les différents facteurs d'influence qui perturbent l'adaptation au rôle parental des mères adolescentes. Sont élaborées par la suite, les différentes études démontrant les difficultés d'adaptation au rôle parental et les répercussions sur la santé de l'enfant à plus long terme. Finalement, les études centrées sur le soutien social selon une approche constructiviste terminent cette section.

Le rôle maternel

En premier lieu, il convient de distinguer le concept de rôle maternel de celui de compétence parentale. Le concept du « rôle » tel que défini en sociologie, est un concept majeur pour définir l'identité sociale de l'individu (Boudon, Besnard, Cherkaoui & Lécuyer, 1999). Tandis que la compétence provient du mot latin « *competencia* » pour juste rapport et se définit comme une capacité reconnue (Larousse, 2000). La définition étymologique du mot « maternel » existe depuis le XIV^e siècle et provient du mot mater, matris « mère » d'où maternus, « maternel » et signifie ce qui est propre à la mère (Pinoche, 1992). Dans les écrits consultés, on constate à l'instar de Giguère (1998) que le

concept de rôle maternel est souvent employé dans le même sens que la compétence parentale, la capacité parentale, la responsabilité parentale ou la fonction de parent.

En sciences infirmières, à partir d'études auprès de mères adolescentes, Mercer (1980) identifie les différents stades de l'acquisition du rôle maternel soit: l'adaptation aux modifications physiologiques, psychologiques et émotionnelles, le développement cognitif, la dimension du soutien social (familial, partenaire et ami(e)s et communautaire) et les caractéristiques du bébé. Julian (1983), un médecin, ajoute la notion de compétence au rôle maternel et décrit l'importance d'avoir une maturité psychologique pour être capable de s'occuper de quelqu'un d'autre et un fonctionnement cognitif adulte afin de résoudre des problèmes à partir d'information ainsi qu'une attente réaliste face à ce rôle pour avoir la capacité de prendre des décisions et de répondre adéquatement aux signaux de son enfant.

En 1984, Belsky, Robins et Gamble (cités dans MSSS 1989 b) définissent la compétence comme un « style » d'éducation des enfants qui permet à la personne en développement d'acquérir les habiletés requises pour fonctionner dans son environnement. Quant à Mercer (1985), elle définit le rôle maternel comme un processus par lequel la mère acquiert une compétence dans son rôle de sorte qu'elle se sent confortable et à l'aise dans son identité de mère. Dès lors, Mercer explique que le sentiment de compétence au rôle maternel comprend deux composantes majeures dont la perception subjective de la mère en regard de ses habiletés et le comportement réel à prendre soin d'un enfant.

Le Comité de santé mentale du Québec (1985) définit la compétence parentale en considérant deux aspects: la condition de parent et le fait d'agir en tant que parent. Il ajoute que :

« La condition de parent inclut une étape du développement de la personne qui lui confère une dimension et des qualités nouvelles et une perception élargie de soi, dans une perspective altruisme

renouvelée. Agir en tant que parent introduit la notion d'apprentissage, de connaissance, d'attitude et de comportement dans le but d'influencer le développement et le fonctionnement de l'enfant » (p.25).

Ici, le parent est vu comme celui qui fait le pont entre l'enfant et le milieu environnant, en ce sens, le parent doit avoir les compétences pour permettre à son enfant de se développer et d'utiliser les ressources nécessaires à son développement. Toujours en sciences infirmières, Flager (1988) ajoute la dimension d'interaction à l'acquisition de la compétence au rôle maternel en ce sens qu'elle s'établit à partir de la réciprocité mère-enfant, des interactions mère-enfant, du sentiment affectif et de l'attente par rapport à ce rôle. Sur le plan juridique, il n'existe pas de définition précise concernant la compétence à exercer le rôle maternel (Conseil de la famille, 1990). Massé (1991) le qualifie de construit multidimensionnel.

Les facteurs d'influence

En psychologie, Belsky (1984) propose un modèle théorique de déterminants de la compétence parentale à partir d'une recherche basée sur l'étiologie de l'abus et de la négligence envers les enfants. Belsky considère que le rôle parental est directement influencé par les caractéristiques personnelles, les caractéristiques du bébé et le contexte social (relation harmonieuse et conflictuelle) dans le réseau social de l'individu. L'auteur soutient que les caractéristiques personnelles jouent un rôle important dans l'utilisation du soutien provenant du réseau et le maintien de relations harmonieuses.

Koniak-Griffin dans sa recension de 1993, concernant le rôle maternel, identifie plusieurs variables qui influencent l'adaptation au rôle maternel. Plus spécifiquement, parmi celles reliées aux caractéristiques personnelles figurent l'âge, l'état matrimonial, la parité, le sexe, la confiance en soi, l'expérience de la maternité, le développement psychologique et les traits de la personnalité. Celles reliées à l'enfant

sont le tempérament et la santé. Troisièmement l'expérience de la maternité semble être directement influencée par le soutien social et la perception des différents facteurs de stress et conflits environnementaux. Mercer et Ferketich (1995) ajoutent à ceci que le sentiment de compétence s'établit à partir de la reconnaissance positive par autrui, dont la mère de l'adolescente, le partenaire et le réseau social disponible dans l'environnement. Léonard et Paul (1996) parlent de la combinaison des différents facteurs qui influencent le sentiment de compétence parentale. Concernant les mères adolescentes, le facteur du jeune âge conjugué à un stade de développement psychologique et à un soutien social déficitaire risque de perturber l'adaptation au rôle parental et le bien-être de leur enfant.

Les études sur l'adaptation au rôle maternel

Il est reconnu que le développement incomplet de l'adolescente influence son adaptation au rôle maternel et possiblement la santé du bébé à long terme. Les études qui suivent ont toutes été axées vers l'identification des facteurs d'influence liés à l'adaptation au rôle maternel chez les mères adolescentes. Ces études mettent en évidence les caractéristiques des adolescentes, leur état émotionnel, le contexte social, les difficultés d'adaptation au rôle parental et les répercussions sur le développement de l'enfant.

Concernant les caractéristiques des mères adolescentes, deux études font ressortir l'influence du jeune âge en relation avec l'adaptation au rôle parental. Cornwell (1992) démontre les interrelations entre l'âge, le stress, l'adaptation et le soutien social de 90 mères adolescentes. Suite à une analyse de régression multiple, il ressort que les mères de 13-15 ans comparativement à celles de 16-21 ans vivent des expériences plus stressantes, s'adaptent plus difficilement et ont moins de ressources et de soutien social suite à la venue du bébé. L'auteur recommande d'adapter les services selon les différents groupes d'âge et l'origine culturelle des jeunes. Dans le même sens, East, Matthews et Felice, (1994) soutiennent à partir de leur étude descriptive auprès de

119 mères adolescentes provenant de milieux défavorisés que l'acceptation de la venue du bébé est directement reliée à leur jeune âge. Plus elles sont jeunes, plus elles vivent des difficultés d'adaptation. Les résultats de l'étude reflètent le manque d'habiletés des mères adolescentes reliées à leur jeune âge et à leur développement incomplet ainsi que leur perception de leur situation pour répondre efficacement aux besoins de leur enfant. De façon plus spécifique, ces mères vivent beaucoup de stress, ont des attitudes parentales inappropriées, sont peu empathiques aux besoins de leur enfant et utilisent la punition physique.

En psychologie, plusieurs études font ressortir la notion de stress ou d'anxiété qu'engendre la maternité à l'adolescence. Osofsky, Eberhart-Wright, Ware et Hann (1992), dans leur recherche longitudinale (observation pendant 4 ½ ans) auprès d'une mère et de son enfant, remarquent que les difficultés d'adaptation de la mère adolescente génèrent du stress et un risque de dépression. Les auteures prétendent que les enfants dont les mères adolescentes souffrent de dépression sont plus à risque de développer des difficultés sur le plan émotionnel et relationnel. Ces enfants présenteraient des problèmes d'adaptation relié à l'insécurité et à un manque d'attachement mère-enfant. Cependant, cette étude basée sur une seule dyade ne permet pas la généralisation des résultats. D'autre part, Dukewich et al. (1996) examinent les relations entre les différents déterminants du modèle de Belsky (1980) à un an. Leur étude démontre que les mères adolescentes vivent de l'anxiété, de l'incertitude et elles ont une mauvaise perception de leur rôle parental. Elles manquent de connaissances et montrent un risque de maltraitance pour leur enfant à long terme. Aussi, ces mères perçoivent que leur enfant aurait un tempérament difficile et qu'il s'adapterait difficilement à de nouvelles situations. Cependant, il semble que le soutien perçu en provenance de la grand-mère pourrait minimiser le risque potentiel d'abus envers l'enfant.

Le manque de connaissances des adolescentes et les interactions inadéquates avec leur enfant qui rendent leur adaptation difficile sont soulevés dans plusieurs

études. Ainsi, Flanagan, Coppa, Riggs et Alario (1994) affirment que les adolescentes manquent de connaissances dans 61% des cas, ont de faibles interactions mère-enfant (61%) et une faible réciprocité avec leur enfant (69%). Cependant, cette étude est limitée par son faible taux de participantes ($N=13$) et le fait que cette population provient uniquement d'un milieu défavorisé. Thompson, Powell, Patterson et Ellerbee (1995), dans une étude descriptive ($N=19$) avec un seul groupe, soutiennent que plusieurs mères adolescentes ont des comportements inappropriés avec leur enfant (52%), ne sont pas empathiques (42%) et utilisent les punitions physiques (57%). Il ressort que les mères adolescentes ne savent pas toujours comment interagir avec leur enfant. De plus, il existe une relation significative ($r = .58, p < .05$) entre les comportements inappropriés de la mère et les punitions physiques infligées à leur enfant. En d'autres mots, plus les mères adolescentes ne comprennent pas les besoins de leur enfant, plus elles utilisent les punitions physiques. L'immaturation, le manque d'expérience de l'adolescente et le faible potentiel d'aide de leur environnement social expliquent ces résultats. Bien que les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés à cause du faible taux de participantes, les auteurs suggèrent d'adapter l'intervention de l'infirmière selon les caractéristiques du développement de chaque mère adolescente. Wayland, Rawlins (1997) ajoutent que non seulement les mères adolescentes manquent d'information, mais qu'elles ont aussi des difficultés à s'adapter et qu'elles vivent beaucoup de frustration face à leur rôle maternel. Bref, il ressort que les mères adolescentes ont des difficultés d'adaptation au rôle parental, d'interaction mère-enfant et de l'insatisfaction face au rôle parental.

Ceci illustre bien qu'il existe dans les écrits, une constante concernant les difficultés d'adaptation des mères adolescentes reliées à leurs caractéristiques personnelles, leur état psychologique, le contexte social, le tout ayant des répercussions sur le développement de leur enfant. On constate la présence des différents facteurs d'influence, mais aussi, qu'ils sont tous étroitement interreliés entre-eux.

Une nouvelle perception

Dernièrement, plusieurs études qualitatives ont été publiées et tendent à démontrer les côtés positifs de la maternité à l'adolescence. En ce sens, Lesser, Anderson et Koniak-Griffin (1998) dans leur étude ethnographique auprès de 36 mères adolescentes décrivent l'expérience de la maternité. Elles concluent que le soutien familial et ce, particulièrement de la part de la mère de l'adolescente, favorise l'adaptation au rôle maternel. Malheureusement, cette étude n'aborde pas la nature des relations avec le partenaire et les ami(e)s. L'étude ethnographique de Lesser, Koniak-Griffin et Anderson (1999) auprès de 15 mères adolescentes d'origine multiethnique ayant déjà eu des symptômes dépressifs en période prénatale démontre non seulement que l'expérience de la maternité donne un sens positif à leur vie mais que le soutien social diminue les symptômes de la dépression qui risque de nuire à la relation mère-enfant. Les auteurs proposent, comme piste de solution aux problèmes d'adaptation des mères adolescentes, un suivi et un accompagnement par un intervenant pivot afin d'améliorer le soutien. Ce dernier permettrait à la mère adolescente de briser son isolement et indirectement d'assumer son nouveau rôle de mère.

Williams et Vines (1999), dans leur étude phénoménologique à deux semaines et à trois mois, ajoutent que la maternité favoriserait l'évolution du développement de l'adolescente, un changement du parcours de leur vie, l'acquisition d'un nouveau rôle ainsi que le développement de nouvelles relations avec leur réseau social. Smith Battle (1995, 2000), réitère le même constat et tente d'expliquer selon un paradigme positiviste constructiviste la signification de la maternité à l'adolescence et ses effets positifs sur le cheminement personnel des adolescentes en spécifiant la transformation et le renforcement de l'identité au cours de cette période. Ses travaux démontrent que les mères adolescentes ont la capacité de s'occuper de leur enfant et que celui-ci semble les aider à développer leur motivation à avancer dans la vie en mettant à contribution les ressources disponibles dans leur réseau social environnant.

Finalement, pour bien des adolescentes, la maternité à l'adolescence procure un sens positif à leur vie et le soutien du réseau, qu'il provienne du milieu familial et/ou communautaire, facilite l'adaptation au rôle parental et le développement de l'enfant à plus long terme.

Le soutien social

Depuis les années 1970, plusieurs disciplines telles que la psychologie, la sociologie et les sciences infirmières reconnaissent les effets positifs du soutien sur la santé. Le soutien agit directement et indirectement par son effet tampon contre les effets du stress sur la santé (Ducharme, Stevens & Rowat, 1994). À la lumière des écrits concernant les répercussions de la maternité à l'adolescence et les effets du soutien social sur l'adaptation au rôle parental, il apparaît essentiel d'analyser ce concept et les études réalisées auprès des mères adolescentes afin de mieux connaître son impact sur le bien-être des mères adolescentes. D'autre part, il est reconnu que le soutien peut aussi avoir des effets négatifs et être une source de conflit et de stress (Smith & al., 1994; Stewart & al., 1997).

Il existe plusieurs définitions du soutien social. Parmi les définitions les plus citées et utilisées, il y a celle de Weiss (1974) qui utilise six typologies pour définir les relations sociales. Selon lui, la *relation d'attachement* signifie la présence de sécurité au sein d'une relation et favorise le sentiment d'appartenance pour l'individu. *L'intégration sociale* se caractérise par la participation, le développement personnel et la recherche d'information ainsi que d'expérience disponible au sein du réseau par les relations sociales. Le concept de « *nurturance* » signifie plus précisément la présence d'un climat nourricier qui favorise et développe le sens des responsabilités tout en procurant un sentiment de satisfaction. La *réassurance* se développe à partir de la reconnaissance des compétences du rôle social provenant des relations familiales ou du réseau social. Le sentiment d'*alliance* provient du développement de liens affectifs fournis par l'assistance et l'aide des personnes disponibles dans le réseau. Finalement,

la *guidance* se réfère à la présence d'une relation interpersonnelle empreinte d'émotions dans le but de favoriser une action concrète pendant une phase d'adaptation à une nouvelle situation de la vie.

Gottlieb (1978) met l'emphasis sur la fonction du soutien qu'elle caractérise par l'assistance émotionnelle, l'influence personnelle indirecte, l'aide à solutionner des problèmes et l'action environnementale. Kahn (1979), quant à lui, estime que le soutien social est un construit multidimensionnel qui se définit par les transactions interpersonnelles telles que l'expression positive de l'affect d'une personne à une autre, la reconnaissance ou l'affirmation de son comportement par autrui, des perceptions et expressions des points de vue ainsi que l'aide matérielle et symbolique. House et Kahn (1985), dans leur recension, définissent le soutien social en termes de relation sociale selon un ou plusieurs types de fonctions tels qu'affectif, instrumental ou matériel, affirmatif et informatif.

La structure du réseau social

Weiss (1974) considère que le réseau social s'établit de façon différente selon chaque individu et ce, en termes d'interaction et d'intensité des contacts avec les différentes personnes de la famille ou de la communauté. Selon lui, les relations primaires s'établissent au sein de la famille et les relations secondaires proviennent des ami(e)s, de l'école, du milieu du travail et communautaire. House et Kahn (1985), quant à eux, spécifient que la fonction, la quantité et la qualité du soutien et la structure du réseau sont toutes logiquement et empiriquement interreliées.

La structure du réseau social peut être décrite quantitativement et qualitativement selon les relations établies entre l'individu et les différentes personnes de l'environnement (Cronenwett, 1983). La quantité se réfère à la fréquence, la densité, la grandeur et l'homogénéité et la qualité est démontrée par l'harmonie au sein de la relation. La *fréquence* signifie le nombre de fois que l'individu entretient des contacts

avec les personnes de son environnement. La *densité* se rapporte à l'étendue à laquelle l'individu et les membres du réseau social interagissent entre-eux. La *grandeur* désigne le nombre de personnes avec lesquels l'individu entretient des relations. L'*homogénéité* sous-entend la régularité et l'intensité en termes de puissance de soutien. Tandis que la qualité se réfère à la relation *harmonieuse* ou *conflictuelle* telle que perçue par l'individu (House & Kahn, 1985).

Les études sur le soutien et la maternité à l'adolescence

Des écrits émanent trois groupes d'études qui se rattachent au soutien et à la maternité à l'adolescence: 1) des études identifient les facteurs qui modifient l'utilisation du soutien au sein du réseau social ; 2) des études tentent d'identifier la composition du réseau des mères adolescentes ; 3) et, finalement, d'autres études démontrent l'influence du soutien en lien avec le développement du rôle maternel et le développement du bébé. Ces études sont présentées dans la section qui suit et ce de façon chronologique à l'intérieur de chaque sous-section.

L'utilisation du soutien social

En 1995, Panzarine, Slater et Sharps évaluent la perception du soutien et l'adaptation au rôle parental chez 50 mères adolescentes six mois après la naissance de leur enfant. Suite à l'évaluation de la structure du réseau et de la qualité du soutien, les investigatrices constatent que les mères adolescentes qui vivent du stress et présentent des symptômes dépressifs ont tendance à avoir une perception négative du soutien, ne consultent pas et n'utilisent pas le soutien disponible dans le réseau. Ces mères se font moins confiance, se sentent moins valorisées et ont davantage d'interactions négatives avec leur enfant que les mères qui utilisent le soutien du réseau. Klein (1998), dans son étude, décrit les relations interpersonnelles entretenues par les adolescentes et leur isolement en fonction de leurs caractéristiques personnelles. Son échantillon de 57 mères adolescentes a été divisé en trois groupes d'âge, (12-14), (15-16) et (17-21) ans.

L'auteure démontre que le degré de timidité est plus élevé chez les adolescentes d'âge moyen (55,8 %) que chez les adolescentes plus âgées (49,2 %). L'estime de soi semble s'accroître en fonction du groupe d'âge de l'adolescente (29,0 % vs 30,8 % vs 32,3 %). L'isolement est plus important pour la jeune adolescente (39,7 %) et celle appartenant au groupe de 17-21 ans (37,1%) que celle d'âge moyen (35,9 %). De plus, la relation entre le degré de timidité et l'isolement est similaire pour les 15-16 ans ($r = ,8240$, $p <,001$) et le groupe plus âgé ($r = ,8016$, $p <,001$). Ceci s'explique probablement du fait que le moi se consolide avec le développement à l'adolescence. Dans le même sens, Cosey et Betchtel (2001) dans leur étude auprès de 25 mères adolescentes afro-américaines spécifient que les mères adolescentes âgées de 17-18 ans bénéficient d'un meilleur réseau de soutien social que les mères âgées de 15-16 ans. En somme, la perception et l'utilisation du soutien varient selon les caractéristiques personnelles de l'individu et plus spécifiquement selon le stade de développement de l'adolescence.

Aussi, dans le même ordre d'idée, O'Callagan, Borkowski, Whitman, Maxwell, Scott et Keogh (1999) dans leur étude ($N=135$ adolescentes) vérifient l'interrelation entre la capacité cognitive, l'ajustement personnel, l'intelligence et le soutien social comme variables d'influence à l'adaptation au rôle parental. Leur étude montre que la perception du soutien varie selon l'estime de soi et les symptômes dépressifs. En conclusion, le développement inachevé des mères adolescentes les empêche de voir et d'utiliser le soutien disponible dans le réseau. Elles manquent d'habileté dans leurs relations interpersonnelles, ce qui nuit à l'utilisation adéquate du soutien et indirectement à l'adaptation au rôle parental.

Le réseau de soutien

Plusieurs études soulèvent que la présence du partenaire joue un rôle déterminant auprès des mères adolescentes. Seymore, Frothingham, Macmillan et Durant (1990) comparent les différentes caractéristiques du soutien social et l'adaptation au rôle parental chez 47 mères adolescentes primipares et 51 adolescentes

multipares âgées en moyenne de 18,5 ans. Bien qu'aucune différence entre les deux groupes ne soit démontrée, les auteurs ont constaté que la présence du partenaire est reconnue pour son soutien émotif et instrumental facilitant l'adaptation au rôle parental. La présence du partenaire diminue ($p < 0,05$) le stress de l'adaptation à la maternité.

Cependant, bien que la présence du partenaire soit fort utile, la recension des écrits de Roye et Balk (1995) concernant sa relation avec la mère adolescente et l'enfant met en évidence que sa présence est d'une durée moyenne de deux ans après la naissance de l'enfant. Ces auteurs soutiennent que la présence du partenaire favorise le soutien psychologique et l'adaptation au rôle parental ainsi que le développement de l'enfant et recommandent son implication dans le système familial. Barnet, Joffe, Duggan, Wilson et Repke (1996) ont aussi exploré l'influence du soutien du partenaire. Un échantillon de 125 mères adolescentes de race noire âgées de 12-18 ans ont participé à l'étude réalisée de deux à quatre mois après la naissance de leur bébé. Ces auteurs constatent que les symptômes de dépression chez les mères adolescentes sont tributaires de la qualité de la relation avec le partenaire. Deihl (1997) confirme par les résultats de son étude, le rôle significatif du partenaire qui favorise l'estime de soi de la mère adolescente et l'interaction mère-enfant. On constate donc que plus le soutien du partenaire semble être perçu positivement par la mère adolescente, plus elle interagit positivement avec son enfant.

Toujours en regard de la présence du partenaire, Rhein, Ginsburg, Schwarz, Pinto-Martin, Zhao, Morgan et Slap (1997) explorent l'implication du partenaire. Des *focus group* avec 173 pères adolescents, 167 mères adolescentes, 76 grands-pères et 79 grands-mères, tous d'origine Afro-américaine, furent réalisés. Les pères, en moyenne plus âgés (trois ans) que les mères, avouent ressentir de la résistance de la part des adolescentes créant ainsi une barrière à leur implication. Simultanément, les mères adolescentes perçoivent le manque d'implication des pères interprétant cela comme un désintéressement face à l'enfant. Plusieurs pères (54%) avouent ressentir aussi de la résistance de la part de la mère de l'adolescente. Les grands-parents constatent le

manque de soutien émotif et financier du père auprès de la mère et éducationnel auprès de l'enfant. À la lumière de ces études, il apparaît fondamental de considérer le partenaire comme une source de soutien importante dans le développement du rôle parental chez les mères adolescentes et de favoriser son implication auprès du système familial.

La présence de la grand-mère représente aussi une ressource précieuse de soutien disponible au sein de la famille de la mère adolescente. Plusieurs auteurs ont analysé son implication depuis que l'on s'intéresse à la problématique des mères adolescentes. SmithBattle (1996, 1997) soulève deux paradigmes opposés dans son étude phénoménologique longitudinale, celui de la relation conflictuelle et de la relation harmonieuse. Elle constate qu'une relation marquée par des conflits dont l'opposition, le contrôle et la domination mère-fille semblent susciter de la frustration chez l'adolescente ainsi qu'un manque d'interactions mère-enfant et de responsabilisation envers l'enfant. D'autre part, elle constate qu'une relation harmonieuse et positive basée sur la réciprocité et l'assistance face au développement des responsabilités de la mère adolescente favorise la relation mère-enfant. En conclusion, l'auteure reconnaît l'importance d'analyser les relations intergénérationnelles, d'avoir une approche centrée sur la famille et axée sur la circularité de la communication. Dans leur étude, Voight, Hans et Bernstein (1996) vérifient la relation entre le soutien social, l'adaptation au rôle parental et les symptômes psychologiques chez 25 adolescentes afro-américaines (âge moyen = 16 ans) issues de milieu défavorisé. L'auteur stipule que la source principale de soutien est la grand-mère maternelle. Son soutien est positivement lié à la qualité de l'interaction mère-enfant. D'autre part, la présence de plusieurs frères et sœurs serait liée à une faible interaction mère-enfant. Cependant, le fait d'avoir plus d'amis dans le réseau est lié positivement à l'interaction mère-enfant. En ce qui a trait à la relation mère-fille, l'étude de Wayland et Rawlins (1997) auprès de 17 mères adolescentes afro-américaines âgées de 15-18 ans met en évidence la dépendance de l'adolescente envers sa mère pour les soins à l'enfant malgré l'existence de conflits. Les auteures

recommandent d'explorer davantage les relations familiales, d'informer et de guider les mères adolescentes dans leur rôle parental.

Bogat et al. (1998) ont examiné les effets positifs et conflictuels du soutien reçu de la mère sur le niveau de stress et l'estime de soi des adolescentes à trois mois de gestation et à un mois après l'accouchement. L'étude a été réalisée auprès de 158 mères adolescentes majoritairement Africaines (43%) et Américaines (29%) dont l'âge moyen est de 15 ans. Le soutien social a été mesuré à l'aide du *Maternal Social Support Questionnaire* (Norbeck, Lindsey & Carreiri, 1981) qui comprend une mesure du réseau. Le soutien conflictuel fut mesuré selon une approche exploratoire sous forme de questions à savoir qui et comment cette personne a causé des conflits depuis les six derniers mois. Les résultats montrent que la plupart des mères adolescentes (53%) avouent obtenir du soutien significatif de la part de leur mère et peu de conflits. D'autres (18%) rapportent obtenir du soutien de leur mère mais vivent modérément des conflits et la minorité (15%) dit avoir peu de soutien et de conflits. Certaines ne reconnaissent pas leur mère comme une personne ressource (11%) et d'autres disent avoir plus de conflits que de soutien avec leur mère (3%). Les résultats indiquent que malgré la présence d'un soutien significatif de leur mère, les mères adolescentes vivent plus de stress en présence de conflit ($r = 33,44, p < ,05$) comparativement à l'absence de soutien et de conflit ($r = 30,56, p < ,05$). En ce sens, il semble important d'intervenir auprès des familles afin d'améliorer les relations et d'orienter les mères adolescentes vers d'autres sources d'aide lorsque celle de la mère est insuffisante ou conflictuelle. Finalement, Howell-Carter (1998) investigate la qualité du soutien social en provenance du réseau familial auprès de 143 mères adolescentes africaines. Elle démontre que le soutien offert par une seule personne en résidence s'avère être bénéfique pour l'adaptation au rôle parental et que la présence de plusieurs personnes dans le même milieu peut générer des conflits. En ce sens, il semble que le soutien social peut être perçu comme un fardeau générateur de conflits pour la mère adolescente.

Pour conclure, les principales sources de soutien disponibles à la mère adolescente correspondent à la présence du partenaire et de sa mère. Cependant, bien que le soutien s'avère être bénéfique pour l'adaptation au rôle parental, il semble qu'une relation conflictuelle entre la mère adolescente et les personnes de son entourage amenuise les effets du soutien et qu'il est fondamental de considérer la qualité des relations interpersonnelles.

L'impact du soutien sur le développement du rôle maternel et de l'enfant

Dans les écrits, il est reconnu que le soutien, qu'il provienne du milieu familial ou du réseau social, joue un rôle déterminant pour le développement du bébé. En regard du milieu familial, Crockenberg (1987) démontre la relation entre le soutien social et l'interaction mère-enfant auprès de 77 mères adolescentes âgées de 15-19 ans pendant la période postnatale 2-3 mois. Une entrevue structurée et un questionnaire sous forme de *mapping* (réseau) pour évaluer la densité et la qualité du réseau furent utilisés ainsi que l'observation mère-enfant. Les résultats révèlent que le soutien quotidien de la famille est significativement lié à l'augmentation de la sensibilité ($r = ,32, p < ,05$), l'accessibilité ($r = ,31, p < ,05$), l'acceptation ($r = ,23, p < ,05$) et la réponse ($r = ,33, p < ,025$) à l'enfant pendant les trois premiers mois suivant la naissance.

Dans le même sens, l'influence du soutien familial et du partenaire sur l'interaction mère-enfant fut démontrée dans l'étude des psychologues Unger et Wandersman (1988). Ils ont réalisé une étude longitudinale à deux temps de mesure (prénatal et huit mois postnatal) auprès de 87 mères adolescentes majoritairement de race noire (89%) dont l'âge moyen était de 15,9 ans. Ils ont fait des entrevues structurées pour les mesures de soutien et une technique d'observation pour l'interaction mère-enfant à huit mois. Les résultats de l'étude montrent une relation significative entre le soutien de la famille et l'interaction mère-enfant ($r = ,41, p < ,001$) et spécifiquement celui du partenaire ($r = ,33, p < ,05$) dans le cas où celui-ci est présent lors de l'étude.

Stoiber et Houghton (1993) examinent l'association entre les connaissances de la mère sur le développement de l'enfant, les attentes et les croyances sur la façon d'élever les enfants en relation avec le comportement et le développement de l'enfant. Quarante mères adolescentes, faisant partie d'un programme de soutien et leur enfant âgé de 4 mois à 22 mois ont participé à l'étude. Les résultats confirment que les mères adolescentes qui possèdent des attentes plus positives et plus réalistes concernant le rôle de parent, s'adaptent plus facilement ($p < ,001$) et que leur enfant se développe plus adéquatement ($p < ,05$). Toujours en lien avec le développement des bébés, Speiker et Bensley (1994) ont examiné l'influence du soutien du partenaire et de la mère (g.m.) auprès des mères adolescentes ($N = 197$) et le développement de l'enfant durant l'année suivant la naissance. Les variables démographiques, âge, parité, ethnie, éducation furent prises en considération. Les auteurs affirment que le soutien informatif et matériel des mères (g.m.) favorise non seulement la transition de l'adolescente mais aussi l'adaptation au rôle parental et le développement de l'enfant au niveau de l'attachement et de la sécurité. Aussi, il est démontré que le soutien émotif du partenaire favorise l'adaptation au rôle parental. Le soutien de la mère (g.m.) combiné à celui du partenaire influence davantage le développement de la mère adolescente et son enfant. Cela s'explique par la validation du rôle de mère par sa propre mère et du rôle d'adulte (responsabilité) par le partenaire.

Luster et Vandenberg (1999) ont comparé 36 mères adolescentes de milieu défavorisé et leur enfant qui participent à un programme de suivi intensif avec 40 autres qui reçoivent un suivi régulier. Les auteurs ont évalué l'influence du soutien du partenaire sur le développement du langage de leur enfant à 30 mois. Les résultats montrent que les enfants qui ont des scores plus élevés pour le langage sont ceux dont les mères reçoivent plus de soutien du conjoint (7,5 points de plus) comparativement à celles qui ne vivent pas avec leur conjoint ($t = -2,85, p < ,05$). Aussi, la présence d'un partenaire, qu'il soit le père de l'enfant ou non, influence non seulement l'adaptation au rôle parental mais aussi le développement du bébé.

Navaie-Waliser, Martin, Tessaro, Campbell et Cross (2000) ont évalué les effets du programme *The impact of the Baby Love maternal outreach worker (Mow)* en regard à l'adaptation psychologique au rôle parental un an après la naissance du bébé. Le GE est composé de 221 mères et le GT de 198 mères. Toutes sont primipares, âgées de moins de 20 ans, de milieu défavorisé et d'origine afro-américaines. L'application du programme est basée sur un suivi intensif considérant le soutien familial et communautaire. Les résultats obtenus montrent des différences significatives en faveur du GE à l'échelle de l'estime de soi ($p = 0,039$) et à l'échelle de la dépression ($p = 0,015$). Aussi, les mères ayant reçu un soutien du père de l'enfant ont une perception du stress moins élevée ($p = 0,046$).

Enfin, Clemmens (2000), à partir d'une méta-analyse de 13 études quantitatives longitudinales réalisées entre 1980 et 1999 auprès de mères adolescentes âgées de moins de 20 ans, affirme qu'une relation positive significative existe entre le soutien de la famille et la qualité de l'interaction mère-enfant ($r = ,42, p < 0,05$). Aussi, l'analyse montre une relation positive significative de ($r = ,31$ à $,44, p < 0,05$) entre le soutien provenant du réseau des ami(e)s et de la communauté des mères adolescentes et l'interaction mère-enfant.

On peut donc conclure à partir des différentes études que le développement du rôle parental et celui de l'enfant varient selon la disponibilité et de la qualité des relations interpersonnelles au sein du réseau social des mères adolescentes.

Les programmes

Dans cette section, différents programmes de soins adaptés à des clientèles spécifiques et axés sur le soutien sont examinés. Par la suite, sont décrites les différentes études d'évaluation des programmes postnataux pour le suivi des mères adolescentes, et

ce, uniquement en lien avec le soutien social. Ces études proviennent exclusivement des États-Unis et sont présentées en ordre chronologique.

C'est au début des années 1960, que se sont implantés les services adaptés pour les mères adolescentes dans la communauté. Puis, au milieu des années 1980, différents programmes ont fait leur apparition afin de répondre aux multiples besoins d'une clientèle spécifique. Ces programmes originent surtout des États-Unis.

Olds (1997), une infirmière, tente de définir le concept de programme. Elle remarque que plusieurs termes sont utilisés pour désigner un programme de soin. Ce dernier est utilisé de façon interchangeable avec le terme protocole d'interventions, structure de soin et de services, *case management* ou projet d'intervention. Selon Olds (1997), un programme de soin représente un plan ou une organisation structurée selon de multiples approches (interdisciplinaire). Un programme inclut la dimension de protocole, de gestion d'épisodes de soin, de suivi clientèle et de ressources s'y rattachant. Le but d'un programme consiste à atteindre des objectifs selon un continuum de soins. Les objectifs à atteindre sont décrits de façon précise selon une séquence ordonnée d'interventions ou un continuum de soins dans le temps.

D'autre part, les psychologues Kitzman, Yoos et Cole, Korfmacher et Hanks (1997) stipulent qu'un programme pour une clientèle spécifique doit comprendre un suivi intensif et précoce ayant comme objectif de créer un lien entre la promotion de la santé, l'éducation et le réseau de soutien. En service social, Adams et Kocik (1997) prônent le *case management* avec un intervenant pivot. L'intervention axée sur la famille et l'environnement social favoriserait l'adaptation des mères adolescentes. Ces auteures ajoutent aux programmes existants la dimension de mentor (modèle de rôle) et l'utilisation des ressources de groupe pour augmenter les connaissances, diminuer l'isolement et favoriser l'adaptation au rôle de mère. Langlois (1998) prône le *case management* avec une approche interdisciplinaire pour optimiser le bien-être de la personne en lien avec son réseau de soutien. Ce processus est centré sur les besoins bio-

psychosociaux dans un contexte écologique. Il fait appel aux compétences personnelles de l'individu et à celles des membres de son réseau.

Dans le même ordre d'idée, le rapport du *Canadian Association of Family Resource Programs* (Zitzelsberger & Mann, 1999) mentionne dans ses recommandations que les programmes d'interventions efficaces auprès des mères adolescentes sont basés sur une approche holistique de la problématique, mettent en valeur les forces des adolescentes et encouragent ses efforts ainsi que le développement et l'utilisation d'un réseau de soutien. Une approche flexible selon un rôle de *caring*, de *mentor* ou de modèle de rôle et de *coaching* afin d'assister les mères adolescentes dans leur nouveau rôle est prôné et un accent particulier est mis sur l'apprentissage dans un climat de respect et de confiance. Bref, on constate une évolution du concept de programme à travers le temps. On mise de plus en plus sur une approche individualisée où les forces des adolescentes sont mises en valeur et exploitées afin qu'elles atteignent leur plein potentiel.

Au Québec, il existe des ressources pour le suivi des mères adolescentes. La maison *Elizabeth House* fondée en 1960 offre deux programmes d'épanouissement personnel et parental aux jeunes mères. Ces deux programmes (interne et externe) offrent un suivi aux mères adolescentes selon un plan d'intervention personnalisé en lien avec la famille et le réseau. Plusieurs services furent développés pour les mères adolescentes afin d'offrir un milieu de vie, favoriser le développement personnel et parental, briser l'isolement et contribuer au développement de l'enfant: *Le Petit Revdec*, *La Petite Maison de la Miséricorde*, les appartements *Augustine Gonzalez*, *Au relais des Jeunes Mères*, *la Maison Joie de Vivre*, *Groupe jeunes mères* et *l'école secondaire Rosalie-Jetté*. Cependant, ces ressources n'ont jamais été évaluées.

En CLSC, le programme *Naître Égale - Grandir en Santé* (NEGS) s'adresse spécifiquement aux femmes enceintes sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté. Ce programme est basé sur un suivi intensif et précoce et s'articule autour

d'une intervenante privilégiée, soutenue par une équipe interdisciplinaire pendant la période pré et postnatale (0-2 ans). Ce programme vise la promotion de la santé et le bien-être des familles selon une approche écologique. De plus, ce programme utilise le développement du potentiel individuel et le renforcement du milieu. Il vise à améliorer la santé des familles, les conditions de vie, la densité du réseau social, son accessibilité et son utilisation (Beauregard & Renaud, 2000).

Au Québec, une adaptation du programme NE-GS (Goulet, Jacques, Marcil & Kandom, 2001) a été faite dans le cadre d'un projet de recherche visant à évaluer le développement personnel et parental des mères adolescentes (Goulet, Francoeur, Frappier & Asselin, 2000). Le suivi postnatal proposé cible essentiellement les adolescentes et leur bébé en période 0-3 mois. Il vise à améliorer la santé et la qualité de vie des nourrissons et des mères adolescentes en misant sur les capacités de ces dernières. Le suivi professionnel hebdomadaire devrait permettre à ces mères de recevoir des services adaptés à leur besoins et un accompagnement dans l'utilisation de leur réseau communautaire. À l'instar du programme NE-GS, le suivi est effectué par une intervenante privilégiée, en l'occurrence une infirmière, qui utilise une approche systémique (niveau individuel, conjugal, familial et environnemental). Un soutien par une équipe multidisciplinaire et une assistance dans l'utilisation des ressources du milieu figurent parmi les principaux objectifs du programme. Les interventions infirmières touchent un ensemble d'aspects: santé physique, psychologique et émotionnelle de la mère, soutien au développement de son potentiel d'habilitation, développement et renforcement des compétences parentales, santé et développement de l'enfant ainsi que l'actualisation du soutien disponible dans le réseau social et la communauté de l'adolescente. Ce programme peut s'avérer une piste de solution pertinente pour optimiser le développement et la santé de cette clientèle particulière. Il a été conçu pour permettre aux adolescentes d'actualiser leur potentiel en les guidant et en favorisant l'utilisation des multiples services existants pendant la période postnatale.

L'évaluation des programmes postnataux aux États-Unis

Aux États-Unis, plusieurs programmes intensifs et précoces axés sur le soutien auraient des effets positifs sur le développement personnel et parental des adolescentes ainsi que sur la santé du bébé. Jacobson et Frye (1991) dans leur étude quasi-expérimentale démontrent l'influence du soutien sur le développement de l'attachement mère-enfant suite à l'application du *Oakland Family Services* en période postnatale (0-1 an). L'étude a été réalisée auprès de deux groupes de jeunes mères (GE = 23, GT = 23), dont l'âge moyen est de 21,9 ans. Chaque mère du GE a reçu un suivi intensif et précoce hebdomadaire pendant la période postnatale 2-3 mois et mensuel à partir de quatre mois jusqu'à 1 an tandis que le GT a reçu le suivi régulier offert dans la région. Les résultats de l'étude ne révèlent aucune différence significative en pré test aux échelles de dépression, d'irritabilité et perception du soutien en termes de densité et de qualité pour les deux groupes de mère. À un an, les enfants du groupe expérimental ont montré un score supérieur à l'échelle de l'attachement comparativement à ceux du groupe témoin (13,16 vs 12,1, $p < ,005$). Cependant, aucun contrôle post test ne figure dans cette étude pour vérifier les différences ou similarités en matière de soutien qui auraient pu fluctuer au cours de l'étude.

Williams-Burgess, Vines et Baumeister Ditulio (1995) ont utilisé *The Parent-Baby Venture Program* développé par l'association des infirmières visiteuses de Manchesters, auprès d'une population de 15 mères adolescentes de milieu défavorisé. Ce programme postnatal intensif et précoce (3 fois/semaine pour 12 semaines) a pour but de favoriser l'adaptation au rôle parental, la relation d'attachement mère-enfant ainsi que le développement de l'estime de soi et l'utilisation du réseau de soutien. Malgré l'absence d'information au sujet des participantes et des mesures, les auteures affirment que le soutien de l'infirmière favorise le développement des compétences personnelles et parentales en termes d'habiletés.

En psychologie, l'étude de Luster, Perstadt, McKinney, Sims et Juang (1996) avait pour but de mesurer les effets d'un suivi intensif avec *The Family TIES Support Program* selon les différents déterminants du modèle de Belsky (1984) sur l'adaptation de l'adolescente et l'interaction mère-enfant durant la première année de vie de l'enfant. Ce programme est basé sur le développement d'une relation de confiance avec un intervenant privilégié et élaboré selon une approche du milieu pour favoriser le développement personnel et parental des mères adolescentes et le développement de leur enfant. Le groupe GE ($N = 43$) a reçu le suivi hebdomadaire du programme tandis que GT ($N = 40$) a reçu un suivi régulier. Les résultats comparatifs entre les deux groupes à 6 mois montrent que le GE présente des moyennes significativement supérieures ($f(1,79) = 5,0, p < ,05$) à l'échelle d'interaction mère-enfant comparativement au GT ($M = 32,0$ vs $29,2$) et surtout pour les mères d'origine afro-américaine ($M = 28,9$ vs $23,8$). Aussi, l'interaction mère-enfant est en relation avec le soutien émotionnel du partenaire ($r = ,42, p < ,05$), matériel du partenaire ($r = ,41, p < ,05$) et des ami(e)s ($r = ,54, p < ,05$). Les auteures concluent que le programme semble aider les mères adolescentes probablement parce qu'elles vivent dans des milieux défavorisés.

D'autres études ont évalué des programmes axés sur le soutien familial ou communautaire. En santé mentale, McDonald Culp, Culp, Blankemeyer et Passmark (1998) ont analysé l'application du programme *Parent Education/Home Visitation* incluant un suivi intensif hebdomadaire (0-6 mois) et l'accompagnement vers les ressources dans la communauté. Deux populations (38 mères adolescentes et 22 adultes) ont été sélectionnées pour l'étude. Des analyses révèlent des différences entre les groupes au début de l'étude. Les mères adolescentes ont moins bien réussi à l'échelle des connaissances sur le développement de l'enfant et la compréhension du rôle de parent ($M = 7,00, Sd = 2,90$) que les mères adultes ($M = 8,52, Sd = 3,06$). Cependant, après 6 mois, leurs moyennes ($M = 9,58, Sd = 1,90$) n'étaient pas significativement différentes de celles des mères adultes ($M = 10,47, Sd = 1,77$), ($F(1) = 3,53, p = ,067$). Donc, les mères adolescentes ont débuté le programme avec moins de connaissances sur

le développement de l'enfant que les mères adultes mais, à 6 mois, leur niveau de connaissances est comparable à celui des mères adultes. Cette étude montre qu'un programme de soin axé sur le soutien au rôle parental favorise l'apprentissage des mères adolescentes.

Avec le Projet de *Family Development* à l'Université de Californie, Heinicke, Fineman, Ruth, Recchia, Guthrie et Rodning (1999) démontrent qu'un programme, basé sur l'approche du système familial et communautaire dans le cadre d'un suivi intensif et hebdomadaire, influence l'interaction mère adolescente-enfant. L'étude a comparé deux échantillons sélectionnés au hasard dont 31 mères avec suivi intensif (GE) et 33 mères qui ont reçu un suivi usuel (GT). Toutes sont âgées entre 17 ans-20 ans et caractérisées par la pauvreté et l'isolement. Au départ, les résultats indiquent à l'échelle de soutien familial, que le GT comparativement au GE avaient une meilleure perception du soutien reçu de leur partenaire et de leur famille ($t(62) = 2,98, p = ,004$) tandis qu'au T(3)12 mois, la moyenne de soutien du GE était significativement supérieure à celle du GT ($t(61) = 3,98, p = ,0002$). Aussi, l'étude montre que ces mères étaient plus attentives aux besoins de leur enfant ($M = 5,22, Sd = ,92$) que celles n'ayant pas bénéficié du suivi ($M = 4,30, Sd = ,98$). En conclusion, un programme axé sur les ressources du milieu favorise l'interaction mère adolescente-enfant.

Dans son étude avec devis pré et post test avec un seul groupe, Flynn (1999) a évalué l'efficacité du programme *Adolescent Parenting Program* auprès de 137 mères adolescentes de milieu défavorisé. L'âge moyen de l'échantillon est de 16,89 ans et est composé à 71% de mères afro-américaines et à 27 % de mères hispaniques. Basé sur la théorie du *mentorship* et du soutien social de Weiss, ce programme vise à développer le rôle parental et les comportements de santé par le biais de la perception du soutien reçu de la famille et de la communauté. Les résultats de l'étude montrent une diminution significative au T (2) comparativement au T(1) à l'échelle de négligence infantile ($t = 2,92, df = 18, p = ,013$) et un taux élevé d'immunisation pour le bébé (85-93%). Pour la mère, le suivi intensif semble favoriser une diminution du taux de grossesse répétitive.

Cette étude comporte plusieurs limites dont le faible taux de participantes ayant complété l'échelle potentielle d'abus physique ($N=19$), le questionnaire non adapté pour la clientèle adolescente (longueur) et l'absence d'un groupe témoin.

Malheureusement aucune évaluation de l'influence du soutien ne figure dans cette étude. Cependant les mères adolescentes rapportent l'importance de la relation de confiance avec l'infirmière.

Koniak-Griffin, Anderson, Verzemnieks et Brecht (2000) ont réalisé une étude quasi-expérimentale dont le but était d'évaluer les effets d'un programme précoce et intensif (EIP). Leur étude auprès d'un échantillon composé de 121 mères adolescentes de milieu défavorisé réparties en deux groupes: (GE) $n = 63$ et (GT) $n = 58$. L'âge moyen est de 16,73 ans. Les résultats à 6 semaines montrent que les adolescentes du GE retournent davantage sur les bancs d'école $X^2(1 = 6,76, p < ,009)$ et que le taux d'hospitalisation et de ré-hospitalisation des bébés est significativement moindre $X^2(1 = 6,41; p = ,01)$. Cependant, la qualité de la relation mère-enfant diffère peu entre les deux groupes. Une évaluation prématurée à six semaines expliquerait peut être ces résultats.

Comme mentionné précédemment, les jeunes mères vivent de l'isolement social, leur réseau d'entraide semble restreint et elles n'utilisent pas de façon optimale les nombreuses ressources dans la communauté. Ces facteurs semblent grandement influencer la poursuite de leur développement personnel et la façon dont elles maternent leur enfant, comme en font foi les études pré-citées. Toutefois, ces constats ont été faits aux États-Unis où il existe plusieurs programmes adaptés aux besoins des adolescentes. Au Québec, leur participation à un programme qualifié devrait, entre autres, favoriser leurs aptitudes à satisfaire leurs besoins et à résoudre leurs problèmes en mobilisant les ressources disponibles dans leur réseau et en élargissant les sources d'aide de leur entourage. Il importe donc d'évaluer, si effectivement, après leur participation à un programme axé vers le soutien du réseau, les adolescentes bénéficient d'un réseau familial et communautaire plus large et davantage de soutien de ces personnes.

Le cadre conceptuel

Le cadre conceptuel est inspiré du modèle de McGill qui tient compte de la famille et de l'environnement et du cadre de référence de Cronenwett et Wilson (1981) sur le rôle parental.

Le modèle d'interventions de Morya Allen, aussi appelé modèle McGill, vise la promotion de la santé et l'approche communautaire. La philosophie sous-jacente à ce modèle tient compte de l'individu, de sa famille et de son environnement, situant la personne au centre de l'intervention qui se veut globale afin que celle-ci soit le principal acteur du changement désiré (Gottlieb & Rowat, 1987). Le modèle McGill perçoit la personne à travers un filtre familial. La personne influence sa famille tout comme sa famille l'influence également. La santé et la maladie sont vues comme deux entités distinctes qui coexistent (Allen, 1981 ; Gottlieb & Rowat). Pour Allen, la santé (construit dynamique et multidimensionnel) s'apprend à travers les relations et les interactions avec les autres (famille et environnement) et se poursuit tout au long de la vie. La stratégie d'adaptation (*coping*) et le développement du potentiel font parti de ce modèle. La stratégie d'adaptation fait appel au potentiel et aux ressources personnelles et familiales de la personne pour résoudre ses problèmes et le développement vise les objectifs fixés dans la vie par la mobilisation, le maintien et la régularisation du potentiel qui existe au sein de la personne et de la famille. Ces deux concepts interreliés contribuent au développement des compétences de l'individu (Feeley & Gottlieb, 2000). Ce modèle s'avère approprié pour guider les interventions des infirmières auprès de la clientèle des mères adolescentes. Le développement cognitif et psychologique incomplet de la mère adolescente conjugué à l'adaptation au rôle parental pendant une période centrée sur soi requiert l'assistance et l'accompagnement de l'infirmière. À partir de son rôle de complémentarité, l'infirmière favorise l'élargissement du réseau d'aide et facilite l'utilisation du soutien disponible au sein de la famille et de la communauté.

Cronenwett et Wilson (1981) définissent l'interrelation entre les caractéristiques de l'individu et le soutien social, la structure du réseau en lien avec l'adaptation au rôle parental pendant la période prénatale. Cette conception est illustrée à la figure 1.

Selon ces auteures, il existe plusieurs changements opérants chez la femme pendant la période prénatale en ce qui regarde le réseau de soutien. En ce sens, le réseau de soutien diminue en période prénatale. Pendant le troisième trimestre de la grossesse, la femme vit souvent de l'isolement généralement relié à l'arrêt de travail et à l'absence de la disponibilité des ami(e)s. Elles constatent aussi que l'isolement se poursuit pendant la période postnatale. Selon Cronenwett et Wilson (1981) les modifications du réseau social influencent la réponse psychologique au rôle parental chez la femme. Cronenwett (1985) utilise les termes de *caractéristiques individuelles* pour parler des particularités de chaque individu selon une période de la vie. La *perception du soutien* est définie par l'évaluation subjective par la personne du soutien disponible et la *structure du réseau social* représente les personnes (famille, ami(e)s, voisins, relations de travail etc.) avec lesquelles elle entretient des relations et reçoit du soutien. Finalement, la *réponse psychologique au rôle maternel* comprend la satisfaction et la confiance que la personne acquiert face à son rôle parental. Selon Cronenwett (1985), il semble exister une interrelation entre les caractéristiques personnelles de l'individu qui influence la formation d'un réseau social et son utilisation selon la situation de la vie.

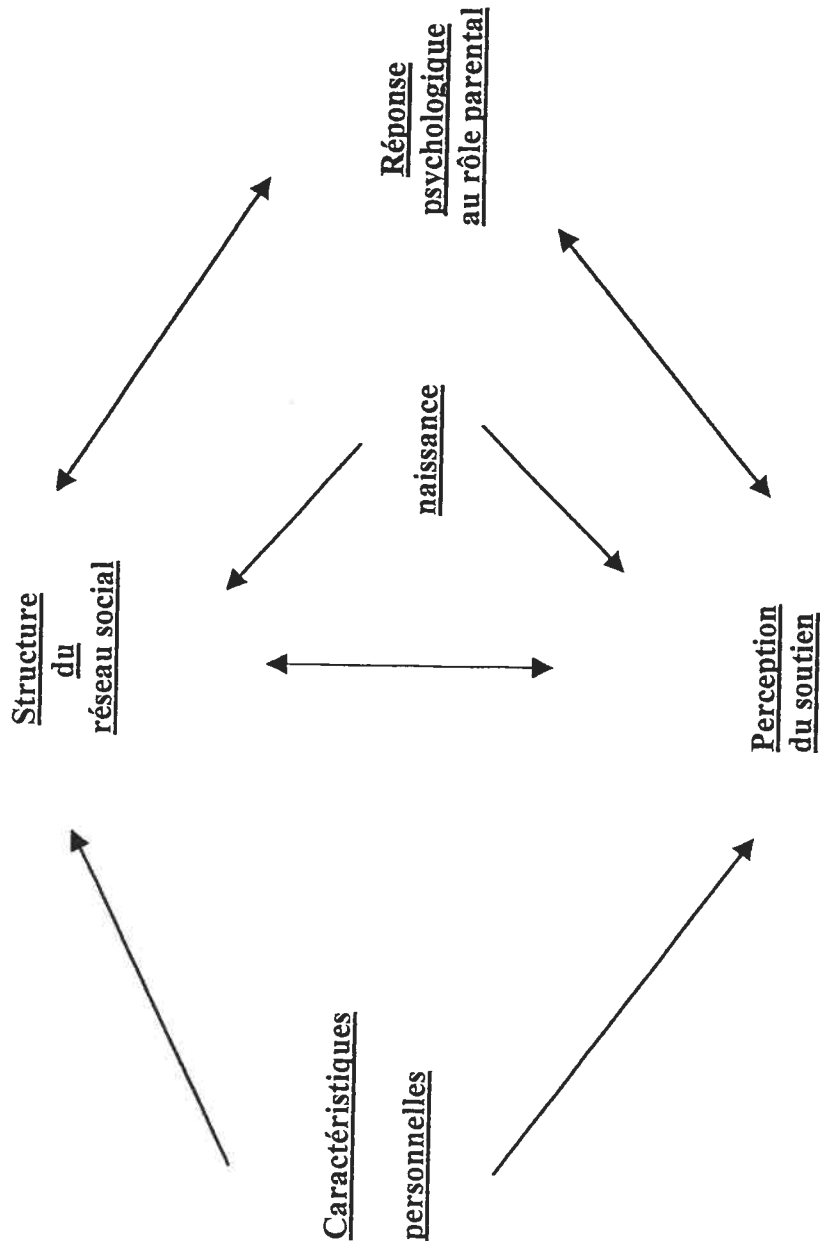


Figure 1 . Cadre de référence de Cronenwett et Wilson (1981).

La période de transition reliée à la maternité modifie la perception de l'individu du soutien disponible et les propriétés de son réseau social. D'autre part, la perception de l'individu influence le développement et l'utilisation du nouveau réseau social. Finalement, la réponse psychologique de la nouvelle mère au rôle parental sera tributaire de la perception du soutien, de l'utilisation du soutien disponible et de la composition du réseau (Figure 1).

En regard de la mère adolescente, les études décrites auparavant font ressortir chaque dimension du cadre de référence de Cronenwett et Wilson (1981), dont les caractéristiques de la mère adolescente, son adaptation au rôle parental et sa perception ainsi que l'utilisation du soutien au sein de son réseau. Plus explicitement, les *caractéristiques personnelles* de la mère adolescente se réfèrent à son groupe d'âge et à son développement inachevé. La *perception du soutien* varie selon le stade de développement de l'adolescente, son estime d'elle-même et sa capacité de socialisation. La *structure du réseau* réfère surtout à sa famille et à son partenaire dans le cas où celui-ci est présent. Il est reconnu que la maternité à l'adolescence engendre de l'isolement avec les pairs par l'arrêt de la scolarisation. Il faut donc miser sur la stratégie d'adaptation de chaque personne, en l'occurrence l'adolescente, pour qu'elle fasse appel à ses propres ressources comme le préconise Allen (1981). Tel que dit précédemment, les mères adolescentes ont une perception restreinte du soutien disponible dans leur réseau et ne l'utilisent pas de façon optimale. L'infirmière doit assister l'adolescente afin qu'elle mobilise les sources de soutien qui existent dans son entourage. Elle doit aussi l'accompagner dans l'utilisation du soutien disponible de façon à ce qu'elle puisse avoir une meilleure *réponse psychologique au rôle parental* et résoudre ses problèmes ou ceux de son bébé. En ce sens, un programme de suivi intensif et précoce adapté aux mères adolescentes et favorisant une perception positive du soutien disponible dans le réseau social et son utilisation s'avère une piste de solution vraisemblable pour optimiser le bien-être de la mère adolescente (Figure 2).

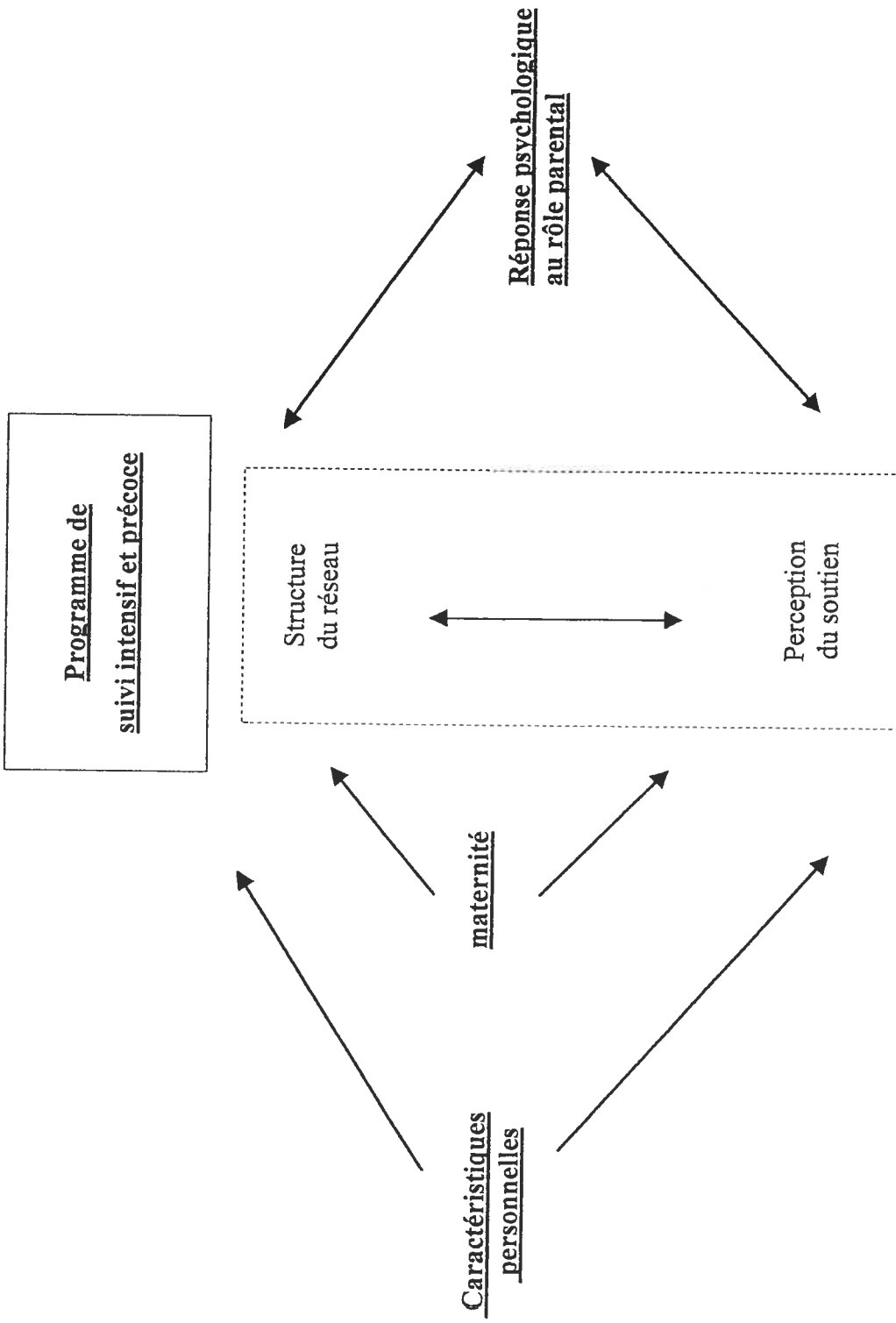


Figure 2. Cadre conceptuel Jacques et Goulet (2002).

Les hypothèses de recherche

H-1 Les mères adolescentes qui participent au programme de suivi intensif et précoce adapté de NEGS, obtiennent aux échelles de soutien familial, communautaire et de réseau social, des scores significativement supérieurs à ceux des mères adolescentes qui n'ont pas participé au programme.

H-2 Les mères adolescentes qui participent au programme de suivi intensif et précoce adapté de NEGS, obtiennent aux échelles de soutien familial, communautaire et de réseau social, des scores significativement supérieurs au temps 2 comparativement au temps 1.

CHAPITRE III

MÉTHODE

Ce chapitre décrit le devis de recherche, la population et l'échantillon incluant les critères d'inclusion et d'exclusion. S'ensuit la description des variables et instruments de mesure pour évaluer le niveau de soutien perçu du réseau social. Puis, le déroulement de l'étude, les considérations éthiques et le plan d'analyse statistique sont détaillés pour finaliser cette section.

Le devis de recherche

Un devis quasi-expérimental, pré et post test avec deux groupes a été utilisé pour cette étude. Le groupe expérimental a reçu un suivi intensif et précoce selon le programme NE-GS adapté pour les mères adolescentes (Goulet et al., 2002) tandis que le groupe témoin a reçu le suivi postnatal usuel du CLSC de sa région. Des mesures ont été prises au temps (1) ainsi qu'au temps (2) pour les deux groupes. Voir la figure ci-bas.

	T(1)		T(2)
GE	01	x	03
GT	02	-	04
	48-72 heures		3 mois

O = observation
X = mesure

Figure 3. Devis quasi-expérimental.

La population

Cette étude se classe dans la catégorie des projets-pilotes en raison de la nature et de la durée de l'intervention ainsi que du nombre de participantes anticipées, soit 10 adolescentes par groupe.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Afin d'être incluses dans cette étude, les adolescentes devaient répondre aux critères suivants: 1) accoucher à terme, 2) être âgée de 20 ans ou moins pendant la période postnatale,¹ 3) ne pas être intégrée dans un autre programme de suivi personnalisé pour adolescentes, 4) ne pas avoir de problèmes de santé mentale sévère, 5) être en mesure de parler, lire et écrire en français.

Les adolescentes qui présentent des complications médicales requérant leur hospitalisation prolongée ou celle de leur bébé ou les deux et celles qui ont un bébé présentant des problèmes médicaux majeurs ou nécessitant un suivi médical étroit sont exclues de l'étude.

L'échantillon

L'échantillon est composé de 20 mères adolescentes dont 10 qui furent recrutées à partir d'un Centre Hospitalier mère-enfant de Montréal (GT) et 10 autres d'un CLSC de Montréal lesquelles ont bénéficié du suivi intensif et précoce (GE). Les mères adolescentes sont âgées entre 16 et 20 ans (Tableau I). L'âge moyen du groupe témoin correspond à 17,9 ans avec un écart type de 1,1 tandis que celui du groupe expérimental est de 18,6 ans avec un écart type de ,70. Le niveau moyen de scolarité est de 9,7 ans pour le groupe expérimental et de 9 ans pour le groupe témoin. Quant à la durée de la relation avec leur partenaire, les

¹ La fin de l'adolescence est comprise entre 17-20 ans (Waley & Wong, 1999). Au Québec, en 1998, 3,5 % des naissances vivantes proviennent dans la catégorie des 18-19 ans comparativement au moins de 18 ans avec un taux de 1,3 % (M.S.S.S., 2001).

mères du groupe expérimental sont avec le père de l'enfant depuis 1,6 ans en moyenne et celles du groupe témoin depuis 1,3 ans. Aucune différence significative n'a été décelée entre les groupes au niveau de ces trois caractéristiques.

Tableau I
Comparaison du profil socio-démographique des mères adolescentes

	Moyenne (\pm S.d.)		Min.		Max.		F	Tcal	p
	GT	GE	GT	GE	GT	GE	GT	GE	
Âge	17,9 (1,1)	18,6 (,70)	16	17	19	19	2,42	1,70	,11
Scolarité	,09 (1,5)	9,7(1,6)	6	6	11	11	1,44	1,02	,32
Temps avec le partenaire	1,35 (1,3)	1,60(1,4)	0	0	4	4	1,06	,39	,70

Au niveau culturel, bien que la distribution soit différente, les mêmes communautés d'origine se retrouvent dans chaque groupe (Figure 4). Ainsi, le groupe témoin se compose de cinq mères québécoises, trois hispaniques et deux haïtiennes tandis que le groupe expérimental comprend quatre mères d'origine haïtienne, trois québécoises et deux hispaniques. La majorité des mères adolescentes sont célibataires (GT = 7, GE = 7), les autres vivent soit avec un partenaire (GT= 4, GE = 6) ou avec leurs parents (GT = 2, GE = 2). Une seule mère adolescente est mariée dans chacun des groupes. Deux mères du GT vivaient en centre d'accueil au T1. Le soutien financier du GT provient soit de la famille ($n = 4$), du partenaire ($n = 3$) ou de l'assistance sociale ($n = 3$). Une mère du groupe témoin reçoit aussi une compensation monétaire de la CSST. Pour le GE, le soutien financier provient principalement de l'aide sociale ($n = 5$), du partenaire ($n = 4$) et de la famille ($n = 1$). La majorité des mères sont issues de milieu défavorisé. En regard au travail, les mères du GE sont soit étudiantes à temps plein ($n = 2$) ou à temps partiel ($n = 4$), restent à la maison ($n = 3$) et une seule mère travaille à temps

partiel. La majorité des mères du GT sont étudiantes à temps plein ($n = 5$), restent à la maison ($n = 2$), travaillent à mi temps ($n = 1$). Les mères du GE habitent soit avec leur partenaire ($n = 6$), soit seule ($n = 2$) ou avec leur parents ($n = 2$). La répartition est légèrement différente chez les mères du GT : avec leur partenaire ($n = 4$), seule ($n = 2$), avec leur parents ($n = 2$) et en foyer d'accueil ($n = 2$).

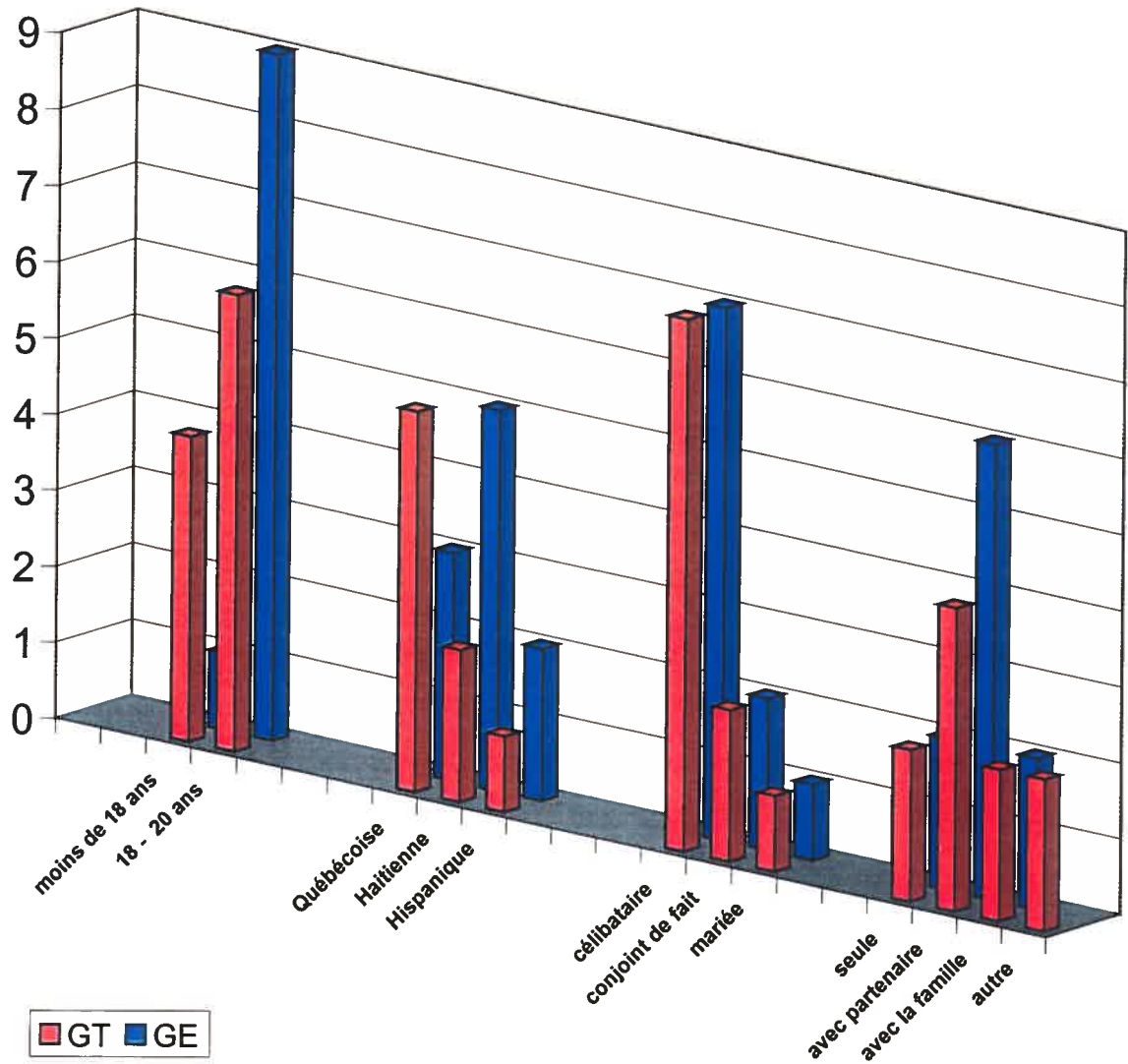


Figure 4 . Profil socio-démographique

Les variables et les instruments de mesure

La variable indépendante

Programme de suivi intensif et précoce: Le programme comprend une série d'activités visant à améliorer la santé et la qualité de vie des mères adolescentes et celles de leur nouveau-né. Le suivi professionnel consiste à offrir de façon hebdomadaire, des interventions de prévention et de promotion de la santé par l'entremise d'une intervenante privilégiée, en l'occurrence une infirmière spécialisée en périnatalité. Cette dernière utilise une approche systémique et elle est soutenue dans son approche par une équipe multidisciplinaire. Les interventions de l'infirmière touchent, entre autres, un ensemble d'aspects tels que la santé physique, psychologique et émotionnelle de la mère, le soutien dans le développement de son potentiel d'habilitation et l'actualisation du soutien provenant de son réseau social. Pour plus de détails concernant le suivi, consulter le *Guide de suivi post-natal pour le développement des mères adolescentes et de leur bébé*.

Les variables dépendantes

Soutien familial : Le soutien familial est défini en fonction de l'aide perçue par la mère adolescente qu'il soit sous forme de soutien émotif, affirmatif, informatif ou instrumental provenant des membres de sa famille ou de sa belle famille pendant la période postnatale 0-3 mois.

Soutien communautaire : Le soutien communautaire correspond à l'aide perçue par la mère adolescente qu'il soit de type émotif, affirmatif, informatif ou instrumental provenant des membres de la communauté tels que les ami(e)s, les voisins, les organismes d'aide, les groupes communautaires ainsi que les professionnels pendant la période postnatale 0-3 mois.

Réseau social : Ensemble de personnes (famille, parenté, ami(e)s, voisin(e)s, groupe communautaire, services sociaux) identifiées comme personnes importantes par la mère adolescente pendant la période postnatale 0-3 mois.

Les instruments de mesures

Pour cette étude, deux instruments de mesures sont utilisés pour la collecte des données. Il s'agit de l'échelle de *Soutien familial*, version française de Family Support Scale (FSS) de Dunst, Jenkins et Trivette (1994) et la carte d'analyse des réseaux sociaux développée par Guay et Lepage (1984). Les renseignements concernant les données socio-démographiques des participantes ont aussi été colligés à l'aide d'un questionnaire spécifique.

Échelle de Soutien familial

L'échelle de *Soutien familial* (FSS) (Appendice A) mesure le niveau de soutien social reçu tel que perçu par l'individu ainsi que la provenance de l'aide selon les sources énumérées dans l'instrument. Le FSS est basé sur le modèle conceptuel développé par Bronfenbrenner en 1979 qui décrit comment le contexte écologique influence le développement de l'individu. Le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) divise le réseau en quatre-sous groupes dont 1) la famille nucléaire et étendue, 2) les relations formelles et informelles avec les autres membres y compris les ami(e)s, 3) les relations formelles et informelles avec les groupes sociaux et les organisations sociales (église, voisins etc.), 4) et finalement les services professionnels et les agences.

La participante doit indiquer sa perception du soutien sur une échelle de type Likert partagée en six points qui varie de *très aidé* (1) à *aide disponible mais pas demandée* (5) et *ne s'applique pas* (6). L'échelle comprend 20 items et elle est une

version modifiée de l'échelle de Dunst, Jenkins et Trivette (1994). L'échelle donne accès à un score total de soutien social variant entre 0 et 80 et une moyenne théorique de 40. La cote (5) attribuée pour *aide disponible mais pas demandée* dont le score total est présentée indépendamment.

Fidélité et validité

Fidélité : La cohérence interne a été calculée à l'aide de deux tests. Le coefficient alpha de Cronbach a été calculé à ,79. Pour le test moitié-moitié, les auteures ont utilisé le Spearman-Brown. La stabilité à court terme fut mesurée à l'aide du test-retest ($r = ,91$). Tous les indices obtenus indiquent une fidélité acceptable de l'instrument (Dunst, Trivette & Hamby, 1994).

Validité : L'analyse factorielle en composantes principales avec rotation varimax révèle la présence de cinq facteurs lesquels correspondent aux différentes sources de soutien. La validité de contenu quant à elle indique que tous les items mesurent des aspects du soutien social, tout comme la validité convergente, discriminante et critériée (Dunst, Trivette & Hamby, 1994).

Échelle d'analyse du réseau social

Le réseau social est opérationnalisé à l'aide de la carte *d'Analyse des réseaux sociaux* de Guay et Lepage (1984). Cette carte d'analyse du réseau social permet d'obtenir de l'information spécifique sur les personnes qui composent le réseau social des mères adolescentes et de visualiser la structure de ce réseau selon les relations harmonieuses ou conflictuelles que les mères adolescentes entretiennent avec les membres. La carte d'analyse du réseau social est un diagramme composé de deux cercles concentriques divisés en six pointes de même dimension (Appendice A). Le point central correspond à la mère adolescente et les deux autres cercles servent à déterminer la nature intime ou non de la relation entre une personne du réseau et la mère

adolescente. Chaque pointe représente une catégorie de personnes (ex : parenté, ami(e)s, voisins, professionnels, communautaire, etc.). Pour chaque catégorie, la mère adolescente doit inscrire les initiales des personnes significatives (relation harmonieuse ou conflictuelle) à un endroit plus ou moins rapproché d'elle ou de la circonférence des cercles selon le degré d'intimité des relations qu'elle entretient avec cette personne. Lorsque la relation avec cette personne est conflictuelle, elle doit tracer une ligne entre ses initiales et elle (centre).

Questionnaire socio-démographique

Le questionnaire socio-démographique (Appendice A) dresse le profil des mères adolescentes. Le questionnaire comprend de l'information sur l'âge, l'appartenance culturelle, la langue maternelle, le niveau de scolarisation, le travail, les sources de revenu, le statut marital et les personnes qui cohabitent avec la mère adolescente.

Le déroulement de l'étude

Le projet a débuté au CHU Mère-enfant de l'hôpital Ste-Justine. Cependant, en raison de la présence d'un autre projet d'envergure pour le suivi des adolescentes et financé par le gouvernement provincial, il a été convenu de recruter uniquement les participantes du (GT). C'est alors que ce projet fut présenté aux quatre CLSC de la région de Laval afin de recruter les participantes pour le (GE). Une entente verbale a été convenue avec deux CLSC; mais après une attente de six mois, le projet fut refusé par les 4 CLSC en raison de la venue du projet de suivi financé par le gouvernement provincial cité précédemment. À la suite de la rédaction d'une lettre adressée à la direction de l'établissement (Appendice B), ce projet fut présenté et accepté par un CLSC de la région de Montréal dont le taux de naissances chez les mères adolescentes est très élevé, soit 71 naissances par année (M.S.S.S., 2001).

Les professionnels de l'établissement dont la responsable des soins infirmiers, la directrice des programmes Famille-Enfance-Jeunesse et l'infirmière clinicienne spécialisée en périnatalité ont d'abord été rencontrés afin de discuter des objectifs visés par l'étude, de la collaboration attendue et du recrutement des participantes pour le GE. Cette rencontre s'avérait très importante afin de bien expliquer les attentes par rapport à l'étude et trouver des solutions pour pallier au manque d'infirmières en périnatalité, car au même moment, le département de santé publique (DSP) donna le mandat de la vaccination massive pour la méningite aux CLSC. Une proposition de l'investigatrice de contribuer à la vaccination en échange de leur collaboration pour la réalisation du projet a été retenue par la direction. Le but étant de remplacer les infirmières pendant l'activité de vaccination afin que celles-ci soient dégagées et qu'elles assurent le suivi intensif et précoce auprès des mères adolescentes. Par la suite, deux infirmières ont été assignées au suivi des mères adolescentes.

Pour ce projet, les deux infirmières sélectionnées et ayant une grande expérience avec cette population, ont reçu une formation d'une journée sur l'application du programme. Le recrutement des participantes a été fait pendant la période prénatale (36^e semaine de gestation) lorsqu'elles avaient reçu des services du CLSC ou pendant la période postnatale immédiate. Un feuillet d'information afin d'expliquer le but de l'étude, le déroulement ainsi que leur droit a été remis pendant cette période (Appendice C). Suivant l'accord de la mère adolescente à participer au projet, le formulaire de consentement lui a été remis dès le retour à la maison pendant la première semaine postnatale (Appendice D). L'autorisation d'un tuteur ou d'une personne de sa famille était nécessaire pour le consentement à l'étude. Ce suivi comprenait une visite hebdomadaire par l'infirmière pendant les trois premiers mois suivant la naissance de l'enfant. Au total, 12 visites hebdomadaires ont été effectuées pour chaque mère adolescente par les infirmières du CLSC. Dès le retour à la maison, les deux infirmières ayant reçu la formation ont évalué et se sont efforcées de rencontrer les objectifs formulés dans le guide pour chaque rencontre hebdomadaire (Appendice E). Afin de s'assurer de l'application du programme, l'investigatrice a rencontré hebdomadairement

les deux infirmières qui ont assuré le suivi intensif et précoce afin de répondre à leurs questions. Cette rencontre a permis d'offrir un soutien clinique et de recueillir les commentaires des infirmières et des mères adolescentes. Afin de documenter et d'assurer l'application du programme, les deux infirmières ont rempli une grille de suivi pour chaque mère adolescente (Appendice F).

Concernant les questionnaires et les mesures, les mères adolescentes (GT, GE) ont répondu à deux questionnaires (20 min) dès les premiers 48 heures après le retour à la maison et à la fin de l'application du programme, soit à 3 mois. Il va de soi que les participantes du GT ont répondu aux questionnaires pendant les mêmes périodes c'est-à-dire au T1 et au T2. Elles ont aussi été recrutées à la période prénatale lors des visites aux cliniques obstétricales.

Les considérations éthiques

Le projet fut présenté au Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Sainte-Justine. Concernant les mères adolescentes, le formulaire de consentement fut distribué tout en précisant que leur anonymat et leur confidentialité seraient assurés. Aussi, des explications en regard de leur autorisation écrite et celle d'une personne significative adulte étaient données. Les questionnaires étaient codifiés afin d'assurer la confidentialité des données recueillies. Chaque mère adolescente était informée qu'elle pouvait se désister de l'étude en tout temps sans craindre pour les services et les soins qu'elle ou son bébé était en droit de recevoir.

Le plan d'analyses statistiques

L'étude comporte un plan d'analyse descriptif pour dresser le profil socio-démographique des participantes et évaluer l'équivalence des deux groupes.

Dans un premier temps, les données furent analysées à l'aide de statistiques descriptives telle que les distributions de fréquence, mesure de tendance centrale (moyenne, mode, médiane) et de dispersion (étendue, variance, écart type) afin de déterminer le niveau de soutien obtenu à l'échelle de *soutien familial* de Dunst, Jenkins et Trivette (1994). Puis, afin de répondre aux hypothèses de recherche, les données furent analysées avec le Khi-deux de Pearson entre les deux groupes de mères adolescentes (test d'indépendance) et le Khi-deux de Cochran à 48 heures et à 3 mois (échantillon apparié).

Pour l'échelle de *Mon réseau social* de Guay et Lepage (1984), des statistiques descriptives (tableau de fréquence et histogramme) furent élaborées pour démontrer la structure du réseau social (famille, communauté et professionnel) des mères adolescentes et l'existence de relations conflictuelles au sein des relations. Le test de Khi-deux a permis de comparer les résultats entre les deux groupes de mères adolescentes (test d'indépendance) et aux deux temps de mesure (échantillon apparié).

Résultats

CHAPITRE IV

ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente l'analyse des résultats statistiques, la présentation des résultats et comprend trois sections. La première partie décrit l'analyse du suivi intensif et précoce. La deuxième présente la mesure de perception du soutien social et la structure du réseau social à 48 heures et à trois mois puis compare cette mesure entre les deux groupes de mères adolescentes. Aussi, la description de la composition du réseau social et l'existence des relations conflictuelles terminent cette section.

Le niveau de soutien social et la structure du réseau ont été mesurés à partir de deux échelles soit une adaptation du *FSS* (Family Support Scale) et la carte d'analyse *Mon réseau social* et soumis à des analyses descriptives (fréquences, moyennes, écarts-types et étendues). Le test du khi-deux est utilisé pour confirmer ou infirmer les hypothèses selon un seuil de signification $p < ,05$. Les résultats sont présentés globalement et de façon détaillée pour chaque échelle. Les résultats furent arrondis à deux décimales afin de permettre une présentation succincte. Pour tous les tableaux de l'étude, le N est égal à 10 pour chaque groupe de mères. Le terme GE correspond au groupe expérimental et GT à celui du groupe témoin.

Le suivi intensif et précoce

Le suivi intensif et précoce consiste à des rencontres hebdomadaires auprès de la mère et de son nouveau-né. Le suivi comprend une série de rencontres qui touchent plusieurs aspects dont la santé, la compétence parentale, le développement de l'enfant et l'actualisation du soutien. Seules les mères adolescentes du groupe expérimental ($N= 10$) ont bénéficié du suivi intensif et précoce. Au total, 97 suivis et 14 contacts téléphoniques furent dispensés par des infirmières ayant reçu une formation particulière (Tableau II). Seulement 8 rencontres furent annulées par les mères adolescentes. Selon

la compilation des résultats statistiques présentés par ordre décroissant en regard au suivi, les mères adolescentes ont bénéficié majoritairement d'un suivi avec une composante de santé ($M.= 10,40$, $Sd = 2,0$), de compétence parentale ($M.= 10,20$, $Sd = 2,0$), de développement de l'enfant ($M.= 9,20$, $Sd = 2,7$), de l'utilisation du soutien dans le réseau immédiat soit dans la famille et la communauté ($M.= 7,80$, $Sd = 3,2$) et de l'alimentation de l'enfant ($M.= 6,60$, $Sd = 4,6$). Les aspects relatifs au soutien socio-économique, au soutien psychosocial et à la nutrition montrent des résultats moindres que les aspects qui touchent la santé et développement de l'enfant ainsi que le soutien social.

En général, les mères adolescentes du groupe témoin ont reçu un suivi de l'infirmière en périnatalité de son secteur. Le suivi comprend une visite postnatale immédiate par une infirmière avec une composante de santé, d'alimentation de la mère et son enfant et de soutien social. Une possibilité de rencontre mensuelle au CLSC, soit en clinique post-natale, est disponible pendant la première année suivant l'accouchement.

Tableau II

Statistiques descriptives des composantes du suivi intensif et précoce selon les 8 catégories ($N=10$)

Catégorie	Moyenne (\pm S.d.)	Min.	Max.
Santé	10,40 (2,0)	6	12
Compétence parentale	10,20 (2,0)	6	12
Développement de l'enfant	9,20 (2,7)	5	12
Réseau social immédiat	7,80 (3,2)	3	12
Alimentation du bébé	6,60 (4,6)	0	12
Socioéconomique	2,90 (2,2)	0	7
Psychosociale	3,00 (2,9)	0	9
Nutrition	2,60 (2,1)	0	5

En regard des interventions relatives à l'utilisation du soutien par la mère adolescente (Tableau III), le nombre d'interventions de l'infirmière en lien avec le

réseau se concentre autour de l'aide disponible de la part : du partenaire ($M.= 2,90, S.d = 2,2$), de la mère de l'adolescente ($M.= 2,30, S.d = 2,9$), de la parenté ($M. = 2,10, S.d = 2,3$), des ami(e)s ($M. = 1,44, S.d = 1,9$) des groupes communautaires ($M. = 1,50, S.d = 2,1$) et des services de santé ($M.= 0,30, S.d = 0,5$).

Tableau III

Statistiques descriptives du nombre d'interventions faites par l'infirmière en regard de l'utilisation du soutien social

Catégorie	Moyenne (\pm S.d.)	Min.	Max.
Partenaire	2,90 (2,2)	0	6
G. mère	2,30 (2,9)	0	6
G. père	0	0	0
Parenté	2,10 (2,3)	0	7
Ami(e)s	1,44 (1,9)	0	6
Services de santé	0,30 (0,5)	0	1
Communautaire	1,50 (2,1)	0	4

Le soutien social et le réseau

Les résultats relatifs à la perception du soutien disponible et du réseau social sont présentés en deux sections. Chaque section comprend des tests de comparaison entre les résultats obtenus à 48 heures avec ceux obtenus trois mois plus tard (échantillon apparié) et entre les deux groupes (test d'indépendance) à chaque temps de mesure. Auparavant les statistiques descriptives en termes de fréquence, de degré de liberté et de seuil de signification (p) sont présentées. Pour faciliter la présentation, l'expression du T 1 sera utilisée pour identifier les résultats obtenus pendant la période postnatale immédiate (48 heures). L'expression T 2 correspond à ceux calculés trois mois plus tard.

Le soutien social

La mesure du soutien social évalue le niveau de soutien reçu tel que perçu par la mère adolescente. Les statistiques comparatives à partir du Khi-deux, le degré de liberté (df) et la valeur du p obtenu selon le niveau de soutien figurent au Tableau IV pour les deux groupes de mères ; tandis que les statistiques comparatives à chaque énoncé sont montrées au Tableau V pour chaque temps de mesure et au Tableau VI entre les deux temps de mesure. Les résultats détaillés du soutien social en termes de statistiques descriptives (valeurs brutes, minimales et maximales) sont présentés à l'Appendice G. Pour chacun des groupes, les valeurs sont présentées pour l'échelle de soutien familial comme suit; *soutien nuisible* (1), *pas du tout aidé* (2), *moyennement aidé* (3), *très aidé* (4), *aide disponible mais pas demandé* (5) et *ne s'applique pas* (6). Le test du Khi-deux a été utilisé de préférence au *T-test*. En fait, le score de plusieurs énoncés ne pouvait pas être calculé en raison qu'un trop grand nombre de réponses de la catégorie *ne s'applique pas* rendant ainsi impossible le calcul des moyennes et des écart-types. Le calcul des proportions a été effectué à partir des valeurs accordées par chaque mère adolescente pour le soutien perçu et cela en fonction des 20 énoncés de l'échelle de soutien. L'échelle est donc utilisée sous forme nominale et les résultats varient entre 0 et 6. Le calcul effectué permet de comparer les résultats entre les groupes de mères et entre les deux temps de mesure pour chacun des groupes.

Les résultats du soutien social

Afin de répondre à la première hypothèse de recherche, des analyses statistiques (moyenne, écart type, étendue) ont été effectuées afin de comparer la répartition des réponses et de déterminer l'existence d'une différence de proportions entre les deux groupes (Tableau IV).

Tableau IV

Comparaison de la mesure du soutien social obtenu entre les deux groupes de mères adolescentes ($N=10$)

Énoncés	Témoïn		Expérimental	
	moy (\pm s.d) Temps 1	moy (\pm s.d) Temps 2	moy (\pm s.d) Temps 1	moy (\pm s.d) Temps 2
Moyennement aidée	3,10(1,37)	3,50(1,51)	3,20(0,99)	3,30(1,89)
Très aidée	4,10(1,91)	3,50 (1,90)	2,90(2,23)	3,20(1,69)
Total	7,20(1,23)	7,00(2,05)	6,40(2,17)	6,10(3,07)

F cal. = 208,4

Les résultats obtenus à l'aide du test du Khi-deux de Pearson pour échantillons indépendants infirme la partie de l'hypothèse relative au soutien, c'est-à-dire qu'il existe une différence significative ($p < ,05$) entre les deux groupes de mères adolescentes au niveau du soutien social perçu après l'intervention. Le résultat moyen du soutien social des mères du GE au T2 est de 6,10 (\pm 3,07). Comparativement, les mères du GT ont obtenus un résultat moyen de 7,20 (\pm 1,23). Autrement dit, les mères ayant reçu un suivi intensif et précoce ne perçoivent pas plus de soutien familial et communautaire que celles n'ayant pas reçu le suivi.

Afin de répondre à la deuxième hypothèse de recherche en regard au soutien, des analyses Khi-deux de Cochran pour échantillon apparié ont été effectuées afin de déterminer l'existence d'une différence entre les deux temps pour le GE. Au départ, le résultat des mères du GE est de 6,40 (\pm 2,17) comparativement à 7,20 (\pm 1,23) pour le GT. Au T2, les mères du GE ont obtenu un résultat de 6,10 (\pm 3,07) comparativement à

7,00 ($\pm 2,05$) pour celui des mères du GT. Les résultats obtenus infirment l'hypothèse qu'il existe une différence significative entre les deux temps pour le groupe de mères adolescentes ayant reçu le suivi intensif et précoce. En définitive, en ce qui a trait à la perception du soutien social, il n'existe pas de différence significative pour le groupe de mères adolescentes ayant reçu le suivi intensif et précoce pendant la période postnatale 0-3 mois. La figure 5 montre les résultats descriptifs (%) du soutien social aux deux temps de mesure pour les deux groupes de mères adolescentes, tandis que les résultats bruts figurent en Appendice (G).

Globalement, les résultats (fréq. rel.) du soutien social c.-à-d. moyennement aidé et très aidé tel qu'illustrés à la figure 5, montrent que les mères du GE perçoivent plus le soutien au T 1 comparativement au T 2 (32,5% vs 30,5%). Tandis que les mères du GT ont des résultats similaires aux deux temps (35,5%). Les résultats en regard de la comparaison entre les deux groupes montrent que les mères du GE perçoivent moins de soutien social au T1 que les mères du GT (32,5 % vs 35,5%). Au T2, les mères du GE perçoivent toujours moins de soutien que les mères du GT (30,5% vs 35,5%). En ce qui a trait au soutien *disponible mais pas demandé*, une mère du GE indique au T2 qu'elle aurait pu recevoir de l'aide de ses parents mais ceux-ci étaient partis en Haïti. Tandis que pour le GT le soutien disponible non utilisé diminue au T2. Les principales sources de soutien non utilisées concernent les parrains et marraines, la famille d'accueil ou la parenté, les voisin(e)s puis des parents du mari et les copines de l'école ainsi que les groupes communautaires. Au temps 2, les sources concernent les parents du mari/ami, la famille du mari, les ami(e)s, les ami(e)s du mari, la famille d'accueil, les copines de l'école, les voisin(e)s et finalement les établissements de santé (voir Appendice G).

Plusieurs mères adolescentes ont indiqué la catégorie *ne s'applique pas*, c'est dire qu'elles ont identifié n'avoir pas de soutien parmi les 20 sources de soutien identifiées dans l'instrument de mesure. Les résultats montrent que pour le GE, le taux total passe de 53 % au T1 à 51 % au T2 comparativement à 49,5 % pour les deux temps

de mesure du GT. Cela représente plus de la moitié des mères adolescentes du GE et près de la moitié du GT.

L'analyse de chaque énoncé montre une différence significative au niveau du soutien perçu des parents ($p = ,0269$) au T2 entre les deux groupes de mères adolescentes (voir Tableau V). Cela confirme que les mères adolescentes perçoivent davantage le soutien de leurs parents comparativement aux autres sources de soutien.

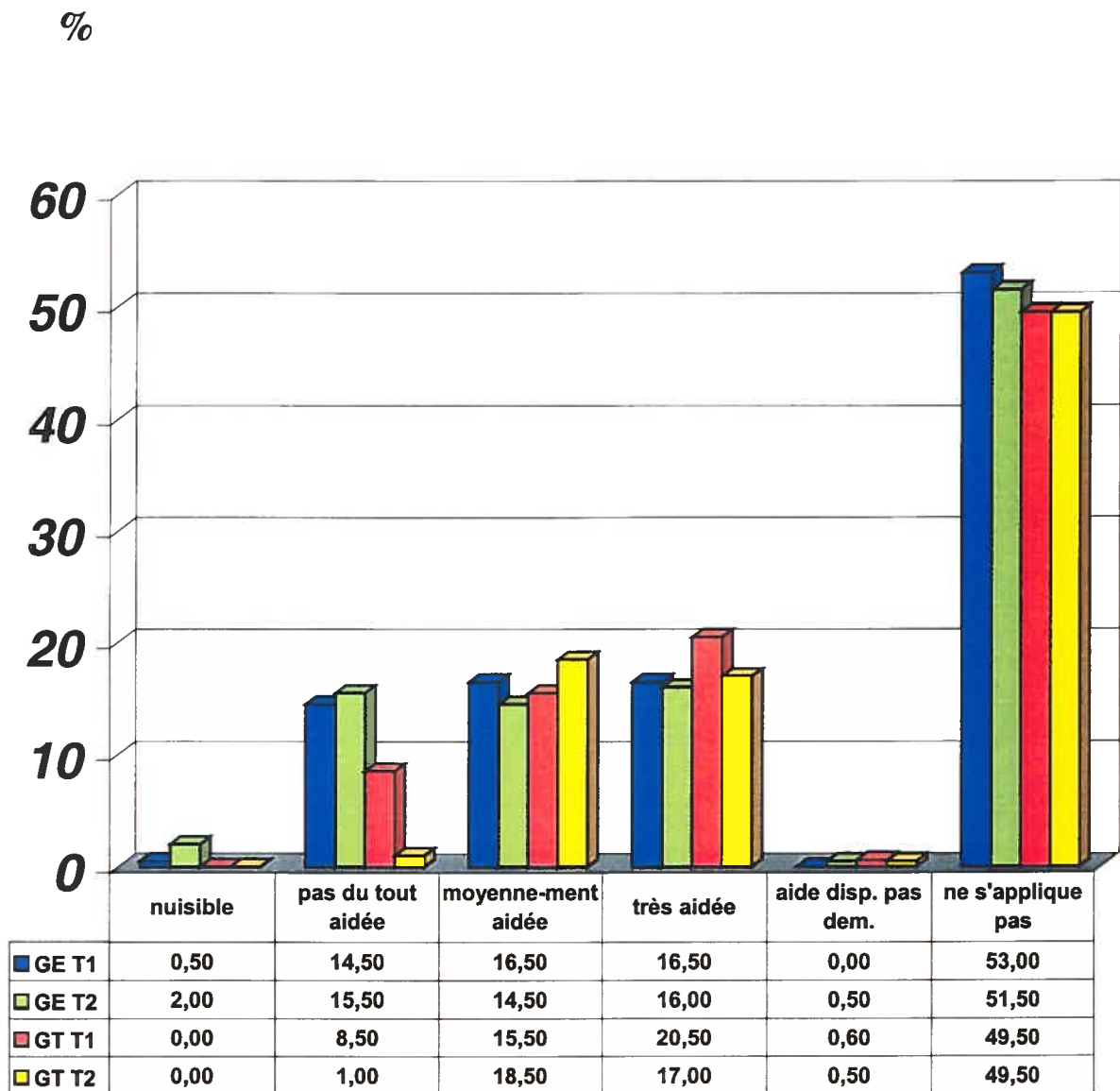


Figure 5. Statistiques descriptives du soutien social perçu par les mères adolescentes aux deux temps de mesure.

Tableau V

**Comparaison des résultats obtenus à l'échelle de soutien social à 48 heures (T1)
et à 3 mois (T2) entre les deux groupes de mères adolescentes**

Énoncés	T1		T2	
	X ² (dl)	p	X ² (dl)	p
Tes parents (mère ou père)	4,47(3)	0,2105	9,30(5)	0,0269 *
Les parents (mère ou père) de ton mari/ami (chum)	3,77(4)	0,6454	3,64(4)	0,6590
Ta famille (sœur, frère...)	2,47(3)	0,5908	1,50(3)	0,9182
La famille (sœur, frère) de ton mari/ami (chum)	4,20(4)	,4938	5,34(4)	0,3301
Ton mari/ami (chum)	1,74(3)	1	2,01(2)	0,4999
Tes ami(e)s	5,20(4)	0,2877	5,30(4)	0,2529
Les ami(e)s de ton mari/ami (chum)	4,41(3)	0,3141	2,23(3)	1
Ton parrain ou ta marraine	4,15(4)	0,4256	2,0(3)	0,6836
Tes voisin(e)s	4,00(4)	0,4213	2,41(4)	1
Ta famille d'accueil ou d'autres personnes de la parenté (tante/cousine, etc)	6,86(4)	0,1641	4,50(4)	0,4453
Tes collègues de travail	3,52(3)	0,2105	1,05(1)	1
Tes copains/copines de l'école	1,22(3)	1	2,01(3)	1
Les groupes communautaires ou sociaux (ex. centre de femmes, etc.)	2,20(2)	,4737	1,0(1)	1
Le prêtre/le pasteur/le rabin ou autres ministres spirituels	1,05(2)	1	1,51(2)	1
Ton médecin de famille	2,06(2)	0,5820	1,33(3)	1
Les professionnels comme les infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes, professeur(e)s	5,14(3)	0,2266	4,53(3)	0,3248
Les établissements de services professionnels comme le CLSC, l'hôpital, la DPJ.	4,68(3)	0,1880	2,95(4)	0,6893
Le père de ton enfant	3,05(3)	1	3,05(3)	1
La famille du père de ton enfant	3,05(3)	1	3,05(3)	1
Les ami(e)s du père de ton enfant	0(1)	1	1,05(1)	1

* p < ,05

Tableau VI

Comparaison des résultats obtenus à l'échelle du soutien social entre les deux temps pour chacun des groupes de mères adolescentes

Énoncés	Témoïn		Expérimental	
	X (dl)	p	X (dl)	p
Tes parents (mère ou père)	,37(1)	1	,09(1)	1
Les parents (mère ou père) de ton mari/ami (chum)	,02(1)	1	0(1)	1
Ta famille (sœur, frère...)	1,19(1)	0,3557	,07(1)	0,3557
La famille (sœur, frère) de ton mari/ami (chum)	,08(1)	0,8867	,06(1)	,8867
Ton mari/ami (chum)	,17(1)	0,8576	,88(1)	0,8576
Tes ami(e)s	,53(1)	0,5874	,11(1)	,5874
Les ami(e)s de ton mari/ami (chum)	1,62(1)	0,2935	,12(1)	0,2935
Ton parrain ou ta marraine	,02(1)	1	,77(1)	1
Tes voisin(e)s	,56(1)	0,5551	,32(1)	0,5551
Ta famille d'accueil ou d'autres personnes de la parenté (tante/cousine, etc)	,82(1)	0,4718	,08(1)	0,4718
Tes collègues de travail	0(1)	1	1,11(1)	1
Tes copains/copines de l'école	1,0(1)	0,4706	,49(1)	0,4706
Les groupes communautaires ou sociaux (ex. centre de femmes, etc.)	0(1)	1	2,11(1)	1
Le prêtre/le pasteur/le rabin ou autres ministres spirituels	,52(1)	0,7368	,20(1)	,7368
Ton médecin de famille	,85(1)	0,5310	1,10(1)	0,5310
Les professionnels comme les infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes, professeur(e)s	1,05(1)	0,4254	1,67(1)	0,4254
Les établissements de services professionnels comme le CLSC, l'hôpital, la DPJ.	,05(1)	1	,14(1)	1
Le père de ton enfant	0(1)	1	,10(1)	1
La famille du père de ton enfant	,04(1)	1	,01(1)	1
Les ami(e)s du père de ton enfant	0(1)	1	1,0(1)	1

* p <,05

La structure du réseau social

La deuxième partie des résultats concerne la structure du réseau social. Deux variables de la structure du réseau social ont été évaluées, soit la grandeur ou le nombre de personnes avec qui les mères adolescentes entretiennent des relations et la qualité de ces relations interpersonnelles. Les résultats obtenus à l'aide des tests du Khi-deux ont permis de répondre aux deux hypothèses de recherche, soit de comparer les résultats obtenus entre chaque groupe de mères au T2 et entre les deux temps de mesure pour le GE. Aussi, afin de mieux connaître les relations interpersonnelles des mères adolescentes, la composition du réseau est présentée selon les six catégories de relations de la carte : la famille, la parenté, les ami(e)s, les voisins, les services de santé et les groupes communautaires. La qualité des relations interpersonnelles en termes de relation harmonieuse et de conflit termine cette section.

Les résultats du réseau social

La carte d'analyse des réseaux sociaux (Guay & Lepage, 1984) fournit des données descriptives quant au nombre de personnes faisant partie du réseau social des mères. Ces personnes sont regroupées selon six catégories et selon leur degré d'intimité avec les mères adolescentes. Les mères adolescentes devaient indiquer uniquement les initiales de la personne dans la catégorie correspondante et les placer soit dans la sphère intime ou éloignée.

Le nombre moyen de personnes identifiées par les mères du GE au T2 est de 6,3 ($\pm 3,2$). Comparativement, les mères du GT au même temps ont identifié 6,7 ($\pm 3,4$) personnes. Les analyses statistiques ne décèlent pas de différence significative entre les deux groupes. Ces résultats infirment donc la première hypothèse en regard du réseau social des mères adolescentes ayant bénéficié du suivi intensif et précoce. Les résultats figurent aux Tableaux VII et VIII.

Les mères du GE ont obtenu un résultat moyen décroissant de 7 personnes au T1 comparativement à 6,3 au T2. De même, les mères du groupe témoin ont eu un résultat moindre, soit une moyenne de 7,3 au T1 et de 6,7 personnes au T2. On note une grande variation des étendues chez les mères des deux groupes avec des étendues de 8 et 7 pour le GE et GT respectivement. En d'autres mots, les mères adolescentes ayant reçu le suivi intensif et précoce pendant la période postnatale 0-3 mois n'ont pas plus de personnes qui oscillent autour d'elles en termes de réseau de soutien que les mères n'ayant pas reçu le suivi. En ce qui regarde l'équivalence des groupes, au point de départ (T1), les résultats sont similaires entre les deux groupes de mères. Le nombre moyen de membres dans le réseau des mères du GE est de 7 ($\pm 1,1$) et celui des mères du GT est de 7,3 ($\pm 2,9$). Les variations des résultats est plus grande pour les mères du GT que pour celles de GE, soit respectivement une étendue de 10 vs 3.

La figure 6 montre les résultats descriptifs (%) de la structure du réseau social aux deux temps de mesure pour les deux groupes de mères adolescentes, tandis que les données brutes figurent à l'Appendice G. Plus spécifiquement pour les deux groupes de mères, il ressort que la catégorie de la famille proche (père, mère, conjoint, fratrie et enfant) représente la proportion la plus élevée de l'ensemble du réseau des mères adolescentes, soit 55 %. Vient ensuite la catégorie de la parenté tel que les oncles, les tantes, les cousin(e)s, les grand parents dans une proportion d'environ 25 %. Bien que ces deux catégories totalisent les trois quarts des ressources des mères adolescentes en termes de densité et de grandeur, on remarque que la présence de la famille diminue d'environ 10 % au temps 2 pour les deux groupes. Toutefois pour la catégorie de la parenté, le taux passe à 30% pour le GT mais demeure similaire pour le GE (27,5% vs 26%). En troisième lieu se retrouve la catégorie des ami(e)s mais dans une plus faible proportion; le taux augmente au temps 2 et ce, pour les deux groupes : (GT= 8 % vs 10 %) et (GE = 10 % vs 13 %). Pour ce qui est de la catégorie des voisin(e)s, le taux stagne à 4% pour le GT et diminue au T2 pour le GE, 4,3% vs 3%. En regard aux services de santé, le GE, ayant reçu le suivi intensif et précoce obtient un taux plus élevé au T2, soit de 14 % vs 2,8 % au T1; tandis que la proportion diminue au T2 pour le GT

passant de 10 % à 7 % . Les groupes communautaires sont uniquement identifiés par les mères adolescentes du groupe GE mais dans une très faible proportion : 0% au T1 à 1,5% au T2.

En ce qui concerne l'intimité dans les relations interpersonnelles (Figures 7 et 8), on constate que pour les deux groupes, l'ensemble des relations interpersonnelles se situent dans la sphère interne. Au niveau de la sphère éloignée, les mères du GT identifient 2 personnes qui figurent dans la catégorie de la parenté au T1; puis au T2 ces même personnes ne font plus partie du réseau social . Au T2, c'est une personne du réseau de la santé qui se retrouve parmi les relations moins intimes. Pour le GE, les résultats montrent que le plus grand nombre de personnes identifiées dans la sphère éloignée proviennent de la catégorie la plus nombreuse, soit la famille. Aussi, les mères ont indiqué une personne dans les catégories suivantes dont la parenté, les voisin(e)s et les services de santé. Au T2, seule une mère a noté son père dans la catégorie de la famille. Il faut remarqué que toutes les personnes qui faisaient partie de la sphère éloignée ne s'y retrouvent plus au T2. C'est donc dire que les mères adolescentes reconnaissent ne pas créer de rapprochement avec les personnes avec qui elles entretiennent des relations interpersonnelles.

Tableau VII
Statistiques descriptives de la composition du réseau social selon les six catégories de relations

Catégorie	Groupe expérimental									
	Sphère intime		Sphère éloignée				Total		Min.	Max
	Moy. (\pm sd)		Moy. (\pm sd)							
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2		
Famille	3,50(1,90)	2,66(1,74)	,30(0,48)	,10(,32)	3,80(1,62)	2,70(1,49)			1/1	7/5
Parenté	1,80(1,55)	1,40(1,81)	,10(0,32)	,30(,32)	1,90(1,52)	1,70(1,77)			0/0	4/5
Ami(e)s	0,70(1,06)	,80(1,64)	--	-	,70(1,06)	,80(1,55)			0/0	3/5
Voisins	0,20(0,63)	,10(0,33)	,10(0,32)	,10(,32)	,30(0,67)	,20(0,42)			0/0	2/1
Services santé	,10(0,32)	,80(1,09)	,10(0,32)	,10(,32)	,20(0,63)	,90(1,10)			0/0	2/3
Communautaire	0	,10(,33)	-	-	0	,10(,32)			0/0	0/1
Total	6,30 (1,6)	5,70 (3,1)	,60 (1)	,60(,10)	7,0(1,1)	6,30 (3,2)			5/2	9/10

Tableau VIII
 Statistiques descriptives de la composition du réseau social selon les six catégories de relations

Catégorie	Groupe témoin						Total	Min.	Max
	Sphère intime		Sphère éloignée		Total				
	Moy. (\pm sd)		Moy. (\pm sd)						
	T1	T2	T1	T2	T1	T2			
Famille	4(1,41)	3(1,15)	-	-	4(1,41)	3(1,15)	1/0	5/5	
Parenté	1,60(1,84)	1,90(1,52)	,20(0,63)	,10(0,32)	1,80(2,10)	2(1,56)	0/0	6/4	
Ami(e)s	,60(0,52)	,70(1,16)	-	-	,60(0,52)	,70(1,16)	0/0	1/3	
Voisins	,30(0,67)	,30(0,95)	-	-	,30(0,67)	,30(0,95)	0/0	1/3	
Services santé	,50(0,97)	,60(1,07)	-	,10(0,32)	,50(0,97)	,70(1,06)	0/0	5/7	
Communautaire	,10(0,32)	0	-	-	,10(0,32)	0	0/0	1/0	
Total	7,10(2,9)	6,40(2,4)	,20(,63)	,20(,06)	7,30(2,9)	6,70(2,4)	2/3	12/10	

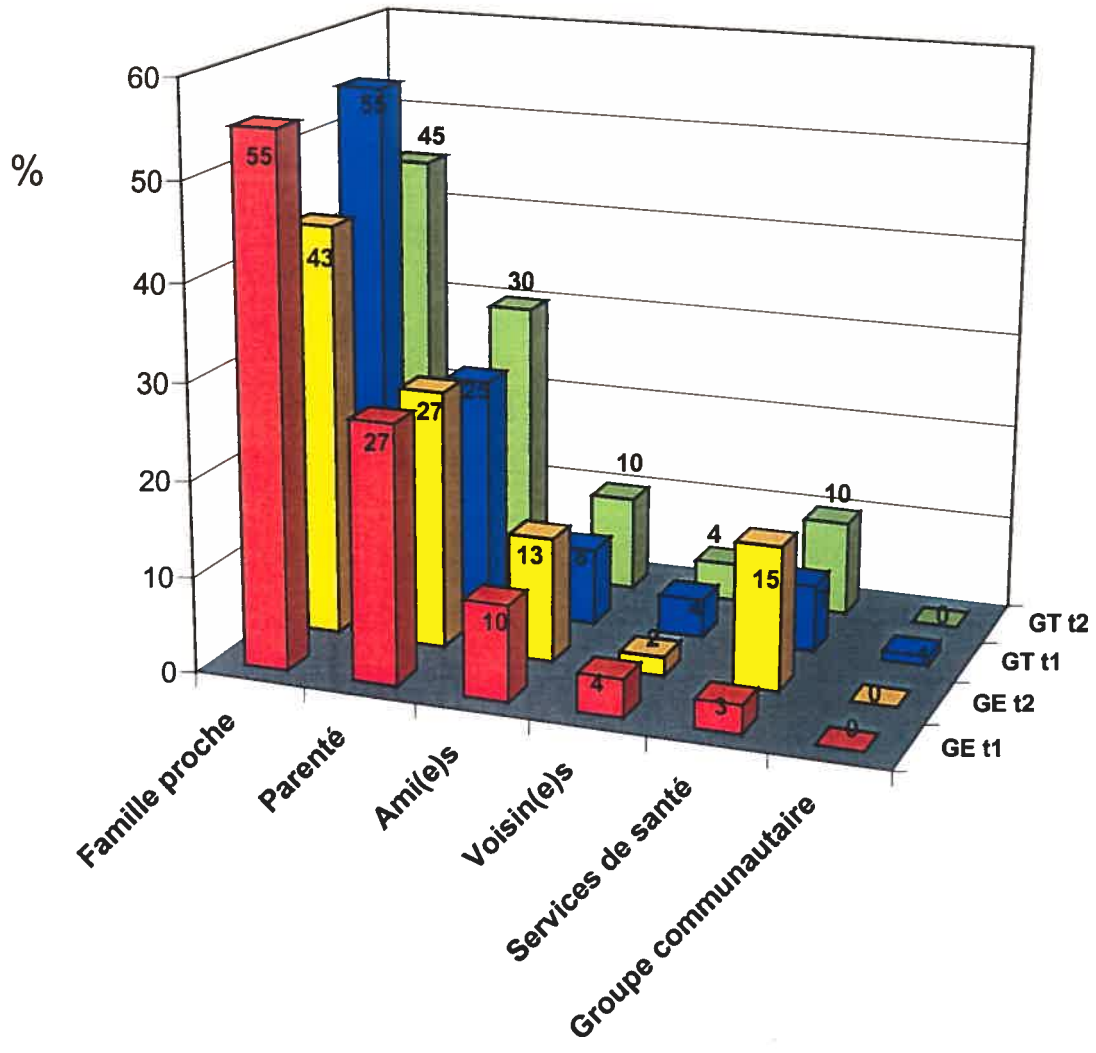
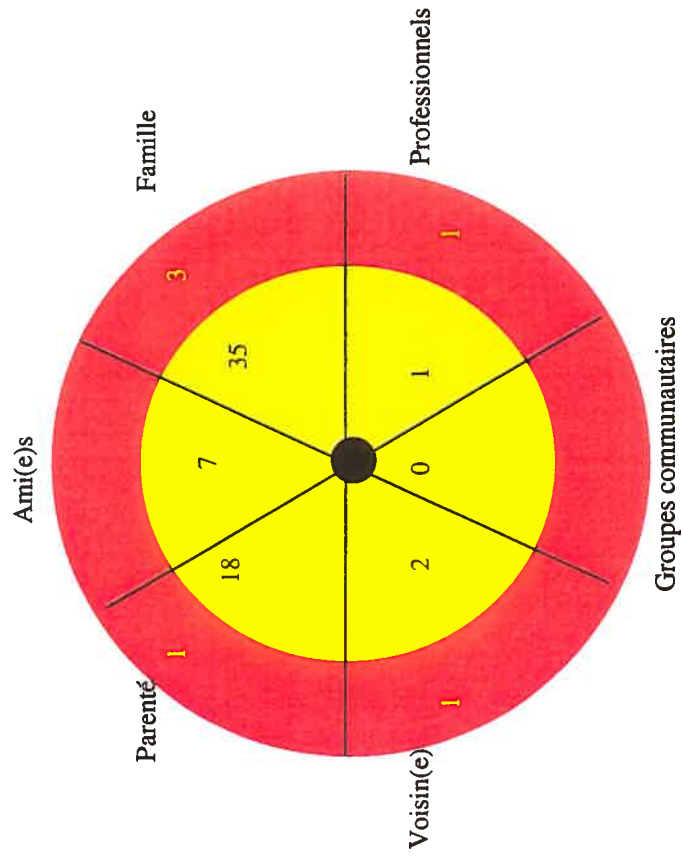


Figure 6 . Statistiques descriptives du réseau social des mères adolescentes.

Temps 1 n=69



Temps 2 n=64

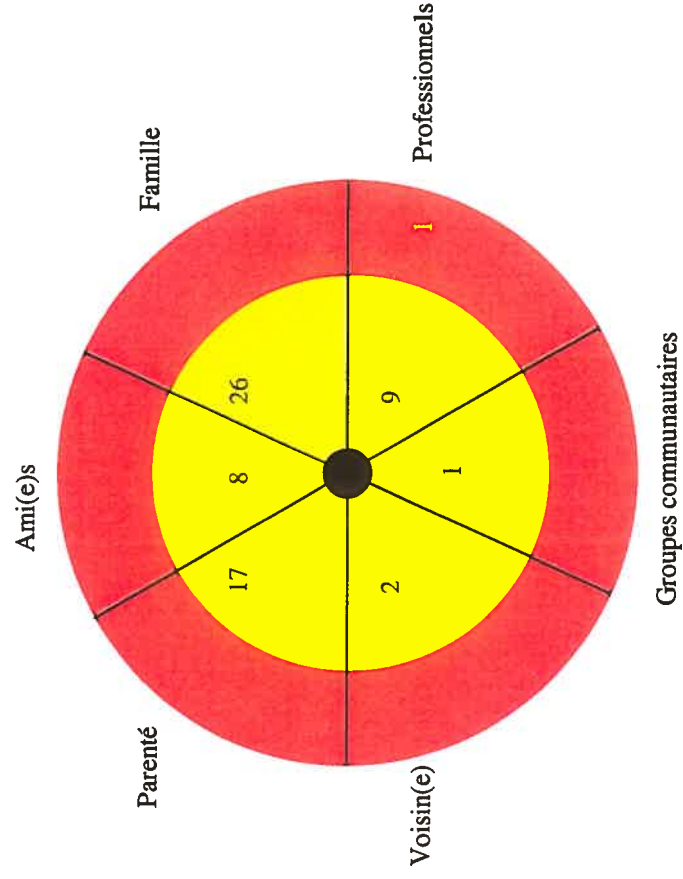
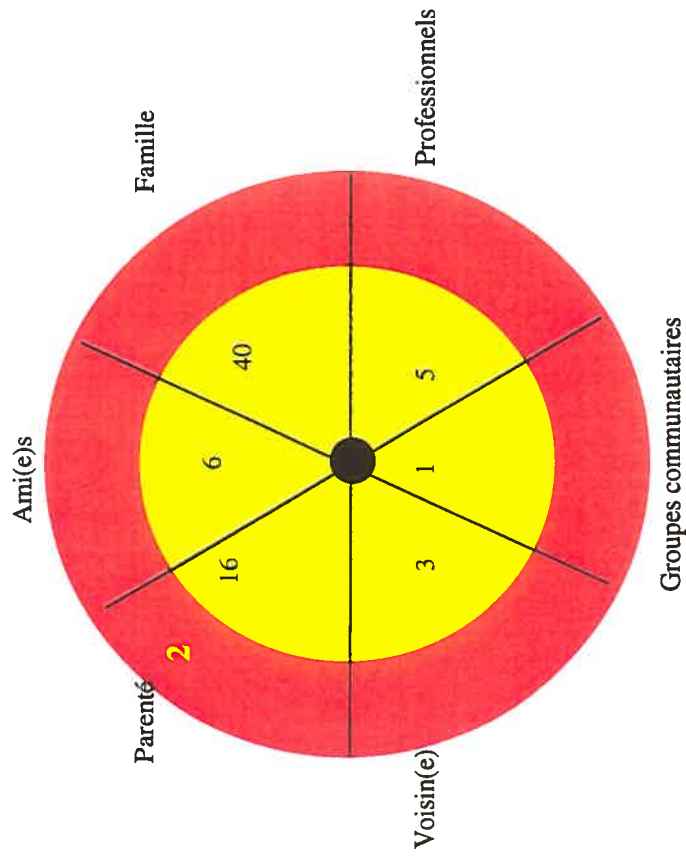


Figure 7 . Statistiques descriptives du réseau social des mères adolescentes selon les six catégories (groupe expérimental).

Temps 1 n=72



Temps 2 n=67

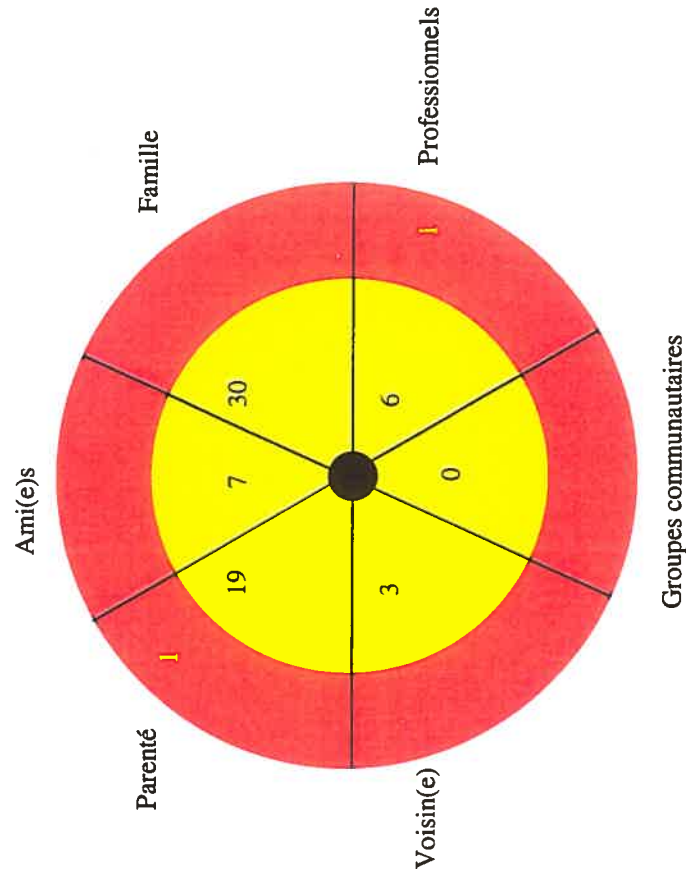


Figure 8 . Statistiques descriptives du réseau social des mères adolescentes selon les six catégories (groupe témoin)

Les résultats statistiques obtenus avec le Khi-deux de Pearson ont permis de comparer la différence de proportions entre les deux groupes. Les résultats figurent au Tableau IX et sont présentés selon chaque catégorie de relation.

Globalement, les résultats obtenus ne montrent aucune différence entre les groupes en ce qui a trait à l'utilisation des services de santé et des ressources communautaires à trois mois ($p = 1$).

Tableau IX

**Comparaison des résultats obtenus à l'échelle de réseau social
les deux groupes de mères**

Énoncés	48 heures		3 mois	
	X ² (dl)	p	X ² (dl)	p
	GE vs GT		GE vs GT	
Familial	6,28(5)	,2899	3,16(4)	,7099
Parenté	6,53(6)	,4867	4,62(4)	,4088
Ami(e)s	4,40(3)	,1698	7,07(4)	,1022
Voisins	,95(2)	1	3,05(2)	,4737
Services de santé	4,25(3)	,3344	,47(3)	1
Communautaire	1,05(1)	1	1,02(1)	1

Afin de comparer les différences entre les deux temps de mesure chez les mères adolescentes du groupe expérimental, des statistiques du Khi-deux de Cochran pour échantillon apparié ont été utilisées. Les résultats figurent au Tableau X. Globalement, il n'existe pas de différence significative ($p < ,05$) entre les deux temps de mesure pour les deux groupes.

Tableau X

**Comparaison des résultats obtenus à l'échelle de réseau social
au T1 et au T2**

Énoncés	GE		GT	
	X ² (dl)	p	X ² (dl)	p
Familial	2,42(1)	0,1318	2,45(1)	0,1396
Parenté	,07(1)	0,8925	,06(1)	0,9040
Ami(e)s	,02(1)	1	,06(1)	1
Voisins	,01(1)	1	0(1)	1
Services de santé	2,74(1)	0,1517	,20(1)	0,8375
Communautaire	1,10(1)	0,4737	1,0(1)	1

La composition du réseau social

La composition du réseau social permet d'identifier spécifiquement les personnes qui font partie du réseau social des mères adolescentes. Selon les résultats compilés pour le GE dans la catégorie famille, le conjoint/mari ou partenaire apparaît dans le réseau de toutes les participantes au temps 1; seule une participante ne l'a pas identifié au temps 2. À noter que trois mères ont identifié leur bébé au temps 1 puis, trois mois plus tard, ne l'inscrivent plus comme faisant partie de leur réseau social. En regard des ami(e)s, quatre mères identifient au moins une amie au temps 1 pour un total de sept ami(e)s puis seule une mère sur quatre possède cinq ami(e)s au temps 2 totalisant un nombre de huit. Concernant la catégorie des professionnels, une mère identifie deux personnes, soit l'infirmière et le médecin au T1 tandis qu'au T2 quatre mères identifient huit personnes soit : l'infirmière (4), le médecin (2) et les intervenantes (3) (auxiliaires familiales et autres intervenantes).

Pour le GT, dans la catégorie de la famille, la mère est identifiée par l'ensemble des mères adolescentes pour les deux temps. Seule une mère a nommé son bébé comme une personne significative au début mais ne l'inscrit plus à trois mois. En regard des ami(e)s, six mères identifient une amie au temps 1 puis seulement trois mères inscrivent sept ami(e)s au temps 2. Il est à noter que dans ce groupe, la moitié des mères perdent leurs ami(e)s avec le temps. Cependant pour d'autres, on remarque un accroissement de leur implication. Seule une mère fréquentait les groupes communautaires au début pour finalement ne plus l'inscrire trois mois plus tard. Cette mère faisait partie d'un centre d'accueil. Concernant les professionnels de la santé, trois mères identifient les éducatrices (3), la travailleuse sociale et l'infirmière au début pour un total de cinq personnes, tandis qu'au T2 quatre mères identifient sept personnes dont six infirmières et une travailleuse sociale.

La qualité des relations

La qualité des relations fut évaluée en termes de relations conflictuelles ou harmonieuses. Selon les données recueillies avec la carte d'Analyse du réseau (Guay & Lepage, 1987) on remarque que deux mères du GE notent des difficultés relationnelles, soit l'une avec son ex-conjoint et l'autre avec sa voisine. Les résultats montrent qu'au temps 2, ces deux personnes ne font plus partie de leur réseau. D'autre part, une mère indique avoir des conflits avec son père au temps 2 comparativement à l'absence de conflits au temps 1. Une seule mère du GT avait des difficultés relationnelles avec son frère au T 1 puis ce frère ne figure plus au sein de son réseau social au T2. En conclusion, des mères adolescentes semblent exclure de leur réseau les personnes avec qui elles entretiennent des difficultés relationnelles.

Analyse
et interprétation des résultats

CHAPITRE V

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre comprend l'analyse et l'interprétation des résultats selon le but de la recherche et le cadre conceptuel de l'étude. Quatre sections le divisent : l'implantation du suivi intensif et précoce, les caractéristiques socio-démographiques des deux échantillons à l'étude, la discussion des résultats obtenus pour la dimension du soutien social et finalement les dimensions structurelles du réseau social des mères adolescentes dont l'aspect quantitatif et qualitatif des relations interpersonnelles. Les limites de l'étude suivent l'analyse et l'interprétation des résultats. Finalement, des recommandations pour la profession et la recherche en sciences infirmières ainsi que la conclusion terminent ce chapitre.

Cette étude avait pour objectif de vérifier auprès d'un groupe de mères adolescentes, les effets du suivi intensif et précoce sur la structure et le niveau de soutien perçu de leur réseau familial et communautaire. Selon les résultats déjà présentés au chapitre précédent, aucune différence significative ($p < ,05$) n'a été décelée entre les deux groupes et entre les deux temps de mesure. Cette recherche remet donc en question dans un premier temps l'application d'un suivi intensif et précoce auprès des mères adolescentes. Toutefois, certaines dimensions de l'étude méritent d'être discutées afin de mettre en lumière les explications possibles de tels résultats.

Le suivi intensif et précoce

Comme le démontrent les résultats, le suivi intensif fut effectué à raison d'une fois semaine par des infirmières ayant reçu une formation spécifique. Il ressort que les mères adolescentes ont bénéficié principalement d'un suivi santé, de soutien au développement à la compétence parentale et d'information sur le développement du bébé pendant les trois premiers mois suivant l'accouchement. La période postnatale

immédiate suivant le congé précoce explique le suivi santé pour la mère et son enfant pendant les premières semaines.

Des commentaires émis par les infirmières lors des rencontres hebdomadaires contribuent à l'interprétation et l'explication des résultats :

<< Dans l'ensemble, les mères désirent obtenir de l'information concernant la santé et les soins du bébé afin d'acquérir de l'expérience et se sentir plus compétentes. Elles doivent *s'ajuster à la nouvelle expérience de la maternité et récupérer au niveau physique et émotif*. Dans un premier temps, elles ont besoin du soutien de leur famille pour acquérir des connaissances pour les soins du bébé et récupérer au niveau de la santé. Par la suite, les mères commencent à sortir avec leur enfant soit vers le deuxième et le troisième mois >>.

La période d'adaptation au rôle de mère et au nouveau-né implique d'avoir des connaissances sur le développement de l'enfant et d'acquérir une certaine compétence parentale. Les caractéristiques personnelles des mères adolescentes conjuguées à la phase expérientielle de la maternité expliquent la nature du suivi intensif fait par les infirmières. De nombreux écrits affirment que les mères adolescentes manquent de connaissances, qu'elles ont de faibles interactions avec leur enfant (Flanagan & al. 1994; Thompson & al. 1995) et qu'elles ont des difficultés à s'adapter à leur rôle de mère (Wayland & al. 1997). Dans le même ordre d'idée, Mercer (1980), Belsky (1984), Cornwell (1992), East et al. (1994) et Dukewich et al. (1996) ainsi que Flanagan et al. (1994) stipulent que les différents stades à l'acquisition du rôle maternel ont trait à l'adaptation aux modifications physiologiques, psychologiques et émotionnelles pour évoluer vers le développement cognitif de la mère puis la dimension du soutien social et finalement les caractéristiques du bébé. Ces résultats corroborent et expliquent la nature de l'intervention de l'infirmière axée sur la dimension de la santé, de la compétence et du développement de l'enfant.

D'autre part, concernant le soutien social, les résultats montrent que les infirmières ayant appliqué le programme ont abordé surtout le soutien familial

comparativement au soutien du réseau. Le soutien familial concerne surtout le partenaire, la mère de l'adolescente et la parenté. Ces résultats coïncident avec les écrits qui indiquent que les personnes qui sont disponibles auprès des mères adolescentes sont surtout le partenaire et sa mère (Roye & Balk, 1995,1996; Rein & al.,1997 ; SmithBattle,1996,1997).

Le profil socio-démographique

Les mères qui ont fait partie de l'étude sont majoritairement célibataires, sous-scolarisées et vivent en situation de pauvreté. La culture multiethnique les caractérise et plus particulièrement l'origine afro-américaine. Elles bénéficient d'un soutien financier du partenaire lorsque celui-ci travaille, de la famille et/ou de l'aide sociale. Les mères adolescentes ayant bénéficié du suivi sont légèrement plus âgées que celles n'ayant pas reçu le suivi spécifique. Six d'entre-elles vivent avec leur partenaire. Globalement, moins du tiers des jeunes mères vivent avec un partenaire ou le père de l'enfant.

La description de l'échantillon correspond à celle que l'on retrouve dans les écrits. Autrement dit, les milieux socio-économiques défavorisés caractérisent les mères adolescentes (Flanagan & al. 1994; Flynn, 1999; Luster & al., 1999; Pageau & coll., 1997 ; Voight & al., 1996). Selon les statistiques, la majorité des mères adolescentes sont âgées entre 18 et 20 ans (M.S.S.S., 2001). Les adolescentes qui ont participé à l'étude correspondent à ce profil. En regard des origines multiethniques, ici aussi on retrouve les mêmes caractéristiques représentatives de cette population malgré le petit nombre de participantes. Elles proviennent de diverses ethnies : Haïtienne, Québécoise et Hispanique. Ces résultats confirment les études de Bogat & al., 1998, Howell-Carter, 1998, Koniak-Griffin & al. 2000 et Voight & al., 1996 qui stipulent que les mères adolescentes sont issues de culture multiethnique. Le constat que les mères vivent sans le partenaire rejoint les résultats de Cournoyer (1995) qui stipule que

plusieurs mères adolescentes préfèrent vivre la maternité en célibataires et disent ne pas désirer la présence ou la cohabitation du père de leur enfant.

Le soutien social

La discussion en regard au soutien social est abordée de façon séquentielle selon la présentation des résultats du chapitre précédent. Les résultats sont discutés selon les deux hypothèses de recherche formulées et le cadre conceptuel à l'étude en comparaison avec les autres recherches déjà existantes.

Globalement, les résultats obtenus à l'échelle de soutien social montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes et entre les deux temps de mesure. Ces résultats sont en contradiction avec ceux d'Heinicke et ses collaborateurs (1999) qui indiquent une augmentation du soutien perçu par les mères adolescentes après l'intervention ou l'application d'un programme. Certes, la durée d'application de leur programme est de quatre fois supérieure à celle du présent projet pilote. De plus, les études de Heinicke et al. et de McDonald Culp et al., (1998) montrent aussi un résultat significatif avec un nombre de mères adolescentes supérieur, soit de 30 pour chaque groupe. Pour cette recherche, les explications possibles résident dans le faible taux de participantes dans chacun des groupes ($N = 10$) et la durée limitée du suivi postnatal (0-3 mois). La petite taille de chaque groupe ne permet pas d'obtenir des résultats significatifs tels que mentionnés dans les écrits qui permettent de généraliser les résultats. Toutefois, même si les résultats ne sont pas significativement différents, une discussion émane de cette recherche.

Avec le temps, on constate que les mères adolescentes qui ont reçu le suivi intensif et précoce perçoivent moins le soutien comparativement aux mères n'ayant pas bénéficié du suivi. Aussi, à trois mois, les mères adolescentes du groupe expérimental perçoivent le soutien comme nuisible tandis que les autres mères du groupe témoin n'en font pas mention. D'ailleurs, à trois mois, le soutien nuisible concerne le soutien du

père et de sa famille lorsque celui-ci n'est pas le conjoint actuel, des copines de l'école et des parents des mères.

Les mères adolescentes des deux groupes reconnaissent le soutien disponible mais elles avouent ne pas en faire la demande. Toutefois, les mères ayant bénéficié du suivi reconnaissent davantage l'existence des différentes sources de soutien qui peuvent s'appliquer si elles en faisaient la demande. En somme, le développement inachevé des mères adolescentes les empêche de voir le soutien disponible mais une intervention adaptée par une intervenante privilégiée semble favoriser la perception positive du soutien en termes de densité et de disponibilité pendant la période postnatale. Aussi, les mères adolescentes du groupe témoin vivent davantage avec leur famille ou en centre d'accueil. Pour être plus clair, les sources d'aide sont probablement plus nombreuses au sein des familles donc la perception d'obtenir du soutien peut être supérieure chez ces mères lorsqu'on les compare aux mères du groupe expérimental qui vivent uniquement avec leur partenaire.

Ces résultats confirment ceux de Panzarine et al., (1995) et d'O' Callagan et al., (1999) qui stipulent que les mères adolescentes peuvent avoir une perception négative du soutien si elles vivent du stress et/ou présentent des symptômes dépressifs. D'autre part, Bogat et al., (1998) ajoutent qu'un soutien considéré comme nuisible engendre du stress. Ce constat est réitéré par O'Callagan et al. qui corroborent l'importance de considérer les symptômes dépressifs comme facteur d'influence à la perception du soutien. À noter que dans cette étude, la dimension de stress et symptômes de dépression n'ont pas fait l'objet de vérification.

Dans une autre perspective, Klein (1998) postule que les relations interpersonnelles et l'isolement des adolescentes varient en fonction de leurs caractéristiques personnelles. Une explication possible de ces résultats réside dans le développement personnel de chaque mère adolescente. Ces mères adolescentes doivent développer leur maturité physiologique, psychologique et sociale en termes d'habiletés

dans leurs relations interpersonnelles ce qui nuit à la perception positive du soutien (Waley & Wong, 1999). D'autre part, la perception adéquate du soutien influence l'utilisation optimale de l'aide disponible (O'Callagan, Borkowski, Whitman, Maxwell, & Keogh, 1999). En somme, la perception du soutien varie selon le stade de développement de l'adolescence et selon la période d'adaptation au stress vécu pendant la période postnatale immédiate.

Les sources de soutien

La mesure utilisée pour évaluer le soutien donne également accès aux différentes sources de soutien. Pendant la période postnatale immédiate les mères adolescentes bénéficient majoritairement du soutien de leurs parents et/ ou de leur partenaire. En fait, les mères du groupe expérimental vivent surtout avec leur partenaire contrairement au groupe témoin qui vivent avec leur famille ou en centre d'accueil. Seule une mère du groupe expérimental indique le manque d'implication de son partenaire à trois mois.

Quelques recherches obtiennent des résultats similaires concernant la prédominance de la famille auprès des mères adolescentes dont la mère de l'adolescente pour le soutien au rôle maternel (McCullough & Schermen, 1991; Speiker & al., 1994 ; SmithBattle, 1996, 1997). D'ailleurs, le soutien de la mère de l'adolescente est positivement relié à la qualité de la relation mère-enfant (Voight & al., 1996). Sa présence diminue le risque potentiel d'abus envers l'enfant (Dukewich & al., 1996). En majorité, les adolescentes avouent avoir de l'aide en provenance de leur mère qu'elles considèrent significative (Bogat & al., 1998). En ce sens, la mère de l'adolescente constitue une ressource précieuse de soutien au sein de la famille pour favoriser l'adaptation au rôle parental.

D'autres recherches soulèvent les bienfaits de la présence du partenaire pour l'adaptation de la mère de la mère adolescente au rôle parental. Entre autres, la

présence du partenaire est reconnue pour son soutien émotif et instrumental (Seymore & al., 1990), son soutien psychologique (Roye & Balk, 1996), mais encore sa présence favoriserait l'estime de soi chez la mère adolescente (Deihl, 1997) et le développement de l'enfant (Luster & al., 1999). D'autre part, les écrits de Roye et Balk (1995) notent la possibilité d'un désintéressement du partenaire dans les années suivant l'accouchement et que les mères adolescentes perçoivent le manque d'implication du père de l'enfant (Rhein & al., 1997). À noter que dans cette étude, la majorité des partenaires sont présents auprès des mères adolescentes. Cronenwett, (1985) explique que la perception du soutien en regard des personnes disponibles varie selon la structure du réseau social des personnes. Gottlieb et Rowat (1987) révèlent que les mères adolescentes perçoivent davantage le soutien des personnes avec qui elles évoluent dans le milieu immédiat. Dans cette étude, on constate que les mères ayant reçu le suivi intensif se tournent vers le soutien du partenaire car trois d'entre-elles avouent ne pas avoir d'aide de leurs parents. Les résultats confirment l'étude de Bogat & al., (1998) qui précisent que les mères adolescentes préfèrent le soutien de leur mère mais qu'elles se tournent vers d'autres sources lorsque ce soutien n'est pas satisfaisant.

De toute évidence, le soutien des copines de l'école, des collègues de travail, des voisins et des groupes communautaires n'est guère perçu par les mères adolescentes. Cela s'explique en partie par l'arrêt de la scolarisation et du travail. D'autre part, lorsque présent, le soutien des ami(e)s est très bien perçu aux deux temps de mesure. Néanmoins, trois mères n'ayant pas bénéficié du suivi n'ont pas utilisé ce soutien même s'il était disponible après l'accouchement. Seules les mères du groupe témoin qui résident avec leurs parents, perçoivent du soutien en provenance du voisinage. Cela traduit probablement le fait que ces mères vivent avec leur famille d'origine laquelle a établi des liens avec les voisins.

Ces résultats rejoignent la définition du soutien de Weiss (1974) qui considère que les relations primaires s'établissent au sein de la famille tandis que les relations secondaires s'installent dans le milieu du travail, de l'école et du voisinage. En

référence au cadre de Cronenwett et Wilson (1981), on constate que les mères adolescentes des deux groupes vivent des modifications dans leurs relations interpersonnelles engendrées par l'arrêt de la scolarisation et/ou du travail. Ces mères perdent contact avec les copines de l'école et les collègues de travail. Cependant, certaines mères poursuivent leur relation avec les ami(e)s. La méta-analyse de Clemmens (2000) montre l'importance de la relation positive avec les ami(e)s qui favorise l'interaction mère-enfant. En fait, nos résultats montrent que quelques mères adolescentes perçoivent le soutien des ami(e)s et semblent développer des relations avec les ami(e) du conjoint/mari.

La majorité des mères adolescentes ne reconnaissent pas le soutien du médecin pendant la période postnatale immédiate. De plus, une mère appartenant au groupe de suivi indique qu'elle n'attend pas d'aide des professionnels et des établissements de santé. Une explication réside dans le fait que certaines mères n'ont probablement pas reçu d'aide professionnelle en période prénatale et qu'elles ne reconnaissent pas le soutien disponible des établissements de santé. En effet, quelques mères consultent tardivement le médecin et souvent elles ne connaissent pas les établissements de santé. Ces mères sont souvent référées au CLSC à partir des avis de naissance immédiatement après l'accouchement. D'autre part, toutes les mères du groupe témoin recrutées à partir du CH ont reçu de l'aide des services professionnels. Une explication possible de ces résultats s'appuie sur le fait que ces mères ont bénéficié d'un suivi prénatal à partir de la 32^e semaine avec l'infirmière et le médecin du CH mère-enfant. Néanmoins, suite à l'application du programme, les mères ayant bénéficié du suivi perçoivent davantage le soutien des infirmières comparativement aux mères n'ayant pas reçu de suivi intensif. Malheureusement, le soutien en provenance des groupes communautaires est peu perçu en raison de l'absence d'accompagnement vers ces ressources.

De façon générale, malgré l'absence de résultats significatifs, les résultats de l'étude portent à croire que malgré la diminution de la perception du soutien en général pour les raisons pré-citées, un suivi postnatal intensif et précoce favorise une meilleure

perception du soutien en provenance des services professionnels et des établissements de santé. En fait, malgré le nombre restreint de participantes pour cette étude, un échantillonnage plus grand pourrait mener à des résultats significatifs.

La structure du réseau social

Cette section présente la discussion des résultats en regard à la structure du réseau social selon les deux hypothèses de recherche. La discussion des résultats est présentée quantitativement en termes de nombre de personnes, d'étendue, de composition et de qualité des relations interpersonnelles.

Dans l'ensemble les résultats obtenus à l'échelle du réseau social montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes et entre les deux temps de mesure. En général, les résultats obtenus coïncident avec ceux de Panzarine et al., (1995) et d'O'Callagan et al., (1999) qui stipulent que les mères adolescentes ne consultent pas et n'utilisent pas le soutien dans le réseau de la santé et qu'elles ont besoin d'être accompagnée pour mieux comprendre et utiliser l'aide disponible dans leur entourage. Or, Smith Battle (1995,2000) affirment que si les mères ont les ressources disponibles dans le réseau social, elles ont la capacité de s'occuper de leur enfant.

La quantité des relations

Le nombre moyen de personnes qui figurent dans le réseau social des mères ayant bénéficié du suivi se maintient aux deux temps. En période postnatale immédiate, les résultats montrent peu de variation au niveau de l'étendue comparativement à trois mois, où l'étendue est plus large, signifiant que certaines mères de ce groupe vivent plus d'isolement avec le temps (3 mois). Aussi, le nombre total de personnes identifiées diminue légèrement pour ce groupe de mères.

Pour les mères qui n'ont pas bénéficié du suivi, on remarque une similitude dans les résultats entre les deux temps. La variation des données au niveau de l'étendue est similaire aux deux temps de mesure signifiant que le réseau de ces mères ne s'est pas élargi avec le temps. Pour les deux groupes, on constate une moyenne d'environ 6-7 personnes dans le réseau des mères adolescentes. Aussi, plus la période entourant la naissance du bébé évolue et plus le nombre de personnes diminue avec le temps.

Les données obtenues diffèrent de celles de Lavoie (1985) qui montrent une moyenne de 15 personnes dans le réseau des mères adolescentes entre 1 et 4 mois après l'accouchement. Aussi, l'étude de Colin et al. (1992) auprès de gestantes en milieu défavorisé (âge moyen \pm 25 ans) montre des résultats nettement supérieurs dont une moyenne de 12 personnes dans le cercle des gens fréquentés régulièrement. Cependant, Guimont (1992) constate une moyenne de 8 personnes dans le réseau social des gestantes adultes en provenance de milieu défavorisé (âge moyen \pm 25,9 ans). Tandis que Lepage, Vézina et Desrosiers (1990) dans leur étude auprès de mères âgées entre 18-40 ans remarquent un nombre moyen de 12 personnes un mois après l'accouchement et de 9 personnes deux mois plus tard. Donc, la période immédiate suivant l'accouchement correspond à l'intervalle où il y a plusieurs personnes autour des mères qu'elles soient adolescentes ou pas.

La composition du réseau social

Dans cette étude, les résultats recueillis en comparaison des deux groupes montrent qu'il n'existe pas de différence significative pour la catégorie de la famille. Cependant, une différence est notée entre les deux temps de mesure. À trois mois, on constate une diminution du nombre de personnes au niveau familial pour les deux groupes de mères. Outre quelques variations individuelles, la famille proche représente la proportion la plus importante de personnes en termes de densité et de grandeur auprès des mères adolescentes ; quelque soit son groupe d'appartenance, vient en second lieu, la parenté (Appendice G). Pour les deux groupes, toutes les mères adolescentes ont signifié avoir au moins une personne significative parmi les membres

de leur famille. Pour certaines, la famille représente presque la totalité de leur réseau et pour d'autres, c'est la parenté qui prédomine. Pour les mères ayant un réseau plus grand, le nombre de personnes dans la parenté représente approximativement 50 % des relations interpersonnelles. Pendant la période immédiate suivant l'accouchement, les mères du groupe expérimental identifient plus de personnes au sein de la parenté comparativement aux mères du groupe témoin ce qui peut s'expliquer par le fait que ces dernières résident dans leur famille d'origine dans une plus large proportion. Cependant, on constate une légère diminution avec le temps pour les mères ayant bénéficié du suivi intensif comparativement aux autres mères.

Ces résultats confirment les écrits de plusieurs auteurs qui font mention que la famille constitue une ressource primaire pour les mères. En regard aux sources principales de soutien, Roye & Balk, (1995) indiquent l'importance du partenaire pour favoriser le soutien psychologique et l'adaptation au rôle maternel. Mais encore, Deihl (1997) ajoute que le soutien du partenaire favorise l'estime de soi et la relation mère enfant. SmithBattle, (1996,1997) et Voight & al., (1996) stipulent que la présence de la grand-mère est une ressource précieuse au sein de la famille pour favoriser la relation mère-enfant. Bogat et al., (1998) ajoutent que malgré les effets positifs et conflictuels, la mère de l'adolescente demeure une personne ressource importante. Finalement Clemmens (2000), dans sa méta-analyse réalisée entre 1980 et 1999, affirme qu'il existe une relation positive significative entre le soutien de la famille et la qualité de la relation mère-enfant.

D'autres études ont rapporté l'importance du bébé pour les gestantes issues de milieu défavorisé (Colin & al. 1992 ; Guimont,1992). Ces résultats confirment les écrits qui attestent que les mères adolescentes qui décident de poursuivre leur grossesse et de devenir mère se donnent un rôle social et que ce bébé leur offre une occasion de donner et de recevoir de l'affection (Colin & al. ; Charbonneau,1999). À priori, le bébé semble représenter une source de soutien émotif pour ces mères. Cependant, ces mères ne

semblent pas percevoir leur enfant de la même façon avec le temps puisqu'elle n'en font pas mention à trois mois.

Toujours en lien avec le réseau, l'étude de Colin et al. (1992) auprès de mères adultes de milieu défavorisé (17-35 ans) rapportent que la moitié des membres de leur réseau proviennent de la famille et de la parenté. Suivent par ordre d'importance les ami(e)s, les professionnels, les voisin(e)s et finalement les groupes communautaires. Ce constat est réitéré par Guimont (1992) dans son étude auprès de gestantes adultes de milieux défavorisés (16-38 ans). Celle-ci rapporte que pour certaines femmes la parenté peut être inexistante et pour d'autres, elle représente la moitié de leur réseau.

En regard des ami(e)s, pour certaines mères adolescentes, même si la proportion des ami(e)s est faible, leur présence demeure constante et augmente avec le temps. Tandis que pour d'autres mères la présence des ami(e)s diminue avec le temps. Ces résultats confirment l'étude de Lavoie (1985) qui mentionne l'importance des membres de la famille et des ami(e)s dans le réseau des mères adolescentes. Aussi Guimont (1992) rapporte que peu de mères adultes entretiennent des relations avec les ami(e)s dans une proportion de quatre sur 22 mères au total (âge moyen = 25 ans). Tandis que l'étude de Colin et al., (1992) montre une moyenne de six ami(e)s pour les onze mères (âge moyen = 23 ans) faisant partie de l'étude.

En conclusion, les mères adolescentes sont toujours dépendantes de leur famille. Elles oscillent entre la famille et les ami(e)s (Waley & Wong, 1999). Le nombre d'ami(e)s varie selon leurs caractéristiques personnelles en termes d'âge et de capacité d'entretenir des relations interpersonnelles (Cronenwett & Wilson, 1981). En somme, la famille et les ami(e)s constituent une ressource précieuse pour le développement des mères adolescentes qui développent au même moment leur identité et leur maturité en tant que femme (Waley & Wong). Seules des mères du groupe témoin (3) entretiennent des relations avec les voisines. Ce sont les mères plus jeunes (17-18 ans) qui reconnaissent les voisines dans leur réseau social. Cela s'explique

probablement par le fait qu'elles demeurent chez leurs parents et par le biais de la famille, elles développent des liens étroits avec les voisin(e)s qui les ont vues grandir.

En regard des services de santé, bien qu'au départ, les mères du groupe témoin identifient plus de professionnels au sein de leur réseau de soutien, on note qu'au temps 2, les mères ayant bénéficié du suivi intensif sont celles dont le nombre de professionnels a le plus augmenté. Les mères ayant bénéficié du suivi ayant comme objectif de développer et d'utiliser les services considèrent le médecin et la diététiste du CLSC (projet OLO) immédiatement après l'accouchement. Suite au suivi, ces mères identifient l'infirmière, le médecin, la diététiste et une auxiliaire familiale. Donc, à trois mois, les mères ayant reçu le suivi intensif perçoivent les professionnels comme des sources d'aide. Finalement, ce personnel correspond à celui faisant partie du CLSC. Malheureusement, d'autres variations indiquent que certaines mères ne reconnaissent pas les professionnels comme des personnes significatives malgré l'intervention hebdomadaire des infirmières pendant trois mois. D'autre part, pour celles ayant identifié les professionnels, ceux-ci se retrouvent le plus souvent dans la sphère d'intimité de leur réseau. Ces résultats peuvent être interprétés par la relation de confiance établie entre l'infirmière et la mère adolescentes.

Nos résultats confirment ceux de Colin et al., (1992) qui expliquent que la relation de confiance doit être bien établie avec les professionnels afin que ceux-ci figurent parmi le réseau des mères adultes de milieu défavorisé. La crainte qu'éprouvent certaines mères de perdre la garde de leur enfant les empêche d'utiliser adéquatement les services d'aide des professionnels. D'ailleurs, dans son étude, Guimont (1992) note une sous utilisation des services professionnels chez les gestantes de milieu défavorisé. La transmission des valeurs familiales, soit la résistance face aux services des professionnels et des établissements de santé peuvent expliquer la sous utilisation des services professionnels.

La recherche auprès de mères adolescentes démontre la sous utilisation des services communautaires disponibles dans leur environnement. Cette étude réitère le constat de Guimont (1992) qui note que la clientèle défavorisée indique très peu de groupes communautaires parmi leur réseau social. Aussi, la nature du suivi infirmier axé sur le développement du réseau et l'utilisation du soutien à partir de la fin du deuxième mois explique probablement le manque d'utilisation des groupes communautaires. En fait, la période expérientielle reliée à l'adaptation au rôle parental les empêche d'utiliser les services communautaires disponibles dans leur réseau. Un accompagnement pendant la période prénatale et/ou pendant la période postnatale (3 mois et plus) pourrait contribuer à développer et utiliser le réseau communautaire.

La qualité des relations

La qualité des relations des mères adolescentes comprend les relations interpersonnelles intimes (sphère rapprochée) ou moins intimes (sphère éloignée) ainsi que les relations conflictuelles.

Globalement, pour les deux groupes de mères, le nombre de relations interpersonnelles dans la sphère rapprochée (intime) est plus élevé comparativement au nombre de personnes qui figurent dans le cercle éloigné (moins intime). Aussi, ces mères adolescentes indiquent avoir peu de relations moins intimes avec le temps. Au départ, on constate que les mères adolescentes bénéficiant du programme indiquaient avoir plus de relations dans la sphère moins intime (éloignée) que les autres mères immédiatement après l'accouchement. Cependant, suite à l'application du programme, seule une mère indique avoir une relation dans la sphère moins intime (éloignée).

Selon chaque catégorie, la plupart des relations interpersonnelles intimes (sphère rapprochée) se retrouvent dans la catégorie famille, la parenté et les ami(e)s pour les deux groupes de mères. D'autre part, les mères adolescentes indiquent que la plupart des relations moins intimes concernent surtout la famille et la parenté. Force de

constater que ces deux catégories constituent plus de la moitié des relations interpersonnelles pour les mères adolescentes. Nos résultats confirment ceux de plusieurs auteurs qui font mention que la plupart des relations intimes se retrouvent au sein de la catégorie famille et de la parenté pour la clientèle provenant de milieu défavorisé (Colin & al., 1992; Guimont, 1992).

D'autres mères ont indiqué les voisin(e)s et les professionnels dans une proportion moins grande. Cependant, il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats. En fait, l'effet du programme n'a pas suscité de rapprochement entre les mères adolescentes et les personnes faisant parties du cercle éloigné. Autrement dit, toutes les personnes qui figuraient dans les sphères moins intimes à la naissance ne font plus partie du réseau social trois mois plus tard.

Les analyses révèlent que peu de mères vivent des conflits au sein de leurs relations interpersonnelles. Dans les jours qui suivent la naissance de l'enfant, seul un frère est identifié par une mère n'ayant pas bénéficié du suivi tandis qu'un ex-conjoint et une voisine figurent dans le réseau des mères ayant reçu le suivi. À trois mois, une seule mère adolescente du groupe expérimental vit une relation conflictuelle avec son père. À noter toutefois que les personnes avec qui les mères avaient des relations conflictuelles au temps 1, ne sont plus identifiées dans le réseau social trois mois plus tard. En conclusion, les mères adolescentes ne semblent pas investir au niveau de la qualité des relations interpersonnelles puisque peu d'entre-elles notent une amélioration des relations. De plus, les mères adolescentes ne semblent pas vivre plus de conflits avec leur famille malgré que cette catégorie constitue l'ensemble de leur relation.

Dans son étude Barrera (1981) a constaté que les mères adolescentes avaient peu de relations conflictuelles dans leur réseau. Ces résultats réitérent ceux de l'étude de Panzarine et al. (1995) et d'O'Callagan et al., (1999) qui indiquent que les mères adolescentes ne sont pas à l'aise dans les relations interpersonnelles et qu'elles ont

besoin d'être accompagnées pour développer de nouvelles relations ou régler les conflits.

Les résultats diffèrent de ceux de Colin et al., (1992) et Guimont (1992) qui dans leur étude auprès de gestantes adultes défavorisées rapportent que les relations tendues figurent surtout au sein de la famille et de la belle famille. Belsky, (1984) explique que les caractéristiques personnelles de l'adolescente jouent un rôle important en ce qui a trait au maintien des relations. Or, cette étude montre que les mères adolescentes n'accordent pas d'importance aux personnes avec qui elles vivent des conflits ou qu'elles ne possèdent pas les habiletés pour conjuguer avec les relations conflictuelles. De plus, la venue du nouveau-né exige de développer et de s'adapter à un nouveau rôle. En fait, à court terme, la période expérientielle reliée au rôle de mère semble les empêcher d'investir leur énergie dans les relations interpersonnelles difficiles. Elles préfèrent couper les liens avec ses personnes.

Les limites de l'étude

Les limites de l'étude font partie intégrante des résultats de recherche. La sélection des participantes, l'intervention des infirmières ayant reçu une formation et la perte de sujets au cours de l'étude comportent des risques ainsi que la sensibilité des instruments de mesures adaptés pour les mères adolescentes.

L'échantillonnage de convenance implique une non randomisation du recrutement de la clientèle des mères adolescentes pour l'étude. Compte tenu du nombre restreint de mères adolescentes et de la non participation de plusieurs CLSC dans un contexte de pénurie d'infirmières et de période intensive de vaccination, l'échantillonnage de convenance s'avèrait être la méthode désignée pour cette étude.

Une deuxième limite correspond à la taille de l'échantillon qui est restreinte. Il est très difficile d'étudier les adolescentes et de faire en sorte qu'elles participent à une intervention de nature prolongée. Les caractéristiques des mères adolescentes attribuables au développement incomplet, à l'impulsivité et au manque de responsabilité risquent de compromettre le suivi intensif et l'atteinte des objectifs de l'étude. En effet, pour cette étude, le risque se situe au niveau de la perte des sujets au cours de l'étude ou du non respect des rendez-vous avec l'intervenante. Cette situation implique que l'intervenante doit disposer d'une grande souplesse pour s'assurer de rencontrer la mère adolescente à chaque semaine.

L'inéquivalence entre les deux groupes, la non randomisation, la petite taille de l'échantillon et ne permettent pas de détecter des différences bien que l'origine sociale des mères adolescentes soit différente. Il est donc impossible de généraliser les résultats de l'étude.

Enfin, les instruments de mesures doivent être très sensibles afin de pouvoir détecter des changements sur une courte période. Dans cette étude, la mesure effectuée avant et après l'application du suivi intensif permettait de vérifier les changements.

Recommandation pour la clinique

Les résultats de cette étude fournissent une information importante pour l'approche infirmière auprès des mères adolescentes en lien avec la perception du soutien, l'utilisation du soutien disponible et le développement du réseau social. À la lumière des résultats, on constate que dans l'ensemble les mères adolescentes perçoivent le soutien familial et que l'application du programme en période postnatale immédiate, permet aux mères adolescentes de GE de reconnaître davantage le soutien des professionnels comparativement au GT.

Cette étude permet d'émettre certaines recommandations en prévision d'améliorer les services en rapport au soutien social et à la structure du réseau social des mères adolescentes. La période prénatale et postnatale prolongée (3mois-1 an) seraient des moments propices au développement d'un réseau et à l'utilisation du soutien chez les mères adolescentes comparativement à la période postnatale immédiate. Pendant la période 0-3 mois, les mères adolescentes sont beaucoup plus centrées sur l'adaptation à leur rôle maternel tel que constaté dans l'étude.

Deux recommandations découlent de l'étude soit, la précocité du programme et la continuité. En fait, la précocité du programme comprend l'application du suivi spécifique pendant la période prénatale dès la 26^e semaine de grossesse pour les mères ayant été référé par leur médecin et dès la naissance du bébé pour les autres mères adolescentes suite aux avis de naissance expédiés aux CLSC. La continuité du service se réfère à l'application du programme de suivi intensif et précoce tel que conçu pendant la période postnatale immédiate qui s'échelonne pendant une période prolongée. Ainsi, l'application du programme sur une période longitudinale permettrait aux mères adolescentes d'utiliser le soutien disponible et de développer de nouvelles ressources dans leur réseau. De plus, un accompagnement à l'aide de personnes ressources tel que l'auxiliaire familiale ou une personne significative du secteur communautaire permettrait le développement personnel des mères adolescentes en termes de potentiel tout en utilisant le soutien disponible de leur réseau social.

La carte d'Analyse des réseaux sociaux représente un outil concret tout comme l'écocarte qui permet aux mères adolescentes de conscientiser les membres de leur réseau social. Cela fait référence non seulement au nombre de personnes ou organismes qui figurent au sein de leur réseau, mais aussi, à la nature des relations interpersonnelles en termes de qualité. Ce type d'intervention permettrait à l'infirmière d'aider les mères adolescentes à développer leur réseau et à améliorer la qualité des relations.

Recommandations pour la recherche

Cette étude avec groupe témoin s'est limitée à l'évaluation du soutien social et du réseau social pendant la période postnatale immédiate 0-3 mois chez les mères adolescentes. Il serait intéressant d'effectuer cette recherche de manière longitudinale, soit pendant la période prénatale et postnatale jusqu'à un an. L'évaluation du soutien à différents temps permettraient de comparer l'évolution des changements, tant dans la nature du soutien que dans la structure du réseau social des mères adolescentes. Idéalement, le nombre de mères adolescentes participantes à l'étude devrait être suffisant pour détecter un effet suite à l'application du programme ce qui n'était pas possible dans le cadre d'un projet pilote.

L'investigation de la perception du soutien social et de la structure du réseau doit se faire en considérant les effets de la dépression des mères adolescentes. Cela permettrait de vérifier si la possibilité d'une dépression chez les mères adolescentes influence la perception du soutien disponible et son utilisation.

Finalement, une recherche exploratoire de nature qualitative auprès des mères adolescentes consisterait à vérifier la signification de la présence à la fois du père et de la famille comme principales sources de soutien chez les mères adolescentes.

Conclusion

CONCLUSION

Les résultats de cette étude confirment le manque de soutien social auprès des mères adolescentes. Les résultats permettent aussi de conclure que les mères adolescentes ne perçoivent pas le soutien disponible et ne l'utilisent pas dans leur environnement. Seul le soutien professionnel est perçu suite au suivi intensif de l'infirmière. Or, il est reconnu que le soutien est une ressource importante pour l'adaptation au rôle parental pendant la période immédiate entourant la naissance d'un enfant.

Concernant la structure de leur réseau social, les mères adolescentes ont peu de personnes qui oscillent autour d'elles et leur réseau social diminue après la naissance de leur bébé. La famille proche représente la catégorie de personnes la plus importante ainsi que la parenté. La mère et le partenaire ainsi que leur enfant figurent parmi les personnes les plus significatives. Cependant, bien que la perception en regard à leur enfant est importante, celui-ci n'apparaît plus comme une source de soutien avec le temps. Dans l'ensemble, les mères adolescentes entretiennent des relations intimes avec les personnes qu'elles identifient dans leur réseau et éliminent les personnes avec lesquelles elles ont des conflits. Cependant, suite à l'application du programme, le soutien des professionnels s'avère être une piste de solution pour élargir les sources de soutien, utiliser le soutien et développer le réseau social pour finalement favoriser l'adaptation au rôle parental.

Références

Références

- Adams, D., Kocik, S. M. (1997). *Perinatal Social Work with Childbearing Adolescents. Fundamentals of perinatal social work; a guide for clinical practice.* The Haworth Press, inc.
- Allen, M. (1981). The health dimension in nursing practice : Notes on nursing in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 153-154.
- Barnet, B., Joffe, A., Duggan, A. K., Wilson, M. D., & Repke, J. T. (1996). Depressive symptoms, stress and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(1), 64-69.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assessment issues. In B Gottlieb (ed). *Social Network and Social Support.* (pp.69-96). Beverly Hills, Ca : Sage.
- Barratt, M. S., Roach, M. A. (1995). Early interactive processes: Parenting by adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 97-109.
- Beauregard, D., Piché, C., Ménard, M., & Tremblay, L. (1998). *Guide pour le suivi personnalisé des familles en période postnatale.* Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Beauregard, D., & Renaud, M. (2000). *Les guides périnataux pour le suivi des familles.* Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. Direction de la santé publique.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological approach. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting : A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bogat, G. A., Caldwell, R. A., Guzman, B., Galasso, L., & Davidson, W. S . (1998). Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescent. *Journal of Community Psychology*, 26(6), 549-568.
- Boudon, R., Besnard, P., Cherkaoui, M., & Lecuyer, B-P. (1999). *Dictionnaire de sociologie.* Paris.
- Burns, V. E. (1999). Factors influencing teenage mothers' participation in unprotected sex. *Journal of Gynecology Neonatal Nursing*, 28(5), 493-500.

- Cardinal Remete, F. (1999). *Grossesse à l'adolescence : Guide d'intervention pour un choix éclairé*. Sainte Foy : Éditions MultiMondes.
- Charbonneau, J. (1999). La maternité adolescente. *Réseau*, avril (1999), 1-9. Retrouvé le 04 juillet, 2000, site web : [Http://www.quebec.ca/bap/bap/mag_reseau/mag_99_04/dossier.html](http://www.quebec.ca/bap/bap/mag_reseau/mag_99_04/dossier.html).
- Clemmens, D. (2000). The relationship between social support and adolescent mother's interactions with their infants: A meta-analysis. *Journal of Gynecology Neonatal Nursing*, 30(4), 410-420.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence*. Montréal : 2e éd., Gaétan Morin.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G., & Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Canada : Les éditions St-Martin.
- Comité de la santé mentale du Québec. (1985). *La santé des enfants et des adolescents*. Gouvernement du Québec. Ministère des affaires sociales.
- Conseil de la famille. (1990). *État de famille : des politiques sociales en mutation*. Cahier no 2. Québec. Gouvernement du Québec.
- Conelly, C. D. (1998). Hopefulness, self-esteem, and perceived social support among pregnant and non pregnant adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 195-208.
- Cornwell, J. R. (1992). *Stressful life events, mother-infant interaction, and coping behaviors: factors discriminating among groups of young African-American mothers (young mothers)*. These de doctorat, University of Temple. Retrouvé le 30 avril, 2001, Web : <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/9302095>.
- Cosey, Edna J., Betchel, & Gregory A. (2001). Family social support and prenatal care among unmarried african american teenage primiparas. *Journal of Community Health Nursing*, 18(2), 107-114.
- Cournoyer, M. (1995). Maternité précoce : un passage inédit à l'âge adulte. *P.R.I.S.M.E.*, 5(2)(3), 266-287.
- Crockenberg, S. (1987). Support for adolescent mothers during the postnatal period: theory and research. In C. Boukydis (Ed.), *Research on support for parents and infants in the postnatal period* (pp. 3-23). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Cronenwett, L. R., Wilson, W. R. (1981). Stress, social support, and the transition to fatherhood. *Nursing Research*, 30, 196-201.

- Cronenwett, L. R. (1983). *Relationships among social network structure, perceived social support, and psychological outcomes of pregnancy*. Thèse de doctorat, Université du Michigan. (Université de Montréal, microfilm DA8314263)
- Cronenwett, L. R. (1985). Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. *Nursing Research*, 34(2), 93-99.
- Curry, M. A., Doyle, B. A., & Gilhooley, J. (1998). Abuse among pregnant adolescents : differences by developmental age. *Maternal Child Nursing*, 23(3), 144-150.
- Diehl, K. (1997). Adolescent mothers: what produces positive mother-infant interaction? *Maternal Child Nursing*, 22, 89-95.
- Drake, P. (1996). Addressing developmental needs of pregnant adolescents. *Journal of Gynecology Neonatal Nursing*, 25(6), 518-524.
- Ducharme, F., Stevens, Rowat, K. (1994). Social support and methodological issues for research in mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(4), 373-392.
- Dukewich, T. L., Borkowski, J. G., & Whitman, T. (1996). Adolescent mother and child abuse potential: an evaluation of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1031-1047.
- Dunst, C. J., Jenkins, V., & Trivette, C., M. (1994). Family support scale. Dans Dunst, C., J. Trivette, C., M., & Deal, A. *Enabling and Empowering Families*. (pp.155-157). Brookline Books. Cambridge, Massachusetts.
- Dunst, C. J. Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (1994). Measuring social support in families with young children with disabilities. Dans Dunst, C., J. Trivette, C., M., & Deal, A., G. *Supporting & Strengthening Families*. (pp.152-160). Brookline Books. Cambridge, Massachusetts.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity : Youth and crisis*. New York : W.W. Norton & Company.
- East, P. L., Matthews, K. L., & Felice, M. E. (1994). Qualities of adolescent mothers' parenting. *Journal of Adolescent Health*, 15(2), 163-168.
- Feeley, N., & Gottlieb, L. (2000). Nursing approaches for working with family strengths and ressources. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 9-24.
- Flager, S. (1988). Maternal role competence. *Western Journal of Nursing Research*, 10(3), 274-290.

- Flanagan, P. J., Coppa, D. F., Riggs, S., G., & Alario, A. J. (1994). Communication behaviors of infants of teen mothers. *Journal of Adolescent Health, 15*(2), 169-175.
- Flynn, L. (1999). The adolescent parenting program : improving outcomes through mentorship. *Public Health Nursing, 16*(3), 182-189.
- Frodi, A., Grolnick, W., Bridges, L., & Berko, J. (1990). Infant adolescent and adult mothers : two indices of socioemotional development. *Adolescence, 25*, 363-374.
- Giblin, P. T., Poland, M. L., Sachs, B. A. (1987). Effects of social supports on attitudes and health behaviors of pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health Care, 8*(3), 273-279.
- Giguère, V. (1998). *Les représentations de la compétence parentale de parents vivant en situation de grande pauvreté*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Gordon, C. P. (1996). Adolescents decision making : A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence, 31*(123), 561-581.
- Gottlieb, B. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviours. *Canadian Journal of Behavioural Sciences, 10*, 105-115.
- Gottlieb, L. & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing : A practice-derived model. *Advances in Nursing Science, 9*(4), 51-61.
- Goulet, C., Francoeur, D., Frappier, J-F., & Asselin C. (2000). *Le développement personnel et parental des mères adolescentes pour le mieux-être des enfants : un projet pilote de faisabilité*. Centre de recherche de l'Hôpital Ste-Justine.
- Goulet, C., Jacques, M., Marcil, I., & Kamdom, C. (2001). *Guide de suivi post-natal pour le développement des mères adolescentes et de leur bébé*. Université de Montréal.
- Guay, J., & Lepage, L. (1984). *Découvrir son réseau. Outil de formation élaboré pour des sessions sur le réseau*. Québec : Université Laval.
- Guimont, B. (1992). *Les relations interpersonnelles et le réseau social de femmes enceintes de milieu défavorisé*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Heinicke, C. M., Fineman, N. R., Ruth, G., Recchia, S. L., Guthrie, D., & Rodning, C. (1999). Relationship based intervention with at-risk mother: outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal, 20*(4), 349-374.

- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S., Cohen & Syme (eds). *Social Support and Health*, (pp.83-107). Orlando, FL: Academic Press.
- Howell-Carter, M., T. (1998). African-American adolescent mother: Living arrangement, social support and psychological functioning. Thèse de doctorat, Northwestern University, *Dissertation abstracts international*, 103. Retrouvé le 12 septembre, 2000, data (DAI-B 59/05).
- Jacobson, S., Frye, K. (1991). Effect of maternal social support on attachment : experimental evidence. *Child Development*, 62, 572-582.
- Julian, K. C. (1983). A comparaison of perceived and demonstrated maternal role competence of adolescent mothers. *Health Care of Women*, 4, 223-236.
- Kahn, R. L. (1979). Agin and social support. In M. Riley (ed), *Agind from birth to death: Interdisciplinary perspectives*. Boulder, co: Westview Press, 77-89.
- Kitzman, H., Yoos, H. L., Cole, R., Korfmacher, J., & Hanks, C. (1997). Prenatal and early childhood home-visitation program processes: a case illustration. *Journal of Community Psychology*, 25(1), 27-45.
- Klein, T. M. (1998). Adolescent pregnancy and loneliness. *Public Health Nursing*, 15(5), 338-347.
- Koniak-Griffin, D. (1993). Maternal role attainment. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 25(3), 257-262.
- Koniak-Griffin, D., Anderson, N. L. R., Verzemnieks, I., & Brecht, M., L. (2000). A public health nursing early intervention program for adolescent mothers : outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. *Nursing Research*, 49(3), 130-138.
- Langlois, R. (1998). *Le ``case management``: une pratique d' intervention novatrice pour les clientèles à problèmes multiples. La gestion de cas par un suivi systématique et coordonné*. Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal.
- Lavoie, H. (1985). *Les facteurs liés à l'adaptation des mères adolescentes et leur réseau de support social*. Mémoire de maîtrise inédit. École de psychologie, Université Laval, Québec.
- Le petit Larousse illustré. (2000) Dictionnaire illustré. Larousse, Paris.
- Lemare, P. (1997). Grossesse et maternité à l'adolescence... Être mère et enfant à la fois? *Revue de l'infirmière*, 30, 54-57.

- Léonard, N., Paul, D. (1996). Devenir parents. Les facteurs liés au sentiment de compétence. *L'infirmière du Québec*, 4(1), 38-46.
- Lepage, L., Vézina, L., & Desrosiers, M. (1990). *L'évolution du réseau de support social des parents au cours de la période entourant la naissance d'un enfant*. Rapport de recherche, Université Laval, Québec.
- Lesser, J., Anderson, N. L., R. & Koniak-Griffin, D. (1998). « Sometimes you don't feel ready to be an adult or a mom »: The experience of adolescent pregnancy. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 11(1), 7-16.
- Lesser, J., Koniak-Griffin, D., & Anderson, N. L. R. (1999). Depressed adolescent mother's perceptions of their own maternal role. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 131-149.
- Loignon, C. (1996). L'adolescence bousculée. *Naissance-Renaissance*, 1-11. 04 juillet, 2000, site web [Http://www.cam.org/rnr/adolescence.html](http://www.cam.org/rnr/adolescence.html).
- Luster, T., Perstadt, H., McKinney, M., Sims, K., & Juang, L. (1996). The effects of family support program and other factors on the home environments provided by adolescent mothers. *Family Relations*, 45, 255-264.
- Luster, T., Vandebelt, M. (1999). Caregiving by low-income adolescent mothers and the language abilities of their 30-month-old children. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 148-165.
- Marcelli, D. (1997). L'adolescence : une épreuve psychique particulière. Dans Michaud, P.-A., Alvin, P., Deschamps, J.-P. Frappier, J.-Y., Marcelli, D., & Tursz, A. *La santé de adolescents*. (pp. 44-54). Éditions Payot Lausanne. Les presses de l'université de Montréal.
- Massé, R. (1991). La conception populaire de la compétence parentale. *Apprentissage et socialisation*, 14(4), 279-290.
- McCullough, M., & Scherman, A. (1991). Adolescent pregnancy : contributing factors and strategies for prevention. *Adolescence*, 26, 809-816.
- McDonald Culp, A., Culp, R. E., Blankemeyer, M., & Passmark, L. (1998). Parent education home visitation program : adolescent and nonadolescent mother comparaison after six months of intervention. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 111-123
- Mercer, R., T. (1980). Teenage motherhood: the first year. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 9, 16-26.

- Mercer, R., T. (1985). « The process of maternal role attainment over the first year ». *Nursing Research*, 34(4), 198-204.
- Mercer., R., T., & Ferketich, S., L. (1995). Experienced and inexperienced mother's maternal competence during infancy. *Research in Nursing & Health*, 18, 333-343.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (août, 2001). *Accouchement et naissance. Santé et services sociaux du Québec*. Retrouvé le 11 août, 2001. Web : <HTTP://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index.htm>.
- Navaie-Waliser, M., Martin, S. L., Tessaro, I., Campbell, M. K., & Cross, A. W. (2000). Social support and psychological functioning among high-risk mothers: the impact of the baby love maternal outreach worker program. *Public Health Nursing*, 17(4), 280-291.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carreiri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, 264-269.
- O'Callagan, M. F., Borkowski, J. G., Whitman, T. L., Maxwell, S. E., & Keogh, D. (1999). A model of adolescent parenting: The rôle of cognitive readiness to parent. *Journal of Research on Adolescence*, 9(2), 203-225.
- Olds, S. (1997). Designing a care pathway for a maternity support service program in rural health department. *Public Health Nursing*, 14(6), 332-338.
- Osofsky, J. D., Eberhart-Wright, A. E. (1983). *Manual for six month mother-infant feeding observations*. Unpublished manuscript, The Menninger Foundation, Topeka, K.S.
- Osofsky, J. D., Eberhart-Wright, A. E., Ware, L. M., & Hann, D. M. (1992). Children of adolescent mothers: a group at risk for psychopathology. *Infant mental Health Journal*, 13(2), 119-130.
- Osofsky, J. D., Hann, D. M., & Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood: risks and opportunities for mothers and infants. Dans C. H. Zeanah, Jr. *Handbook of Infant Mental Health*. Newyork: Guilford Press., 106-119.
- Pageau, M., Ferland, M., Choinière, R., & Sauvageau, Y. (1997). *Indicateurs sociosanitaires : le Québec et ses régions*. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des Services sociaux.
- Panzarine, S., Slater, E., & Sharps, P. (1995). Coping, social support, and depressive symptoms in adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health*, 17(2), 113-119.

- Paquette, D., Zoccolillo, M., & Bigras, M. (1999). L'efficacité des interventions en foyers de groupe pour mères en difficulté d'adaptation. *Revue professionnelle « Défi jeunesse »*, 1-12. Retrouvé le 3 juillet, 2000, Web : <http://www.mtl.centresjeunesse.qc.ca>
- Patterson, D. L. (1997). Adolescent mothering: child-grandmother attachment. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4), 228-237.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New-York: International Universities Press.
- Pinoche, J. (1992). *Dictionnaire étymologique du français*. Montréal, Canada.
- Rhein, L. M., Ginsburg, K. R., Schwarz, D. F., Pinto-Martin, J. A., Zhao, H. Morgan, A., & Slap, G. B. (1997). Teen father participation in child rearing: Family perspectives. *Society for Adolescent Medicine*, 21(4), 244-252.
- Roye, C. F., & Balk, S. J. (1995). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children : A Review. *Journal of Adolescent Health*, 19(2), 86-93.
- Roye, C. F., & Balk, S. J. (1996). Evaluation of an intergenerational program for pregnant and parenting adolescents. *Maternal-Child Nursing Journal*, 24(1), 32-40.
- Ruchala, P., & James, D. C. (1997). Social support, knowledge of infant developpement, and maternal confidence among adolescent and adult mothers. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 26(6), 685-688.
- Schmit, G. (1997). L'adolescent, sa famille, la société. Dans Michaud, P.-A., Alvin, P., Deschamps, J.-P. Frappier, J.-Y., Marcelli, D., & Tursz, A. *La santé des adolescents*. (pp. 55-61). Éditions Payot Lausanne, Doin éditeurs-Paris : Les presses de l'Université de Montréal.
- Seymore, C., Frothingham, T. E., Macmillan, J., & Durant, R. (1990). Child development knowledge, childrearing attitudes, and social support among first-and second-time adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health Care*, 11(4), 343-350.
- Smith, C. E. Fernengel, K., Holcroft, C., Gerald & Marien, L. (1994). Meta-analyse of the associations between social support and health outcomes. *The Society of Behavioral Medicine*, 16(4), 352-362.
- SmithBattle, L. (1995). Teenage mothers' narratives of self : An examination of risking the future. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 22-36.

- SmithBattle, L. (1996). Intergenerational ethics of caring for adolescent mothers and their children. *Family Relations*, 45, 55-64.
- SmithBattle, L. (1997). Change and continuity in family caregiving practices with young mothers and their children. *Journal of Nursing Scholarship*, 29(2), 145-149.
- SmithBattle, L. (2000). Developing a caregiving tradition in opposition to one's past : lessons from a longitudinal study of teenage mothers. *Public Health Nursing*, 17(2), 85-93.
- Speiker, S. J., & Bensley, L., (1994). Role of living arrangement and grandmother support in adolescent mothering and infant attachment. *Developmental Psychology*, 30(1), 102-111.
- Stewart, M. J., Ellerton, M. L., Hart, G., Hirth, A., Mann, K., Meagher-Stewart, D., Ritchie, J., & Tomblin-Murphy, G. (1997). Insights from a nursing research program on social support. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29(3), 93-110.
- Stoiber, K. C., & Houghton, T. (1993). The relationship of adolescent mother's expectations, knowledge, and beliefs to their young children's coping behavior. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 61-79.
- Tarabulsy, G. M., Robitaille, J., Lacharité, C., Deslandes, J., & Coderre, R. (1998). L'intervention auprès de jeunes mères et de leur enfant : perspective de la théorie de l'attachement. *Criminologie xxxI*, 7-23.
- Theintz, G. (1997). Le développement pubertaire normal. Dans Michaud, P.-A., Alvin, P., Deschamps, J.-P. Frappier, J.-Y., Marcelli, D., & Tursz, A. *La santé des adolescents*. (pp. 25-43). Éditions Payot Lausanne, Doin éditeurs-Paris : Les presses de l'Université de Montréal.
- Trad, P. V. (1995). Mental health of adolescent mothers. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 34(2), 130-141.
- Thompson, P. J., Powell, M. J., Patterson, R. J., & Ellerbee, S. M. (1995). Adolescent parenting: Outcomes and maternal perceptions. *Journal of Obstetric, Gynecology, & Neonatal Nursing*, 24(8), 713-718.
- Unger, D. G., & Wandersman, L. P. (1985). Social support and adolescent mothers: action research contributions to theory and application. *Journal of Social Issues*, 41(1), 29-45.
- Unger, D. G., & Wandersman, L. P. (1988) The relation of family and partner support to the adjustment of adolescent mothers. *Child Development*, 59, 1056-1060.

- Voight, J. D., Hans, S. L., & Bernstein, V. J. (1996). Support networks of adolescent mothers: effects on parenting experience and behavior. *Infant Mental Health Journal*, 17(1), 58-73.
- Wadhera, S., & Millar, W.J. (1996). Issue de grossesses. *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, 8(1), 7-16.
- Wayland, J., & Rawlins, R. (1997). African teen mother's perceptions of parenting. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(1), 13-20.
- Weiss, R. (1974), The provisions of social relationships. In Z., Rubin (ed), *Doing to others (pp. 17-26)*. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Whaley, L. F., & Wong, D. L. (1999). *Nursing care of infants and children*. Sixth Edition. Mosby edition.
- Williams-Burgess, C., Vines, S. W., & Baumeister Ditulio, M. (1995). The Parent-Baby Venture Program: prevention of child abuse. *JCAPN*, 8(3),15-23.
- Williams, C., & Vines, S. W. (1999). Broken past, fragile future: personal stories of high-risk adolescent mothers. *Journal Society of Pediatric Nursing*, 4(1),15-22.

Bibliographie

- Alpers, R., R. (1991). The importance of the health education program environment for pregnant and parenting teens. *Public Health Nursing*, 15(2), 91-103.
- Arenson, J.(1994). Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(4), 251-257.
- Baranowski, M., D. Schilmoeller, G. L., & Higgins, B. S. (1990). Parenting attitudes of adolescent and older mothers. *Adolescence*, 25, 782-790.
- Barrerra, M., (1986). Distinctions between social support concepts measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Beaudoin, A., Turgeon O-Brien, H., Turcotte, D., & Damant, D. (2000). *Services prénataux et grossesses à risque*. Édition Sylvain Harvey. Canada.

- Belsky, J., Robins, E., & Gamble, W. (1984). *The determinants of parental competence: Toward a contextual theory, beyond the dyad*. New-York: Lewis Plenum Press.
- Bouchard, C. (1989). « Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'interventions précoces ». *Santé mentale au Québec*, XIV. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Bower, K. A., & Falk, C. D. (1996). Case management as a response to quality, cost, and access imperatives. In E., L. Cohen.(ed). *Nurse case management in the 21 st century*, 161-167.
- Brooks-Gunn, J., & Furstenberg, F. F. (1986). The children of adolescent mothers: Physical, academic, and psychological outcomes. *Developmental Review*, 6, 224-251.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts.
- Burke, P. J., & Liston, W. J. (1994). Adolescent mothers' perceptions of social support and the impact of parenting on their lives. *Pediatric Nursing*, 20(6), 593-598.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*. London: W.B. Saunders Company.
- Castiglia, P.T. (1996). Growth and development. *Journal of Pediatric Health Care*, 4(6), 262-264.
- Cervera, N. (1991). Unwed teenage pregnancy: family relationships with the father of the baby. *Families in Society*, 72(1), 29-37.
- Collin, C., Ouellet, F., Boyer, G., & Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Les éditions Saint-Martin.
- Comfort, M., Wulff, L., & Smeriglio, V. (1987). Adolescent parenthood : implication for care of the mother and child. *Md Med J.*, 36, 955-958.
- Corcoran, J. (1998). Consequences of adolescent pregnancy/parenting : a review of the literature. *Social Work in Health Care*, 27(2), 49-67.
- Dormire, S. L., Strauss, S. S., & Clarke, B. (1989). Social support and adaptation to the parent role in first-time adolescent mothers. *Journal of Gynecology Neonatal Nursing*, 18(4), 327-337.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A., G. (1994). *Supporting & strengthening families* Brookline Books, Cambridge, Massachusetts.

- Furstenberg, F. F., Jr., Brooks-gunn, J., & Morgan, P. (1987). *Adolescent mothers in later life*. New-york: Cambridge. University Press.
- Gauvin, M. C. (1995). *Perception du soutien social des jeunes qui subissent une intervention chirurgicale en vue de corriger une scoliose*. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke.
- Guay, J., & Lepage, L. (1987). *L'écologie sociale des parents potentiellement ``à risque`` et l'intervention infirmière en période postnatale*. Mémoire de recherche, Université Laval.
- Hoyer, P. J. (1998). Prenatal and parenting programs for adolescent mothers. *Annual Review of Nursing Research*, 16, 221-249.
- Hern, M., Miller, M., Sommers, M., & Dyehouse, J. (1998). Sensitive topics and adolescents : making research about risk behaviors happen. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21, 173-186.
- Hoffman, M. A., Ushpiz, V., & Levy-Shiff, R. (1988). Social support and self-esteem in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 17, 307-316.
- Koniak-Griffin, D., & Verzemnieks, I. (1991). Effects of nursing intervention on adolescents' maternal role attainment. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 14, 121-138.
- Lepage, L. (1984). *Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Lepage, L. (1989). *L'évolution du réseau de support social des parents au cours de la période entourant la naissance d'un enfant*. Rapport de recherche présenté au conseil québécois de la recherche sociale. Mémoire de maîtrise, Université Laval.
- Letourneau, N. L. (1998) *The effect of Improved parent-infant interaction on infant development : Pilot study*. Thèse de doctorat, University of Alberta.
- Marsh, J. C., & Wirick, M. A. (1991). Evaluation of Hull House teen pregnancy and parenting program. *Evaluation and Program Planning*, 14, 49-61.
- Martin, C., & Boyer, G. (1995). *Naître Égaux Grandir en Santé*. Gouvernement du Québec. D.S.P. Montréal Centre.
- Mercer, R.T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30, 73-77.

- Merriam-Webster's (1997). *Collegiate Dictionary*. Tenth Edition. Springfield, Massachusetts, USA.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1989, b). *Vivre avec un nourrisson : avis sur la prévention en période postnatale*. Québec : Direction générale des publications.
- Moreau, J., Léveillé, S., & Roy, C. (1998). Vulnérabilité et interaction mère-nourrisson. Illustration de conditions nécessaires mais non suffisantes à l'efficacité de l'intervention précoce. *Santé mentale au Québec*. XXXIII. (1), 187-213.
- M.S.S.S. (1993). *Politique de périnatalité*. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- O'Sullivan, A., & Jacobsen, B. S. (1992). A randomized trial of a health care program for first-time adolescent mothers and their infants. *Nursing Research*, 41(4), 210-215.
- Polit, D. F. (1989). Effects of comprehensive program for teenage parents : five years after project redirection. *Family planning Perspectives*, 21(4), 164-169.
- Poole, C. (1987). Adolescent pregnancy and unfinished developmental task of childhood. *Journal of School Health*, 57(7), 271-273.
- Porter, C. (1990) Clinical and research issues related to teen mothers' childrearing practices. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 13, 41-58.
- Records, K. (1994). Adolescent mothers: Caregiving, approval, and family functioning. *Journal of Gynecology Neonatal Nursing*, 23(9), 791-797.
- Richardson, R. A., Barbour, N. E., & Bubenzer, D. L. (1995). Peer relationships as a source of support for adolescent mothers. *Journal of Adolescent Research*, 10(2), 278-290.
- Rochon, M. (1995). *Taux de grossesse à l'adolescence*. Québec, 1980 à 1993, Région socio-sanitaire de résidence, 1992-1993.
- Santé Canada. (2000). Les indicateurs de la santé périnatale au Canada. *Système Canadien de surveillance Périnatale*, Santé Canada, 12-14.
- Schellenbach, C. J., Withman, T. L., & Borkowski, J. G. (1992). Toward an integrative model of adolescent parenting. *Human Development*, 35, 81-99.

- Schilmoeller, G. L., Baranowski, M. D., & Higgins, B. S. (1991). Long-term support and personal adjustment for adolescent and older mothers. *Adolescence*, 26(104), 787-797.
- Sumner, G. (1995). Keys to Caregiving: A new NCAST program for health care providers and parents of newborns. *Zero to Three*, 33-35.
- Tremblay, D., Lechasseur, H., Desmeules, M., Guilbert, É., & Lepage, M.C. (1998). Les jeunes mères difficiles à rejoindre : Étude d'implantation d'une intervention pré et post natale auprès d'une clientèle à risque. *Revue canadienne de santé publique*, 89(6), 376-379.
- Vaughn, B., Taraldson, B., Crichton, L., & Egeland, B. (1980). Relationships between neonatal behavioral organization and infant behavior during the first year of life. *Infant Behaviour and development*, 3, 45-64.
- VonWindeguht, B., & Urbano, R. C. (1989). Teenagers and the mothering experience. *Pédiatric Nursing*, 15(5), 517-520.
- Wadhwa, S., & Millar, W. J. (1997). La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. *Statistique Canada*, 9(3), 9-13.
- Weatherley, R. A. (1991). Comprehensive services for pregnant and parenting adolescents: historical and political considerations. *Evaluation and Program Planning*, 14, 17-25.
- Wilkins, J. N., Onetto & Frappier (1985). Médecine de l'adolescence, une médecine spécifique. *CISE*, Hôpital Ste-Justine, Montréal.
- Wilcox, B. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9, 371-386.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., & Yarcheski, T. J. (1997). Alternate models of positive health practices in adolescents. *Nursing Research*, 46(2), 85-92.
- Zitelsberger, L., & Mann, B. (1999). *Parenting programs for teen parents: where are the needs, what exists, what are the gaps* (Document de travail). Ottawa: Canadian association of Family Resource Programs.

Appendice A

Instruments de mesure

7. Lors de cette grossesse, quelle est ta situation de travail ?

(Si tu es au foyer ou étudiante, et que tu travailles à temps partiel, sélectionne les deux.)

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Étudiante | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Employée | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> En congé médical ou d'invalidité | | |
| <input type="checkbox"/> Chômage | | |
| <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi | | |
| <input type="checkbox"/> Femme au foyer | | |
| <input type="checkbox"/> Jamais eu d'emploi | | |
| <input type="checkbox"/> Autre: _____ | | |

8. Lors de cette grossesse, quelle est la situation de travail de ton partenaire/ ami ?

(S'il est homme au foyer ou étudiant, et qu'il travaille à temps partiel, sélectionne les deux.)

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Étudiant | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> En congé médical ou d'invalidité | | |
| <input type="checkbox"/> Chômage | | |
| <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi | | |
| <input type="checkbox"/> Homme au foyer | | |
| <input type="checkbox"/> Jamais eu d'emploi | | |
| <input type="checkbox"/> Autre: _____ | | |

9. Quelle est ta principale source de revenu ?

- Emploi
- Assurance chômage
- Sécurité du revenu (bien-être)
- Partenaire/Père de l'enfant
- Famille
- Ami(e)s
- Autres: _____

10. Combien de fois as-tu déménagé au cours des 12 derniers mois ?

11. Appartenance culturelle : À quelle communauté ethnique t'identifies-tu?

12. Quelle est ta langue maternelle ?

- Anglais
- Français
- Espagnol
- Autre: _____

Échelle de soutien familial*

Instructions: Voici une liste de personnes et de groupes qui peuvent t'aider durant ta grossesse. Indique jusqu'à quel point chaque personne ou groupe t'a aidée depuis le début de ta grossesse. Par exemple, au cours de ta grossesse, as-tu été aidée par la Ligne d'écoute téléphonique Éducation Coup-de-fil? Si tu as été **très aidée**, tu fais un X dans la **1^{ère} colonne**. Si tu n'as **pas été aidée du tout**, tu fais un X dans la **3^{ème} colonne**.

		1	2	3	4	5	6
		Très aidé	Moyennement aidé	Pas du tout aidé	Nuisible	Aide disponible mais pas demandée	Ne s'applique pas
1.	Tes parents (mère ou père)						
2.	Les parents (mère ou père) de ton mari/ami (chum)						
3.	Ta famille (sœur, frère,...)						
4.	La famille (sœur, frère) de ton mari/ami (chum)						
5.	Ton mari/ami (chum)						
6.	Tes ami(e)s						
7.	Les ami(e)s de ton mari/ami (chum)						
8.	Ton parrain ou ta marraine						
9.	Tes voisin(e)s						
10.	Ta famille d'accueil ou d'autres personnes de la parenté (tante /cousine, etc.)						
11.	Tes collègues de travail						
12.	Tes copains/copines de l'école						
13.	Les groupes communautaires ou sociaux (ex :centre de femmes, etc.)						
14.	Le prêtre/le pasteur/le rabbin ou autres ministres spirituels						
15.	Ton médecin de famille						
16.	Les professionnels comme les infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes, professeur(e)s						
17.	Les établissements de services professionnels comme le CLSC, l'hôpital, la DPJ						

Si le père biologique n'est pas ton conjoint (chum) actuel :

18.	Le père de ton enfant						
19.	La famille du père de ton enfant						
20.	Les ami(e)s du père de ton enfant						

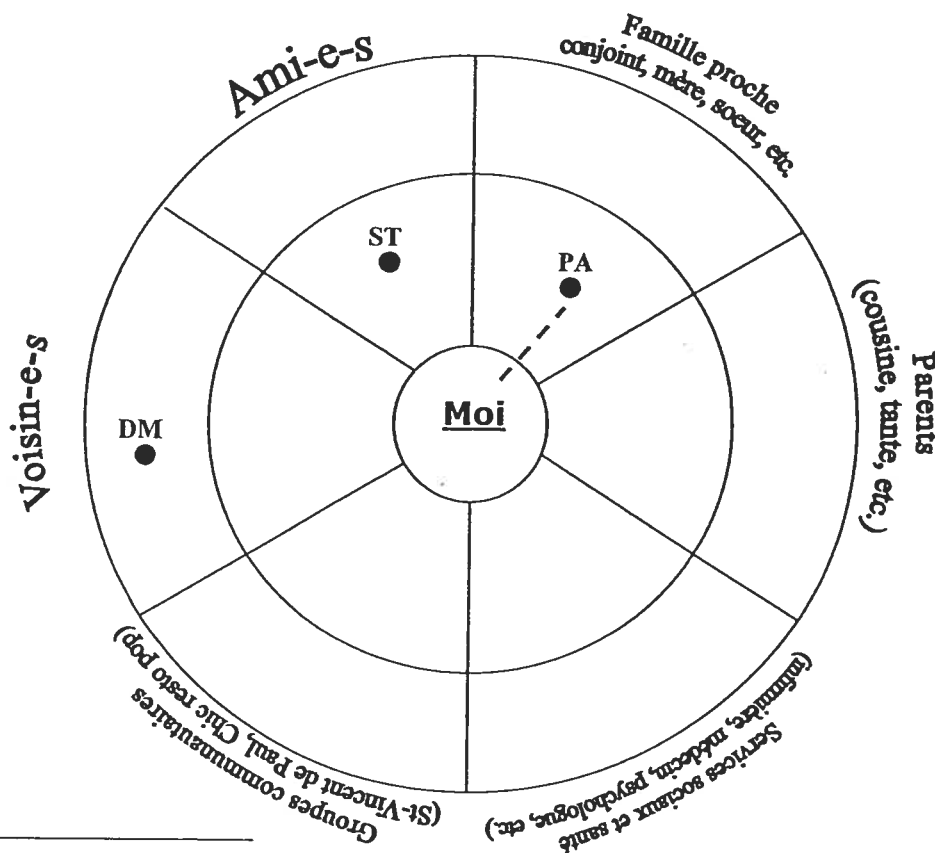
* Adaptation du Family Support Scale (Dunst, JenKins et Trivette, 1994)

Mon réseau social*

Dans le prochain exercice, on te demande de placer sur le dessin, chacune des personnes que tu as nommées, selon le lien qu'elle a avec toi. Cela nous permet de mieux situer chacune de ces personnes par rapport à toi.

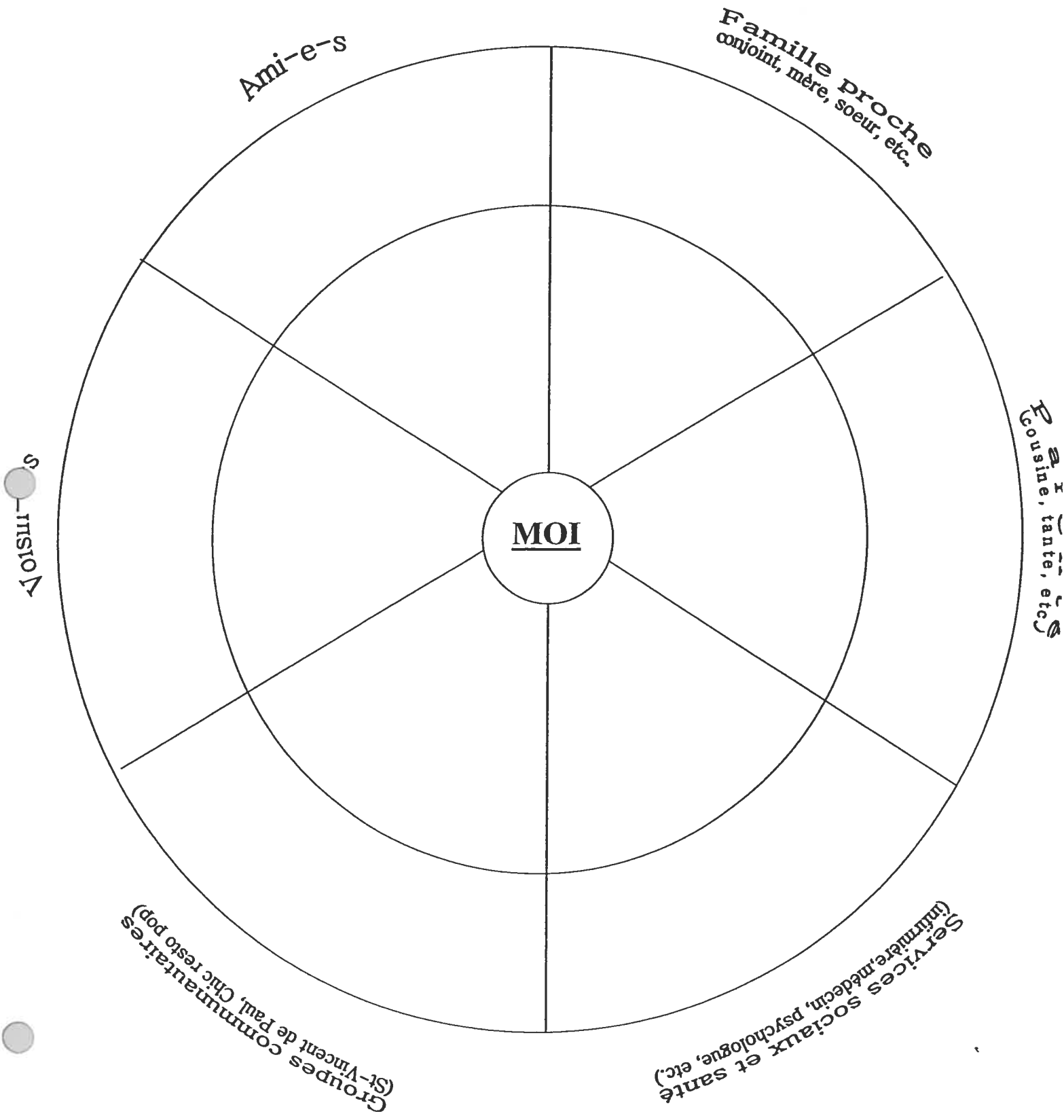
- À la page suivante, des cercles sont dessinés. Tu es représentée par le cercle central (MOI). Les cercles sont divisés en triangles. Chaque triangle représente un type de relation : famille proche (conjoint/chum, père, mère, frères, sœurs), parenté (grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines), amis, voisins, etc.
- Pour chaque personne que tu as nommée tout à l'heure, tu places un point avec les initiales de cette personne dans le triangle qui correspond à la relation que tu as avec cette personne.
Plus tu places ce **point près de toi** (au milieu) sur le dessin, plus tu trouves que cette **personne est intime et proche** de toi.
- **Place seulement un point pour chaque personne.** Si tu trouves que certaines personnes peuvent aller dans plus d'un triangle, choisis le triangle qui représente le mieux sa relation avec toi.
- Si la **relation est tendue** avec cette personne ou si vous êtes en **chicane** en ce moment, **trace une ligne pointillée** entre toi et cette personne.

Exemple:



* Adaptation de la carte d'Analyse des réseaux sociaux de Guay et Lepage, 1984

Mon réseau social



Appendice B

Lettre adressée à la direction de l'établissement

Laval, le 7 août 2001

Coordonnatrice Enfance Famille Jeunesse

Objet : Collaboration au projet de recherche auprès de mères adolescentes pendant la période postnatale 0-3 mois

Madame,

La présente fait suite à notre conversation téléphonique du 30 juillet dernier concernant une demande de collaboration de votre CLSC à un projet de recherche relatif à un suivi postnatal intensif et précoce auprès des mères adolescentes.

Tel que convenu vous trouverez un exposé de la problématique, le but de l'étude, les critères de sélections et l'intervention qui sera demandée pour la période 0-3 mois. Ci-joint, le feuillet d'information et le consentement pour l'étude qui seront donnés aux mères adolescentes.

Votre collaboration serait de me faciliter l'accès aux mères adolescentes qui reçoivent un suivi par votre CLSC. Dans un premier temps, il s'agira d'identifier les infirmières qui effectueraient le suivi des mères adolescentes. Ces infirmières recevraient une formation d'un jour sur l'approche de cette clientèle et l'utilisation du guide de suivi postnatal selon une approche systémique et d'habilitation. Cette formation sera donnée par moi-même. Ensuite, elle consisterait à identifier des adolescentes correspondant au profil recherché pour l'étude et à les inviter à participer au projet en les informant sommairement du but de l'étude. Par la suite, un contact téléphonique sera fait avec la mère adolescente si celle-ci autorise l'infirmière à me transmettre son nom et numéro de téléphone.

Suite à l'explication de l'étude et selon l'accord de participation à l'étude, les mères adolescentes signeront un formulaire de consentement et compléteront deux questionnaires lors de l'entrevue d'une durée approximative de 20 minutes. Les mêmes questionnaires seront distribués à 3 mois. Tous les résultats demeureront confidentiels.

Cette étude permettra de connaître davantage les effets d'un suivi postnatal intensif et précoce auprès de mères adolescentes sur le niveau de soutien perçu de la structure de leur réseau familial et communautaire. De plus, les résultats de cette étude permettront d'adapter les services offerts à cette clientèle.

Je vous remercie de l'attention que vous apporterez à ma demande et demeure disponible pour toute autre information. Veuillez accepter, madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Manon Jacques, B.Sc.inf.

Appendice C

Feuillet d'information pour la clientèle

Information aux participantes

Bonjour, je me nomme Manon Jacques et je suis infirmière en périnatalité. Actuellement, j'étudie au programme de Maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Dans le cadre de mes études, j'effectue une recherche sur les effets d'un suivi postnatal intensif et précoce auprès de mères adolescentes pendant la période 0-3 mois sur le développement des mères adolescentes et la santé de leur enfant.

Comme tu viens de donner naissance à un premier enfant, je sollicite ta participation à cette étude. Ta participation consiste à répondre à des questionnaires à 2 moments particuliers: au retour à la maison et à 3 mois. Ces questionnaires prennent environ 30 minutes à être complétés.

Si tu acceptes de faire partie de cette étude, un suivi hebdomadaire, par une infirmière de périnatalité, sera effectué après l'accouchement i.e. dès le retour à la maison et ce jusqu'à 3 mois.

Tous les renseignements recueillis dans cette étude demeureront confidentiels. Aucun nom n'apparaîtra pas sur les questionnaires, ni sur aucun résultat et toutes les données seront détruites à la fin de l'étude. Ton refus de participer à l'étude ne changera pas la qualité des services et des soins que tu es en droit de recevoir.

Ta participation est très importante pour la recherche en sciences infirmières. Elle permettra d'augmenter les connaissances concernant les effets de ce suivi postnatal intensif et précoce ainsi que d'améliorer les services offerts auprès des mères adolescentes pendant la période postnatale.

Je te remercie de ta collaboration et demeure disponible pour répondre à toutes les questions.

Manon Jacques étudiante à la maîtrise
Université de Montréal

Appendice D
Formulaire de consentement



Formulaire d'information et de consentement (Groupe suivi)

Je, soussignée, _____, consens à participer à une recherche intitulée « DÉVELOPPEMENT PERSONNEL ET PARENTAL DES MÈRES ADOLESCENTES ». Je consens également à ce que mon bébé participe à cette recherche. La nature et les procédures de cette recherche m'ont été clairement expliquées et on a répondu à mes questions.

La recherche a pour but d'évaluer les effets d'un programme de suivi postnatal précoce et intensif sur le développement personnel et parental des mères adolescentes et sur le bien-être des enfants.

Je comprends que :

1. Ma participation à cette étude et celle de mon bébé vont aider à mettre au point un type de suivi postnatal efficace pour favoriser le développement des mères adolescentes et celui de leur bébé.
2. Je recevrai la visite hebdomadaire (chaque semaine) d'une infirmière du CLSC à mon domicile qui me conseillera sur les soins à donner à mon bébé et à moi-même pour assurer notre bien-être. Elle m'assistera dans les démarches que je dois faire pour subvenir à mes besoins et ceux de mon bébé. La première visite aura lieu dans la semaine de mon retour à la maison après mon accouchement. Au total, l'infirmière viendra me visiter 12 fois. De plus, je donne la permission de consulter mon dossier médical.
3. Il y aura trois (3) moments où on me demandera de remplir des questionnaires :
 - Dans la semaine suivant mon accouchement (1), je serai rencontrée chez moi ou à un endroit de mon choix pour remplir des questionnaires. Je compléterai un questionnaire socio-démographique (âge, scolarité, type de travail et revenu, etc.), un questionnaire sur la qualité du soutien dont je bénéficie (aide matérielle, conseils, appui donné par les membres de la parenté et par les amis) et un autre sur mes connaissances par rapport aux soins du bébé.
 - Je compléterai les mêmes questionnaires lorsque mon bébé aura 3 mois (2) et 6 mois (3). L'évaluation du développement psychomoteur de mon bébé sera aussi faite à 6 mois.
4. Je comprends que les informations contenues dans le carnet de santé de mon bébé seront utilisées soit: son poids, sa taille et les vaccins reçus. Je donne aussi la permission de consulter son dossier médical.

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5
Téléphone: (514) 345-4691
Télécopieur: (514) 345-4801
Cour. électronique:
centre@justine.umontreal.ca



CENTRE
DE RECHERCHE
DE L'HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Université de Montréal

5. Je comprends que tout au long de l'étude, toutes les précautions seront prises pour assurer le confort et le bien-être de mon bébé ainsi que le mien.
6. Toute l'information que je donnerai demeurera strictement confidentielle; un code paraîtra sur les divers questionnaires et seuls les chercheurs auront accès à ce code. L'information obtenue à l'aide de ces questionnaires sera utilisée seulement pour les fins de cette étude et sera détruite par la suite.
7. Ma participation à cette étude est volontaire et je pourrai m'en retirer en tout temps sans obligation de ma part.
8. Cette recherche est faite sous la direction de Céline Goulet, Ph.D. de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, des Dr Diane Francoeur, obstétricienne-gynécologue et Jean-Yves Frappier, pédiatre de l'Hôpital Sainte-Justine ainsi que Mme Chantal Asselin, infirmière de la clinique pour adolescentes de l'Hôpital Sainte-Justine.
9. Je comprends que si je me sens mal à l'aise ou j'ai des questions suite aux questionnaires que je remplirai ou des observations faites sur mon bébé, je pourrai appeler en tout temps Céline Goulet, Ph.D à l'Hôpital Sainte-Justine au numéro (514) 345-4931 poste 3873 et qu'elle répondra dans les plus brefs délais.
10. Je pourrai recevoir sur demande un rapport sur cette recherche dans les douze mois suivant la fin du projet.
11. Je comprends qu'en signant ce document, il est entendu que je ne renonce nullement à mes droits, ni à ceux de mon enfant.

Signature : Céline Goulet, PhD _____

Signature de la mère _____

 Jour Mois Année

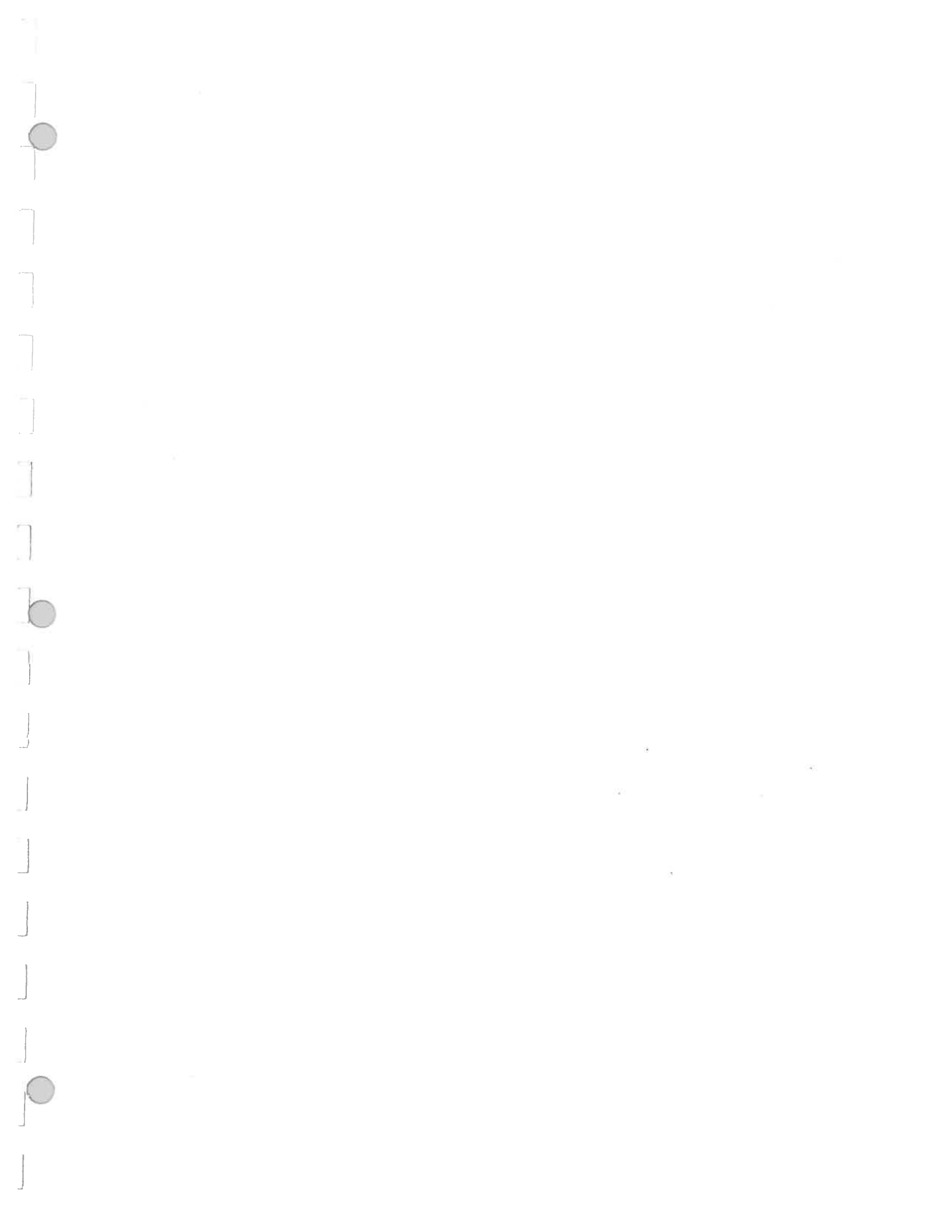
Signature du témoin : **n.b.** _____

Conseiller à la clientèle de l'Hôpital Sainte-Justine : (514) 345-4663

n.b. Si possible, obtenir la signature d'un des parents de la mère mineure ou en cas d'impossibilité, obtenir la signature d'une personne adulte acceptée de la mère mineure. Cette personne ne doit pas être impliquée dans le projet de recherche.

Appendice E

Guide de suivi intensif et précoce



Appendice F

Grille de suivi

Appendice G

**Résultats bruts des résultats du soutien social
et du réseau social**

**Résultats bruts des énoncés de l'échelle de soutien familial
cas expérimental 48 heures**

	1	2	3	4	5	6
	n	n	n	n	n	n
Tes parents (mère ou père)	0	1	2	5	0	2
Les parents (mère ou père) de ton mari/ami (chum)	0	2	2	1	0	5
Ta famille (sœur, frère...)	0	4	1	2	0	3
La famille (sœur, frère) de ton mari/ami (chum)	0	3	1	2	0	4
Ton mari/ami (chum)	0	2	0	7	0	1
Tes ami(e)s	0	3	5	1	0	1
Les ami(e)s de ton mari/ami (chum)	0	3	3	0	0	4
Ton parrain ou ta marraine	0	2	0	1	0	7
Tes voisin(e)s	0	0	1	1	0	8
Ta famille d'accueil ou d'autres personnes de la parenté (tante/cousine, etc)	0	3	3	2	0	2
Tes collègues de travail	0	1	1	1	0	7
Tes copains/copines de l'école	0	3	1	0	0	6
Les groupes communautaires ou sociaux (ex. centre de femmes, etc.)	0	0	0	0	0	10
Le prêtre/le pasteur/le rabin ou autres ministres spirituels	0	0	1	1	0	8
Ton médecin de famille	0	0	0	3	0	7
Les professionnels comme les infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes, professeur(e)s	0	1	3	3	0	3
Les établissements de services professionnels comme le CLSC, l'hôpital, la DPJ.	0	0	6	2	0	2
Le père de ton enfant	0	0	1	1	0	8
La famille du père de ton enfant	1	0	1	0	0	8
Les ami(e)s du père de ton enfant	0	1	0	0	0	10

**Résultats bruts des énoncées de l'échelle de soutien familial
cas expérimental 48 heures.**

	1	2	3	4	5	6
	n	n	n	n	n	n
Tes parents (mère ou père)	0	1	2	5	0	2
Les parents (mère ou père) de ton mari/ami (chum)	0	2	2	1	0	5
Ta famille (sœur, frère...)	0	4	1	2	0	3
La famille (sœur, frère) de ton mari/ami (chum)	0	3	1	2	0	4
Ton mari/ami (chum)	0	2	0	7	0	1
Tes ami(e)s	0	3	5	1	0	1
Les ami(e)s de ton mari/ami (chum)	0	3	3	0	0	4
Ton parrain ou ta marraine	0	2	0	1	0	7
Tes voisin(e)s	0	0	1	1	0	8
Ta famille d'accueil ou d'autres personnes de la parenté (tante/cousine, etc)	0	3	3	2	0	2
Tes collègues de travail	0	1	1	1	0	7
Tes copains/copines de l'école	0	3	1	0	0	6
Les groupes communautaires ou sociaux (ex. centre de femmes, etc.)	0	0	0	0	0	10
Le prêtre/le pasteur/le rabin ou autres ministres spirituels	0	0	1	1	0	8
Ton médecin de famille	0	0	0	3	0	7
Les professionnels comme les infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes, professeur(e)s	0	1	3	3	0	3
Les établissements de services professionnels comme le CLSC, l'hôpital, la DPJ.	0	0	6	2	0	2
Le père de ton enfant	0	0	1	1	0	8
La famille du père de ton enfant	1	0	1	0	0	8
Les ami(e)s du père de ton enfant	0	1	0	0	0	10

**Résultats bruts des énoncées de l'échelle de soutien familial
cas expérimental 3 mois**

	1	2	3	4	5	6
	n	n	n	n	n	n
Tes parents (mère ou père)	1	2	0	4	1	2
Les parents (mère ou père) de ton mari/ami (chum)	0	2	2	1	0	5
Ta famille (sœur, frère...)	0	3	3	2	0	2
La famille (sœur, frère) de ton mari/ami (chum)	0	3	3	0	0	4
Ton mari/ami (chum)	0	0	3	4	0	3
Tes ami(e)s	0	3	4	2	0	1
Les ami(e)s de ton mari/ami (chum)	0	6	0	0	0	4
Ton parrain ou ta marraine	0	3	1	1	0	5
Tes voisin(e)s	0	0	2	1	0	7
Ta famille d'accueil ou d'autres personnes de la parenté (tante/cousine, etc)	0	3	3	1	0	3
Tes collègues de travail	0	0	1	0	0	9
Tes copains/copines de l'école	1	1	0	0	0	8
Les groupes communautaires ou sociaux (ex. centre de femmes, etc.)	0	0	0	2	0	8
Le prêtre/le pasteur/le rabin ou autres ministres spirituels	0	0	1	0	0	9
Ton médecin de famille	0	1	2	1	0	6
Les professionnels comme les infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes, professeur(e)s	0	2	2	6	0	0
Les établissements de services professionnels comme le CLSC, l'hôpital, la DPJ.	0	2	2	5	0	1
Le père de ton enfant	1	0	0	1	0	8
La famille du père de ton enfant	1	0	0	1	0	8
Les ami(e)s du père de ton enfant	0	0	0	0	0	10

**Résultats bruts des énoncées de l'échelle de soutien familial
cas témoins-48 heures**

	1	2	3	4	5	6
	n	n	n	n	n	n
Tes parents (mère ou père)	0	0	1	9	0	0
Les parents (mère ou père) de ton mari/ami (chum)	0	0	4	1	1	4
Ta famille (sœur, frère...)	0	1	2	3	0	4
La famille (sœur, frère) de ton mari/ami (chum)	0	2	3	0	1	4
Ton mari/ami (chum)	0	1	1	6	0	2
Tes ami(e)s	0	2	4	1	3	0
Les ami(e)s de ton mari/ami (chum)	0	3	0	0	1	6
Ton parrain ou ta marraine	0	1	1	3	1	4
Tes voisin(e)s	0	1	2	2	1	4
Ta famille d'accueil ou d'autres personnes de la parenté (tante/cousine, etc)	0	0	1	4	2	3
Tes collègues de travail	0	0	0	0	0	10
Tes copains/copines de l'école	0	2	1	0	1	6
Les groupes communautaires ou sociaux (ex. centre de femmes, etc.)	0	0	1	0	1	8
Le prêtre/le pasteur/le rabin ou autres ministres spirituels	0	0	1	0	0	9
Ton médecin de famille	0	0	1	1	0	8
Les professionnels comme les infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes, professeur(e)s	0	0	4	6	0	0
Les établissements de services professionnels comme le CLSC, l'hôpital, la DPJ.	0	1	4	5	0	0
Le père de ton enfant	0	1	0	0	0	9
La famille du père de ton enfant	0	1	0	0	0	9
Les ami(e)s du père de ton enfant	0	1	0	0	0	9

**Résultats bruts des énoncées de l'échelle de soutien familial
cas témoins 3 mois**

	1	2	3	4	5	6
	n	n	n	n	n	n
Tes parents (mère ou père)	0	0	2	8	0	0
Les parents (mère ou père) de ton mari/ami (chum)	0	0	3	2	1	4
Ta famille (sœur, frère...)	0	0	6	2	0	2
La famille (sœur, frère) de ton mari/ami (chum)	0	1	2	2	2	3
Ton mari/ami (chum)	0	0	1	7	0	2
Tes ami(e)s	0	5	1	2	2	0
Les ami(e)s de ton mari/ami (chum)	0	5	1	0	1	3
Ton parrain ou ta marraine	0	1	3	1	0	5
Tes voisin(e)s	0	2	0	1	1	6
Ta famille d'accueil ou d'autres personnes de la parenté (tante/cousine, etc)	0	0	4	1	1	4
Tes collègues de travail	0	0	0	0	0	10
Tes copains/copines de l'école	0	1	0	0	1	8
Les groupes communautaires ou sociaux (ex. centre de femmes, etc.)	0	0	1	2	0	7
Le prêtre/le pasteur/le rabin ou autres ministres spirituels	0	1	1	0	0	8
Ton médecin de famille	0	0	3	1	0	6
Les professionnels comme les infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes, professeur(e)s	0	1	3	3	0	3
Les établissements de services professionnels comme le CLSC, l'hôpital, la DPJ.	0	1	5	2	1	1
Le père de ton enfant	0	1	0	0	0	9
La famille du père de ton enfant	0	0	1	0	0	9
Les ami(e)s du père de ton enfant	0	1	0	0	0	9

Statistiques descriptives de la densité du réseau social selon les six catégories de relations
(expérimental 48 heures)

Catégorie											total	moy	s	min	max
Famille proche	3	4	3	5	4	1	3	5	3	7	38	3,80	1,62	1	7
Parenté	2	0	4	1	1	3	1	4	3	0	19	1,90	1,52	0	4
Ami(e)s	1	2	0	0	0	3	1	0	0	0	7	0,70	1,06	0	3
Voisin(e)s	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3	0,30	0,67	0	2
Services de santé	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0,20	0,63	0	2
Groupe communautaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0
total	6	6	7	8	5	7	7	9	7	7	69				

Médiane = 7
Moyenne = 7
Écart type = 1,1
Min, max. = 5-8

Statistiques descriptives de la densité du réseau social selon les six catégories de relations
(expérimental 3 mois)

Catégorie											total	moy	s	min	max
Famille proche	1	1	1	2	4	4	4	5	2	3	27	2,70	1,49	1	5
Parenté	4	1	1	0	0	0	3	5	1	2	17	1,70	1,77	0	5
Ami(e)s	1	0	0	0	0	5	1	0	0	1	8	0,80	1,55	0	5
Voisin(e)s	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0,20	0,42	0	1
Services de santé	3	2	0	0	0	0	2	0	1	1	9	0,90	1,10	0	3
Groupe communautaire	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,10	0,32	0	1
total	9	4	2	3	4	9	10	10	4	8	64				

Médiane = 5
Moyenne = 6,3
Écart type = 3,2
Min. Max = 2-10

**Statistiques descriptives de la densité du réseau social selon les six catégories de relations
(Témoïn 48 heures)**

Catégorie											total	moy	s	min	max
Famille proche	4	4	5	5	5	5	5	1	2	4	40	4,00	1,41	1	5
Parenté	2	1	1	0	2	0	1	0	6	5	18	1,80	2,10	0	6
Ami(e)s	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	6	0,60	0,52	0	1
Voisin(e)s	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	0,30	0,67	0	2
Services santé	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0,50	0,97	0	3
Groupes communautaires	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,10	0,32	0	1
total	10	7	6	5	8	6	7	2	11	10	72				

Médiane = 7
Moyenne = 7.30
Écart type = 2,9
Min. max = 2 12

**Statistiques descriptives de la densité du réseau social selon les six catégories de relations
(Témoïn 3 mois)**

Catégorie											total	moy	s	min	max
Famille proche	2	3	3	5	4	4	3	1	2	3	30	3,00	1,15	1	5
Parenté	3	1	0	3	3	0	3	0	4	3	20	2,00	1,56	0	4
Ami(e)s	0	2	0	0	0	0	0	3	0	2	7	0,70	1,16	0	3
Voisin(e)s	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0,30	0,95	0	3
Services santé	2	1	0	0	3	0	0	0	0	1	7	0,70	1,06	0	3
Groupes communautaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0
total	7	7	3	8	10	4	6	4	9	9	67				

Médiane = 7
Moyenne = 6,7
Écart type = 2,4
Min. max = 3 10



Guide de suivi post-natal
pour le développement des mères adolescentes
et de leur bébé



Céline Goulet
et
Manon Jacques
en collaboration avec
Isabelle Marcil et Célestine Kamdom



CENTRE
DE RECHERCHE
DE L'HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE
CHU-mère enfant



Université
de Montréal

Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal



Table des matières

Table des matières	2
Remerciements	3
Introduction.....	4
La maternité à l'adolescence	6
Qui sont ces mères adolescentes ?	6
Qui sont les pères ?	9
Et la compétence parentale ?	10
Qui sont ces bébés ?.....	12
Et la relation mère-enfant ?	13
Qu'en est-il de leur réseau familial et communautaire ?	15
Intervention infirmière	18
Aide-mémoire pour le suivi post-natal.....	20
Références	39
Annexe A : Cadre de référence sur l'attachement parents-enfant et figure de l'interaction parent-enfant	46
Annexe B : Outils d'intervention	49
L'approche systémique.....	50
La structure familiale	51
Le cycle de vie familiale	55
Le fonctionnement familial	55
Le processus d'évaluation	56
L'habilitation	57
Principes de l'habilitation.....	57
Stratégies d'interventions	58
Niveaux d'intervention.....	59
Ce que les mères adolescentes doivent savoir	62
Principales caractéristiques du nouveau-né	62
Annexe C : Évaluation postnatale de la mère et du nouveau-né ^{102,103}	65
Annexe D : La contraception chez les adolescents ¹	66

Remerciements

Ce guide a été préparé dans le cadre d'un projet de recherche intitulé « Le développement personnel et parental des mères adolescentes pour le mieux-être des enfants - Un projet-pilote de faisabilité ». Cette étude vise à développer et mettre en œuvre un programme de suivi post-natal intensif et précoce ainsi que l'évaluation des effets de ce programme sur la santé et le développement (personnel et parental) de l'adolescente et de son bébé. Cette recherche a été rendue possible grâce à des fonds du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et du Fonds d'opération pour les projets de recherche clinique, épidémiologique et évaluative du Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine.

L'équipe de recherche tient à remercier les auteurs qui ont donné leur permission pour l'utilisation et la reproduction de leur matériel (figures et textes) :

- M. Daniel Beauregard et l'équipe de NE-GS, volet post-natal, pour leurs conseils, leur assistance et leur soutien dans l'utilisation de leur document-guide².
- Mme Linda Bell pour le « Cadre de référence pour l'évaluation de la relation parents-enfant »⁵² et la figure de l'interaction entre parent et enfant à l'annexe A⁸⁶.
- Mme Fabie Duhamel pour la reproduction des figures sur les symboles du génogramme, le génogramme et l'écocarte à l'annexe B⁷⁰.
- Mme Suzanne Durand pour les documents sur l'évaluation post-natale du nouveau-né et de la mère, à l'annexe C^{102,103}.
- Mme Christine Loignon et le groupe Naissance-Renaissance : Tableaux sur le comportement contraceptif des adolescentes présentés à l'annexe D¹.

Introduction

La grossesse et la maternité à l'adolescence sont des phénomènes sociaux importants au Québec qui sont associés au processus de féminisation et de rajeunissement de la pauvreté¹. Plusieurs professionnels se sentent mal outillés pour faire face à la complexité de ce phénomène¹. C'est de ce constat qu'origine l'idée d'élaborer un guide de suivi post-natal pour mères adolescentes. Il est basé sur les principes fondamentaux du programme Naître Égaux - Grandir en Santé (NE-GS)², lequel s'avère une piste de solution pertinente pour optimiser le développement et la santé chez ces nouvelles familles. Le programme NE-GS s'adresse aux mères et aux enfants de 0 à 2 ans de milieux défavorisés. Il a été conçu pour permettre à cette clientèle de mieux profiter des services existants en périnatalité en adoptant une approche globale et intégrative adaptée à leurs besoins. Il fait appel à trois stratégies d'intervention, soit le renforcement du potentiel individuel, le renforcement du milieu et l'influence des principaux décideurs à l'élaboration de politiques en matière de santé pour les familles vivant une situation d'extrême pauvreté. La finalité de ce programme consiste à améliorer la probabilité d'une issue de grossesse favorable et l'adaptation au rôle parental.

La période de transition qu'entraîne l'arrivée d'un nouveau-né constitue un moment crucial pour offrir à la mère adolescente des interventions de prévention et de promotion de sa santé ainsi que celle de son bébé. Le suivi post-natal pour le développement des mères adolescentes et de leur bébé en période 0-3 mois décrit dans le présent guide s'inscrit dans le même cadre que celui du programme NE-GS en ciblant essentiellement les adolescentes. Il vise à améliorer la santé et la qualité de vie des nouveau-nés et des mères adolescentes. Ce suivi professionnel hebdomadaire devrait permettre à ces mères de recevoir des services adaptés à leurs besoins et un accompagnement dans l'utilisation de leur réseau communautaire. Ce guide devrait être utilisé conjointement à celui du programme NE-GS².

Les notions de base pour assurer un suivi intensif et personnalisé sont décrites dans un aide-mémoire couvrant la période post-natale des trois premiers mois. Les interventions de l'infirmière touchent à un ensemble d'aspects tels que la santé physique, psychologique et émotionnelle de la mère, le soutien au

développement de son potentiel d'habilitation, le développement et le renforcement de ses compétences parentales, la santé et le développement de l'enfant et l'actualisation du soutien provenant de son réseau social. Le suivi est effectué par une intervenante privilégiée qui utilise une approche systémique (niveaux individuel, conjugal, familial et environnemental). Finalement, un soutien par une équipe interdisciplinaire et un accompagnement dans l'utilisation des ressources communautaires du milieu figurent parmi les objectifs principaux du guide. Pour mieux utiliser le guide postnatal, l'ajout d'une formation théorique pour les professionnels s'avère essentielle afin d'optimiser l'assistance et les services offerts ainsi que d'enrichir les interventions déployées pendant cette période déterminante dans la vie des mères adolescentes et de leur famille.

À la suite de l'aide-mémoire, des annexes présentent des notions de base relatives à la relation parent-enfant, à l'approche systémique et à la stratégie d'habilitation. Aussi, des informations sur les états de conscience du nouveau-né, sur l'évaluation post-natale de la mère et du bébé et sur les comportements de contraception chez les adolescentes complètent le guide.

Il est à noter que certaines mères adolescentes présentent un passé lourd impliquant des séjours en centre de réadaptation suite à des comportements de délinquance. Ces mères adolescentes nécessitent un suivi particulier et des ressources spécifiques qui dépassent le cadre du présent guide, qui a été conçu plutôt pour les mères adolescentes en général. L'infirmière qui identifierait lors du suivi une adolescente ayant une telle expérience devra s'assurer que les ressources de son CLSC sont mobilisées afin de la soutenir adéquatement dans sa maternité.



La maternité à l'adolescence

Chaque année, près de 15 millions d'adolescentes à travers le monde donnent naissance à un enfant, ce qui représente 10% du nombre total de nouveau-nés³ en considérant uniquement les filles âgées de plus de 15 ans. Au Québec, environ 4000 bébés naissent de mères adolescentes chaque année et ce, malgré que 50% des adolescentes choisissent l'avortement. En 1992, dans la région de Montréal, ce taux se chiffrait à 26 pour 1000 adolescentes⁴, soit une adolescente sur quarante qui donne naissance à un enfant¹.

La maternité précoce est donc un phénomène répandu. Ce n'est pas seulement la problématique de la maternité qui est préoccupante mais davantage ses conséquences négatives sur la vie des adolescentes : plus grand risque pour leur santé et celle de leur bébé, décrochage scolaire, abandon de projet de vie, précarité d'emploi et bien souvent, début du cycle de dépendance financière par le biais de prestations d'aide sociale. Les conséquences de la maternité peuvent donc être très lourdes pour les adolescentes et leurs enfants si elles ne reçoivent pas le soutien nécessaire.

Les études démontrent que comparativement aux femmes adultes, les adolescentes présentent plus de risque de donner naissance à un bébé de faible poids ou prématuré, et que leurs enfants souffrent davantage de mauvais traitements et de complications médicales¹. Elles sont davantage victimes de stress, de dépression, et d'isolement social, et sont plus susceptibles d'avoir de mauvaises habitudes de vie, d'être sous-scolarisées et d'occuper des emplois précaires¹. À la naissance de l'enfant, ces mères adolescentes deviennent chef de famille et souvent, prestataires de l'aide sociale⁵. Plusieurs se retrouvent dans une situation de pauvreté et ont besoin de ressources du réseau environnant, tant sur le plan physique que psychologique.

Qui sont ces mères adolescentes ?

La grossesse chez les adolescentes survient dans tous les milieux et touche toutes les couches de la société, mais un plus grand nombre de celles provenant de milieux socioéconomiquement défavorisés poursuivent leur grossesse⁵. Dans les

années 70, les adolescentes étaient souvent contraintes à se marier "obligées" ou devaient confier leur enfant à l'adoption. Ainsi, l'adolescente mariée qui poursuivait sa grossesse élevait son bébé dans un contexte familial où l'homme assumait son rôle paternel. La nouvelle famille pouvait ainsi évoluer dans un contexte relativement indépendant de toute aide financière extérieure.

À l'heure actuelle, la situation des mères adolescentes est bien différente. Les rapports des centres de réadaptation qui accueillent les adolescentes et les ressources qui les soutiennent mentionnent que depuis le début des années 1990, leur moyenne d'âge a diminué⁵, les 2/3 d'entre elles dépendent de prestations de la sécurité du revenu, et 80% vivent en situation de monoparentalité⁵.

Il n'y a pas d'explication unique à ce phénomène. Les éléments de réponses relevés dans les écrits sont variés et sont d'ordre développemental, affectif, économique, social et culturel⁶. Selon une perspective développementale, il semble que les adolescents n'ont pas toujours des comportements sexuels responsables⁷. Leur stade de développement cognitif les empêche souvent de comprendre ou d'envisager les conséquences à long terme de leurs comportements⁸ et la pensée magique demeure un obstacle majeur à l'utilisation de moyens contraceptifs^{1,9}. Les relations sexuelles à l'adolescence sont marquées par leur caractère spontané et non planifié^{4,10} et les premières expériences sont généralement caractérisées par une absence ou une mauvaise utilisation de moyens contraceptifs¹. Qui plus est, choisir d'avoir un enfant à l'adolescence semble être une actualisation du désir des conduites de risque typiques de cette période de la vie¹¹.

Du point de vue affectif et social, plusieurs adolescentes désirent être enceintes^{11,12}. Parmi les raisons les plus couramment mentionnées on retrouve le désir des adolescentes de combler des carences affectives ou un manque de stabilité, de compenser pour une vie familiale perturbée, bouleversée par la séparation des parents ou par l'arrivée de plusieurs conjoints successifs (beaux-parents)⁴. Elles cherchent aussi à compenser pour l'inceste et la violence subies ou encore à palier à une carence en essayant de reproduire un modèle familial idéal. Des études rapportent que de 50% à 66% d'entre elles auraient subi des abus physiques et/ou sexuels^{13,14}). Par le biais de la maternité, certaines adolescentes tentent également de fuir ou de contourner les difficultés scolaires et d'accéder à un

avenir meilleur. Souvent, elles ne considèrent pas que la maternité risque de limiter leur avenir. La maternité peut même apparaître comme un moyen d'accéder à un statut particulier¹. Les adolescentes ont ainsi le sentiment d'acquiescer une identité qui leur est propre, d'avoir une emprise sur leur vie et d'avoir un rôle à jouer dans la société. Le désir de combler un manque affectif et d'accéder à un nouveau statut par le biais de la maternité apparaîtrait au moment de la prise de décision quant à la poursuite ou non de la grossesse⁴.

Par ailleurs, sur le plan socio-économique, il semble qu'il y a lieu de se questionner quant au lien possible entre l'augmentation du taux de grossesses à l'adolescence et les perspectives d'avenir peu intéressantes ou peu optimistes qui s'offrent aux jeunes, bien que cette hypothèse ne soit pas vérifiée empiriquement. La grossesse à l'adolescence pourrait donc être une réponse à une détresse psychologique. En effet, en 1993, 46% des Québécoises âgées de 15 à 19 ans présentaient un indice élevé de détresse psychologique alors que la proportion était de 36% en 1987. De plus, elles sont six fois plus déprimées que les garçons du même âge et présentent deux fois plus d'idées suicidaires⁹. Aussi, dans les milieux socioéconomiquement défavorisés, la grossesse s'apparente souvent à une stratégie de survie pour l'adolescente visant d'abord à changer sa situation. Devenir enceinte est le moyen choisi pour être un agent actif de changement sur sa propre vie⁵. Si les facteurs explicatifs de la maternité précoce sont multiples, il en va de même des répercussions qu'elle entraîne.

La maternité implique pour l'adolescente de faire face à d'importantes tâches d'adaptation. Elle vit des changements physiques et cognitifs importants qui modifient sa perception d'elle-même et des autres, ainsi que des changements dans la nature de ses relations avec sa famille¹⁵. La mère adolescente doit aussi établir une relation profonde avec un autre être, son bébé, et demeurer empathique et aidante face à la dépendance de celui-ci. Elle doit transiger avec le rôle de parent qui impose beaucoup de responsabilités et exige beaucoup de maturité au moment même où elle vit une période d'égoïsme, particularité de la période de l'adolescence¹⁵. Elle n'a donc pas la tâche facile.

Qui sont les pères ?

Beaucoup d'adolescentes préfèrent vivre la maternité en célibataires et disent ne pas désirer la présence ou la cohabitation avec le père^{11,16}. D'ailleurs au Québec en 1990, 32% des mères de moins de 18 ans n'ont pas déclaré l'identité du père. Plus les mères sont jeunes, plus le père semble absent; à 15 ans, le taux de non-déclaration grimpe à 45%⁵. En comparaison, ce taux se situe autour de 4% pour l'ensemble des femmes québécoises. Parmi les pères reconnus par les mères adolescentes, seulement 6,2% ont moins de 18 ans^{5,17}. La proportion des mères de 15 à 17 ans, qui ont un partenaire âgé d'au moins six ans de plus qu'elles est de 33% au Québec comparativement à 24% dans l'ensemble du Canada¹⁸. Comme ces pères sont souvent absents, on connaît mal leurs caractéristiques car peu d'études ont porté sur cette population. De plus, les recherches menées auprès des pères présentent souvent des problèmes de représentativité et produisent des résultats contradictoires.

Il semble que la présence du père de l'enfant auprès de la mère adolescente procure un soutien psychologique ainsi qu'un support économique et éducationnel à la mère adolescente et à leur enfant¹⁹. D'abord, sur le plan psychologique, le soutien du père influence la satisfaction de la mère adolescente concernant son rôle maternel, favorise l'estime de soi et diminue la possibilité d'une dépression postnatale^{19,20,21}. Sa présence peut être un facteur important dans le retour à l'école de l'adolescente et sur le plan économique, la contribution financière du père, lorsque possible, s'avère bénéfique pour la famille (mère et leur enfant)¹⁹. Il semble toutefois que dans la plupart des cas où le père adolescent est présent, la famille entière vit grâce aux prestations de l'aide sociale. S'ils ne vivent pas de l'aide sociale, les parents adolescents occupent généralement des emplois peu rémunérateurs, ce qui les maintient au niveau ou même sous le seuil de la pauvreté⁴. Souvent, le jeune homme quittera l'école pour accepter un emploi mal rémunéré afin de subvenir aux besoins de sa famille¹⁹.

Au niveau éducationnel, la présence du jeune père est considérée comme étant généralement positive pour le développement physique, cognitif et social de l'enfant²¹. La qualité de la relation affective entre les partenaires est souvent tributaire de celle du père avec son enfant. À l'opposé, la présence d'un père avec

une personnalité à multiples problèmes et vivant de nombreux événements stressants influence négativement la situation de la mère et de son enfant¹⁹.

Toutefois, plusieurs pères adolescents nient leur paternité et ne se sentent pas concernés. Leur présence auprès de l'adolescente serait influencée par la naissance de l'enfant et leur implication serait relative à la nature du sexe de l'enfant²¹. Ils se marient rarement avec la mère adolescente. Ils offrent du soutien et du support durant une certaine période et quittent souvent la mère au cours des deux années suivant la naissance de l'enfant^{4,22,23,24}. Par contre, il semble que plusieurs pères se plaignent de rencontrer de la résistance de la part de la mère, ce qui nuit à leur participation aux soins à l'enfant. À l'inverse, certaines mères rapportent plutôt cette situation comme un désintéressement du père²¹ ce qui amplifie davantage l'existence d'un problème de communication. Certains pères adolescents sont aussi confrontés à la résistance de la part des parents de l'adolescente. Ces derniers encourageraient la restriction au niveau de son implication auprès de la famille. Finalement, leur insécurité financière et leur manque de connaissances quant aux soins de l'enfant s'ajoutent aux obstacles qui mènent éventuellement à un désintérêt de leur part²¹.

Et la compétence parentale ?

Il semble que la compétence parentale des mères adolescentes soit le reflet de la façon dont leur famille leur ont prodigué des soins et de l'attention^{25,26}. La compétence, la confiance en soi et une réponse attentive aux besoins du bébé seraient le fruit d'une relation parentale positive avec les grands-parents du bébé dans laquelle ceux-ci reconnaissent le potentiel et les capacités de l'adolescente et lui prodiguent toute leur attention parentale et leur confiance²⁶.

La compétence parentale est définie comme étant l'habileté réelle du parent à répondre aux besoins de son enfant de manière adaptée et selon l'étape de son développement²⁷. Le sentiment de compétence parentale réfère à la perception du parent de sa capacité à accomplir les tâches reliées à son rôle parental²⁸. Il existe plusieurs conditions préalables à l'acquisition de la compétence parentale dont la maturité psychologique, un fonctionnement cognitif adulte et des attentes réalistes par rapport à ce rôle. La nouvelle mère doit donc posséder la maturité nécessaire

pour être en mesure de prendre soin d'une autre personne et de répondre aux besoins d'un enfant²⁹. Les mères adolescentes sont plus susceptibles que les autres mères d'éprouver des difficultés à fonctionner de façon appropriée en tant que mère à cause des facteurs de risque liés à leur grossesse, à leur développement psychologique et cognitif incomplet et à leur capacité limitée d'assumer un rôle d'adulte²⁹. De plus, leur conditions de vie, souvent difficiles (insuffisance de revenu, sous-scolarisation, monoparentalité, isolement social), ont un impact significatif sur les aspects cognitif, langagier, moteur et socio-affectif du développement de l'enfant. Ces déficits développementaux s'expliqueraient par l'absence de stimulation et de conduites interactives adéquates de la part de la mère adolescente^{34,35,36,37}.

Les jeunes mères ont une perception très positive de leurs capacités parentales⁴. Cependant, certaines études constatent que, comparativement à des femmes plus âgées, les adolescentes en savent souvent moins sur le développement de l'enfant, ont des interactions moins appropriées avec lui/elle et ont des attentes moins réalistes quant à ses comportements et ses habiletés^{14,30,31,32}. De plus, elles seraient plus exigeantes et choisiraient davantage les punitions physiques pour leur enfant, seraient moins sensibles aux indices qu'il/elle émet, adopteraient un style d'interaction non-verbale avec lui/elle et le/la toucheraient moins que les parents plus âgés^{26,33}.

Généralement et toujours en comparaison avec les mères adultes, les adolescentes sont moins sensibles et moins réactives aux besoins de leur enfant, c'est-à-dire qu'elles sont moins habiles à percevoir, à interpréter les signaux de l'enfant et à répondre promptement et de façon appropriée à l'enfant lorsqu'il/elle pleure. Elles sont également moins curieuses quant aux aspects de son développement³⁴. Par conséquent, elles développent des attentes irréalistes envers leur enfant ce qui peut provoquer des frustrations interférant avec le développement d'interactions positives³⁸. Ces mères perçoivent plus souvent leur nourrisson comme ayant un tempérament difficile³⁹. Cette perception est liée à l'apparition de problèmes chez l'enfant⁴⁰ et conséquemment, aux mauvais traitements⁴¹. Les interactions enfant-mère adolescente se caractérisent par des niveaux excessifs d'interférence et de coercition de la part de la mère, par l'usage

fréquent d'interventions physiques³⁹ et par le rejet manifeste de l'enfant dans certains cas⁴¹. Le stress et la dépression qu'engendre bien souvent la situation des mères adolescentes interfèrent avec leur habileté à reconnaître les besoins de l'enfant²⁹, affectent la qualité de leur relation et de ce fait, placent l'enfant en position de risque d'abus physiques²⁴. Il faut aussi remarquer que la pauvreté et la maternité précoce sont deux facteurs souvent interreliés et particulièrement accablants pour le développement de l'enfant.

Qui sont ces bébés ?

Les connaissances actuelles montrent que le nouveau-né est un être conscient contrairement à ce que l'on a trop longtemps pensé. Déjà, pendant la phase prénatale, le monde sensoriel du fœtus est très intense et ses expériences lui permettent de naître avec de multiples compétences. Dès sa naissance, le nouveau-né joue un rôle actif en structurant son propre contexte humain. Il possède plusieurs capacités neurologiques, sensorielles et comportementales.

Au niveau neurologique, le nouveau-né possède un tonus musculaire et des réflexes archaïques (Moro, Babinski, succion, marche automatique, agrippement). Bien qu'il n'ait pas encore les pensées et les sentiments qu'il aura plus tard, il n'en est pas moins un être sociable, capable de communiquer avec son entourage. Dès la naissance, le bébé démontre une capacité de percevoir et de répondre aux stimuli en prêtant une attention visuelle et auditive⁴². Il se sert de divers moyens pour communiquer, tels que les cris, les mouvements et les mimiques. Au niveau sensoriel, le nouveau-né réagit aux caresses ainsi qu'aux émotions de la mère. Sa vision est floue jusqu'à l'âge d'un mois. De ce fait, la pénombre semble plus adéquate que la luminosité. Initialement, ses possibilités d'attention sont plutôt brèves et son intérêt est plus marqué pour les visages humains. Le premier regard avec l'adulte constitue le début d'un contact relationnel parent-enfant. Ses capacités auditives sont très développées et dans le calme, il oriente sa tête vers un bruit ou réagit à la voix de ses parents. L'intonation de la voix est fondamentale pour le calmer et le rassurer. Finalement, ses sens de l'odorat et du goût lui permettent de différencier certaines saveurs.

Au niveau comportemental, le nouveau-né est génétiquement prédisposé à réagir et répondre à des signaux qui dérivent à la fois d'information émanant de son organisme (froid, faim, douleur) et de l'environnement (bruit fort, obscurité brusque, etc.). Ses comportements conduisent à un but, soit celui d'assurer la proximité de la personne qui prend soin de lui afin de satisfaire ses besoins⁴³.

En somme, le nouveau-né possède une capacité de contrôle de son état de conscience, de la qualité et de la durée de ses interactions, ainsi qu'une tolérance au stress. Il peut s'adapter aux changements. Au niveau social, il peut manifester de la dépendance ou de l'indépendance dans ses interactions⁴⁴.

Parmi les conséquences du parentage adolescent sur la santé et le développement des bébés, on note qu'ils sont plus à risque de développer des troubles de comportement et d'avoir des accidents⁵ ou d'avoir un retard de développement du langage ou d'autres troubles du langage⁴⁵. Durant l'enfance et le jeune âge, ces enfants sont plus à risque de souffrir d'infections respiratoires, de malnutrition et de problèmes gastro-intestinaux⁴⁷. Ils présentent également un taux de mortalité plus élevé (syndrome de mort subite du nourrisson, accidents, maladies, blessures et infections)^{1,48}. À long terme, ces enfants présentent plus souvent des problèmes psychologiques et cognitifs qui entraînent des difficultés d'adaptation scolaire⁴⁹. De plus, il semble qu'ils soient plus sujets à la négligence chronique, à l'abandon et aux abus sexuels et physiques que les enfants nés de mères plus âgées^{38,50}. En somme, le niveau de développement et de maturité de la mère adolescente ainsi que son statut socioéconomique influencent de façon significative le développement du nouveau-né et la relation mère-enfant.

Et la relation mère-enfant ?

Les conditions favorables au développement de l'enfant prennent racine dans une relation bienveillante et affectueuse avec la personne qui s'occupe de lui quotidiennement⁵¹. Dès la naissance, la phase d'acointance débute entre la mère et son enfant⁴². Il s'agit d'une phase de découverte qui est caractérisée par la recherche d'information sur l'autre et l'attribution d'un sens à ses perceptions⁵². C'est à partir de cette découverte et de la connaissance mutuelle que se forme l'attachement qui est la composante affective la plus puissante de la relation parent-

enfant. Ce processus d'attachement se caractérise par la recherche et le maintien de la proximité et la réciprocité dans les échanges verbaux et non-verbaux, ainsi que la formation de sentiments habituellement positifs⁵² (voir figure annexe A).

Les caractéristiques et le comportement du nouveau-né influencent la qualité de la relation mère-enfant⁵³. Le nouveau-né peut amorcer une interaction et s'assurer de la proximité de l'adulte⁵² soit en pleurant, en grimaçant ou en gigotant⁵⁴. Ces comportements assurent la survie de l'enfant parce qu'ils suscitent une réponse à ses besoins de nourriture, de sécurité et d'affection⁵².

Chaque enfant naît avec un tempérament spécifique et une certaine capacité d'adaptation⁵⁰. L'impression de bien-être que peut ressentir le bébé dépend fortement de son appariement avec la personne qui en prend soin, principalement sa mère⁵⁵. Cet appariement correspond à la façon dont la mère et l'enfant s'ajuste l'un à l'autre, dans un dialogue affectif progressif fait d'avances et de reculs, de répliques et de réactions qui, lorsque tout se passe bien, favorise le développement⁵⁵. Un appariement défectueux, par exemple un bébé passif dont la mère est hyperactive, et un mauvais synchronisme peuvent créer une spirale ascendante de malaises, de déceptions, lesquels peuvent mener à des troubles relationnels⁴¹ (voir la figure de l'interaction parent-enfant à l'annexe A). Ces troubles peuvent se généraliser plus tard pour représenter des problèmes d'ajustement social. Un mauvais synchronisme mère-enfant nécessite une prise de conscience, suivi d'une modification du comportement de la mère afin de mieux décoder les signaux de son enfant⁴¹.

L'établissement du lien d'attachement implique une relation stable et permanente dans laquelle le parent se sent responsable et engagé envers l'enfant⁵². Cependant, les parents ne répondent pas tous de la même façon au comportement et à l'individualité de leur enfant. La relation mère-enfant peut être altérée par plusieurs facteurs tels que le faible poids à la naissance, la prématurité, le jeune âge de la mère et des conditions de vie difficiles⁴⁴.

Plusieurs facteurs reliés au développement de l'adolescente interfèrent dans sa relation avec l'enfant, tels que son développement cognitif incomplet, l'isolement social et l'ajustement psychosocial⁵⁶. Les interactions mère-enfant sont habituellement de faible qualité³⁹ et le style parental de la mère adolescente serait

caractérisé par un manque de sensibilité et une utilisation accrue de la restriction et de la punition physique, des interactions verbales moins nombreuses et de faible qualité comparativement aux mères adultes. Ainsi, l'imprévisibilité du fonctionnement psychique des mères adolescentes peut les amener à solliciter leur bébé alors qu'il ne demande rien et à contrario, le laisser dans le désarroi sans réponse à ses demandes. Dans ce contexte, le bébé n'arrive pas à anticiper l'attitude de sa mère et à décoder ses comportements ce qui représente une condition essentielle au développement d'une relation de confiance^{35,50}. L'enfant vit alors de l'insécurité dans ses relations interpersonnelles, pouvant entraîner d'importantes limitations émotionnelles et sociales pour son développement^{34,39}. Dans ce contexte, on assistera au début ou à la continuité d'un processus intergénérationnel de difficultés relationnelles chez les enfants issus de mères adolescentes.

Somme toute, chaque enfant est unique par son potentiel, tout comme sa mère l'est par son expérience de vie. Les caractéristiques et le comportement de chacun influencent la qualité de leur relation⁵³.

Qu'en est-il de leur réseau familial et communautaire ?

Pendant la période de la maternité à l'adolescence, le soutien de l'environnement, qu'il soit psychologique, économique, matériel ou éducatif, s'avère très significatif en cette période d'adaptation⁵⁷. En effet, les études démontrent clairement que les adolescentes qui réussissent le mieux à se développer et à assumer leur rôle de mère sont celles qui reçoivent du soutien de leur réseau social qu'il soit formel ou informel^{1,4}. Malgré leurs conditions de vie, bien des adolescentes réussissent progressivement à intégrer leur nouveau rôle de parent¹ grâce au soutien reçu de l'entourage, qu'il provienne des parents, de leur réseau social, des ressources environnantes ou d'un système de gardiennage⁵. Le soutien parental permet à l'adolescente de réduire son niveau de stress, d'amoindrir les bouleversements dans sa vie, ainsi que d'augmenter son estime de soi^{58,59, 60} et son sentiment de sécurité⁵⁹. Le soutien parental (grands-parents) joue un rôle

déterminant sur la possibilité et la capacité de la mère adolescente de briser son isolement, de passer par-dessus les difficultés et éventuellement de retourner à l'école ou sur le marché du travail en vue de poursuivre son projet de vie¹⁷. Sans ce soutien parental, peu de mères adolescentes retournent sur les bancs d'école ou, quand elles le font, y retournent seulement au moment où leur enfant entre à l'école.

Cependant, toutes les mères adolescentes ne profitent pas des effets bénéfiques du soutien social, car plusieurs d'entre elles vivent isolées et les gens de leur entourage démontrent un plus faible potentiel d'aide que ceux des mères adultes. De plus, contrairement aux mères de classe moyenne, la source principale de soutien des jeunes mères ne provient pas du père biologique de l'enfant, mais des personnes de leur réseau familial ou communautaire⁶¹, principalement de leur mère⁴. Cette situation ne représente pas toujours la meilleure solution pour la mère adolescente, car il n'est pas rare que la grand-mère du bébé en vienne à s'en approprier la responsabilité, interférant avec l'apprentissage du rôle maternel de l'adolescente tout en augmentant la possibilité de créer ou d'exacerber des conflits^{4,62}. Une relation conflictuelle entre l'adolescente et sa mère peut nuire au bien-être et à la santé psychologique de l'adolescente. Certaines études démontrent que les adolescentes qui reçoivent du soutien maternel dans le cadre d'une relation mère-fille conflictuelle vivent plus de stress, éprouvent une baisse d'estime de soi⁵⁸, ressentent plus de symptômes dépressifs⁶³ et de frustrations dans les soins qu'elles donnent à leur bébé²⁶ que les mères adolescentes qui reçoivent du soutien dans le cadre d'une relation non-conflictuelle. Cette situation est évidemment plus susceptible de se produire lorsque la jeune mère a choisi de demeurer chez ses parents plutôt que de s'installer dans un logement indépendant; un choix qui n'en est pas toujours un, considérant l'absence de ressources personnelles de l'adolescente²³. Il semble que même en présence de relations familiales positives, le manque de soutien social est relié à une augmentation de stress du parentage adolescent et à une diminution des comportements maternels adéquats envers le bébé⁶⁴. Par ailleurs, on constate que les mères adolescentes qui vivent des problèmes d'adaptation à la maternité et qui n'ont pas de soutien familial postnatal ou éprouvent des difficultés d'insertion sociale ne tirent pas avantage des services

du réseau de la santé et des services sociaux. Ces mères adolescentes sont celles qui ont le moins recours aux programmes existant dans les organismes communautaires. Elles sont démunies, sous-scolarisées et prennent plus de temps que les autres pour s'en sortir¹.

Au Québec, un certain nombre de ressources communautaires offrent une variété de services aux jeunes mères. Les principales ressources mises à leur disposition et utilisées par elles sont celles des CLSC, des cliniques des jeunes, les écoles, les centres Jeunesse, les centres hospitaliers et les organismes communautaires, dont les maisons des jeunes⁶⁵. Pour certaines adolescentes présentant des problèmes d'ajustement social, il existe des ressources offrant des services particuliers tels que les centres d'accueil et de réadaptation. Dans le réseau de la santé, ce sont les CLSC qui sont les premiers mandataires des suivis postnataux. Mais peu d'entre eux offrent un suivi postnatal personnalisé et adapté à la réalité des mères adolescentes et aucun n'offre de suivi précoce et intensif. Lorsqu'ils existent, les adolescentes ne sont pas enclines à y participer en raison de leur méfiance envers les intervenant(e)s, ou encore, les intervenants se sentent mal outillé(e)s pour faire face à la complexité du phénomène de la maternité à l'adolescence¹. Or, plus longtemps l'adolescente participe à un programme complet structuré (suivi médical, information, développement des compétences parentales, éducation sur le développement de l'enfant, résolution de problèmes quotidiens, etc.) plus elle repousse la probabilité de redevenir enceinte dans un avenir rapproché, plus son développement et celui de son enfant sont favorisés et plus les apprentissages sont acquis et appliqués dans la vie de tous les jours⁶⁶.

Il est démontré que l'habilitation des adolescentes et le développement de leur potentiel par le développement de programmes structurés ont une influence positive importante sur leur santé⁶⁷ et ce, particulièrement pour les mères adolescentes en milieu défavorisé⁶⁸. De plus, tel que l'exprime⁶⁹ «...dans la mesure où ces jeunes mères ont accès à des modèles de réussite, obtiennent du soutien de la part de leurs parents, peuvent faire appel à des réseaux d'aide informel, dans la mesure où elles ont conservé leurs aspirations professionnelles, elles réussissent à s'en sortir. »

En somme, les adolescentes ont besoin d'être accompagnées dans leur démarche afin d'accroître leurs aptitudes à satisfaire leurs besoins, à résoudre leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires pour contrôler leur vie. Puisque le réseau communautaire ne cible pas spécifiquement les adolescentes et que celles-ci ne s'y reconnaissent pas ou n'y trouvent pas toujours leur compte, d'autres stratégies d'intervention sont nécessaires pour offrir aux jeunes mères un soutien adapté à leurs besoins. Dans ce contexte, l'infirmière s'avère être la professionnelle toute désignée auprès des adolescentes pour les informer, les accompagner et favoriser le développement d'une saine relation mère-enfant en utilisant des stratégies d'intervention basée sur l'approche systémique et l'habilitation.

Intervention infirmière

Les stratégies d'interventions basées sur l'approche systémique et l'habilitation favorisent l'autonomie de l'individu. Ces deux approches représentent donc des outils de choix pour les infirmières qui effectuent un suivi postnatal auprès des mères adolescentes. Les stratégies d'intervention basées sur ces approches sont détaillées à l'annexe B et une brève description de chacune est présentée ci-dessous.

L'approche systémique vise à aider la famille à trouver ses propres solutions pour s'adapter à des changements physiques ou émotionnels engendrés par une nouvelle situation de vie. Le but des interventions consiste à accroître la compétence familiale face aux défis et aux difficultés rencontrées et à créer un contexte propice au changement. À cette fin, l'intervenant qui utilise cette approche s'intéresse au système de croyances familiales, à la flexibilité des rôles et des règles, aux modes de communication, à l'efficacité des stratégies d'adaptation et aux relations avec les professionnels de la santé⁷⁰.

L'habilitation est un processus par lequel la personne tente d'exercer du contrôle, d'obtenir les ressources nécessaires à la satisfaction de ses besoins et de comprendre de façon critique son environnement social. Le but ultime de ce processus est d'aider la personne à devenir autonome dans la résolution de ses problèmes et la prise de décision⁷¹. Par l'habilitation, l'intervenant s'intéresse aux forces de la personne et à ses habiletés plutôt qu'à ses déficits et ses besoins. Il

existe de multiples définitions de l'habilitation mais il y a consensus à l'effet que l'habilitation demande de l'engagement et de l'action. L'approche systémique et l'habilitation sont décrites avec plus de détails à l'annexe B.

La section suivante contient un aide-mémoire pour le suivi post-natal accompagné d'un tableau résumant les stades et les tâches du développement à l'adolescence. L'annexe A présente la figure du cadre de référence de l'attachement, ainsi que la représentation du processus d'interaction entre le parent et son enfant. L'annexe C présente un guide d'évaluation post-natale de la mère et du nouveau-né, alors que l'annexe D présente des informations sur la contraception chez les adolescentes.

Aide-mémoire pour le suivi post-natal

Remarque importante : Il est à noter que l'information détaillée contenue dans cet aide-mémoire pour le suivi des mères adolescentes constitue des aspects à considérer lors du suivi. Il est toutefois nécessaire d'établir des priorités dans le choix des éléments sur lesquels intervenir auprès de la mère adolescente. En effet, il ne faut pas surcharger les jeunes mères d'information et c'est pourquoi il est préférable d'identifier les considérations prioritaires lors du suivi tout en essayant de couvrir l'ensemble des éléments essentiels à un suivi global.



STADES DU DÉVELOPPEMENT À L'ADOLESCENCE

PÉRIODE DE L'ADOLESCENCE	PRÉDOMINANCE	PHYSIQUE	COGNITIF	PAIRS	SEXUALITÉ	ÉMOTION	IDENTITÉ	PARENTS
11 - 14 ans	Transformations physiques	Croissance accélérée Début de la pilosité Apparition des traits sexuels secondaires	Pensée concrète "ici et maintenant" Pensée abstraite en développement Comparaison de la normalité avec les amis de même sexe	Relations avec des personnes ou groupe du même sexe Période d'identification au groupe	Auto exploration et évaluation Intimité limitée	Ambivalence Expression colérique Humeur labile, emportement, insultes verbales colère verbale	Préoccupation envers les changements Joue différents rôles Conformité au groupe d'amis du même sexe Timidité dans les situations sociales	Ambivalence entre l'interdépendance et la dépendance Besoin de détachement Absence de conflits majeurs sous l'autorité parentale
15 - 17 ans	Transformation de la vie sociale Atteinte à 95% de la maturité du développement staturo-pondéral	Diminution de la poussée de croissance Atteinte à 95% de la maturité du développement staturo-pondéral	Évolution de la pensée abstraite (capacité de faire des hypothèses) Impulsivité et imprévisibilité Début de la capacité à percevoir les implications à long terme Début de la conscientisation sociale et politique	Affirmation de l'image de soi vs le groupe du même sexe Acceptation par le groupe Exploration et développement des interactions avec l'autre sexe	Relations multiples (expérimentation de la sexualité) Comportements à risque Exploration du sex-appeal Décision d'hétérosexualité ou d'homosexualité Apparition du sentiment d'être en amour	Tentative d'introspection Difficultés à demander de l'aide Fluctuations des émotions Début du contrôle des émotions	Période d'égoïsme Période de fantaisie et d'idéalisation Aptitudes sociales limitées La figure d'autorité est perçue comme une menace à l'autonomie	Conflits majeurs entre la recherche d'indépendance et le contrôle exercé par les figures d'autorité Début du détachement émotionnel
18 - 20 ans	Consolidation de l'identité Engagement dans les perspectives d'avenir	Maturité physique Maturité sexuelle et reproductive complétée	Pensée abstraite établie Capacité d'anticiper les répercussions de ses décisions dans le futur Identité psychologique établie	Importance de la relation individuelle Relation avec l'autre sexe Relation d'échange	Stabilité des relations et période d'attachement Capacité d'échange, de réciprocité Intimité et romantisme	Aptitude à contrôler sa colère et ses émotions Émotions plus constantes	Identité sexuelle irréversible Consolidation de l'identité et stabilité de l'estime de soi Rôle social défini Figure d'autorité est considérée sur un pied d'égalité	Séparation émotionnelle et physique des parents Indépendance avec la famille Indépendance affective Recherche de l'indépendance financière

PÉRIODE POSTNATALE 0-1 SEMAINE

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Santé de la mère adolescente Physique	<p>Évaluer l'état de santé de la mère adolescente⁷³.</p> <p>Les signes vitaux : retour à la normale</p> <p>Attention à la présence d'une température élevée. Si T° élevée plus de 2 jours = infection;</p> <p>Détection de signes d'hypertension</p> <p>L'utérus et les lochies : involution et fermeté de l'utérus, détection de signes d'infection; modification des lochies (quantité, apparence et odeur)</p> <p>La diastase des grand-droits,</p> <p>Le périnée : diminution de l'œdème, si rougeur ou œdème prononcé, consulter un MD</p> <p>L'élimination urinaire : plus abondante entre le 2^e et 5^e jours</p> <p>L'élimination fécale : selle au 2^e ou 3^e jour; si difficulté, vérifier la présence d'hémorroïdes et la douleur, gaz surtout chez celle ayant eu une césarienne</p> <p>La présence d'œdème aux membres inférieurs : résorption dans les premiers jours</p> <p>En présence d'une césarienne : inspection de la plaie (rougeur, œdème, écoulement, douleur, séparation).</p> <p>L'état des seins et des mamelons (rougeurs, gercures, douleur).</p> <p>Échanger sur les signes et symptômes de complications postnatales. [<i>Désir d'autonomie</i>]*</p> <p>Confirmer si elle a déjà pris un rendez vous médical et renseigner la mère sur la pertinence de prendre un rendez-vous médical chez son médecin pour la 6^e semaine suivant l'accouchement.</p>	Annexe C	<p>Vérifier les stratégies de la mère adolescente pour résoudre un problème de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sa façon de faire quand elle a un problème de santé; • si elle a recours à une ressource spécifique pour résoudre son problème de santé?
		Annexe C	Échanger de façon à ce que la mère puisse se responsabiliser face à sa santé.

⁷³ - *Plusieurs mères adolescentes reviennent à la maison dans les 48 heures suivant l'accouchement. Le suivi postnatal sera fait à la maison par l'intervenante privilégiée. Il existe certains protocoles de fonctionnement afin d'assurer un suivi adéquat tant pour la mère que pour son enfant.*

* Les notes en italiques entre crochets réfèrent aux caractéristiques des « Stades de développement à l'adolescence » du tableau situé au début de l'aide-mémoire.

PÉRIODE POSTNATALE 0-1 SEMAINE

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Santé de la mère adolescente Physique (suite)	<p>Vérifier si elle mange adéquatement selon sa période de croissance et ses besoins pendant la période de l'allaitement maternel^{74,75}.</p> <p>Vérifier si la mère adolescente a de la nourriture.</p> <p>Discuter de la présence des problèmes de santé reliés à l'alimentation (diabète, anémie, etc.).</p> <p>S'assurer que la mère adolescente se repose durant la journée et qu'elle ne fait pas d'insomnie.</p> <p>Accompagner la mère adolescente face à sa décision d'allaiter.</p> <p>Renseigner la mère adolescente sur les soins des seins: support des seins, gerçures, engorgement, montée laiteuse, positionnement, signes et symptômes de mastite.</p> <p>Vérifier ses connaissances et sa motivation concernant l'allaitement maternel. L'informer des bienfaits de l'allaitement maternel (mère-enfant)³⁷.</p> <p>Vérifier et informer de la technique de mise au sein, de la succion du nouveau-né, de la fréquence et de la durée de la tétée.</p> <p>Vérifier la présence de tabagisme chez la mère.</p> <p>Si nécessaire, discuter des risques de la fumée du tabac pour les enfants (infections respiratoires, asthme, otite, syndrome de mort subite). L'encourager à ne pas fumer dans le logement ou dans l'auto.</p>	<p>Dietétiste</p> <p>Vidéo «L'art de l'allaitement»⁷⁶ Document : « Mieux vivre avec son enfant » [MVE]⁷⁷ p. 105-117 Annexe C MVE⁷⁷ p. 107-109</p> <p>MVE⁷⁷ p. 125</p>	<p>Vérifier avec la mère adolescente sa diète journalière et guider ses choix vers des aliments nutritifs.</p> <p>Au besoin, accompagner la mère vers des ressources pouvant combler ses besoins alimentaires et ceux de son bébé. [<i>Difficulté de demander de l'aide</i>]</p> <p>Encourager la mère adolescente à faire appel à ses routines pour se reposer. Échanger sur ses habitudes et la renseigner sur les moments propices au repos dans la journée.</p> <p>Si la mère adolescente allaite, l'encourager à continuer. Confirmer ses capacités d'allaitante et l'accompagner pour trouver du soutien dans son entourage : ressources familiales ou communautaire telles les Mairaines, La Lèche, etc. [<i>Aptitudes sociales limitées</i>]</p> <p>Faciliter une prise de décision éclairée face aux conséquences du tabagisme pour elle et son enfant. [<i>Capacité de percevoir les implications à long terme</i>]</p>
<p>⁷⁴ - Les besoins alimentaires pendant la période de l'adolescence requièrent une augmentation d'apports riches en calcium, protéines et en fer. Les adolescentes désirent être mince et utilisent un contrôle alimentaire, ce qui les place en position de risque.</p> <p>⁷⁵ - une prise inadéquate de phosphore et de calcium contribuerait à la déminéralisation des os durant la période de lactation chez les mères adolescentes.</p>			

PÉRIODE POSTNATALE 0-1 SEMAINE

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
	<p><i>37- Le lait maternel des mères adolescentes diffère très peu de celui des mères adultes (colostrum, protéines, énergie, lactose, gras, nitrogène, potassium, calcium, sodium), mais la production de lait des mères adolescentes serait moins abondante (la diminution de la fréquence, la durée de l'allaitement et la supplémentation par le lait maternisé expliqueraient ce phénomène). Le support à l'allaitement favorise la compréhension de ce phénomène naturel, des bienfaits nutritifs et favorise la relation mère enfant. L'adolescente est préoccupée par son image corporelle. Pour elle, ses seins représentent plutôt un organe sexuel. Ce qui explique qu'elle peut être embarrassée par le fait d'allaiter en public.</i></p>		

PÉRIODE POSTNATALE 0-1 SEMAINE

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Psychologique	<p>Vérifier les perceptions de la mère adolescente envers son accouchement, son bébé, son nouveau rôle de mère et le retour à la maison.</p> <p>La mère devrait normalement être dans l'étape de « prise en charge » où elle est soucieuse de ses fonctions corporelles, mais prête à recevoir l'information sur son nouveau rôle.</p> <p>Écouter et permettre l'expression des affects (sentiments et émotions). [<i>Peu de contrôle des émotions</i>]</p> <p>Demander de communiquer avec un intervenant aussitôt qu'elle sent qu'elle pourrait se blesser ou blesser son bébé.</p> <p>Discuter avec la mère adolescente de la présence dans l'entourage de personnes de confiance pour la soutenir et l'aider au besoin. [<i>Conflits entre la recherche d'indépendance et le contrôle exercé par des figures d'autorité</i>]</p> <p>Faire verbaliser sur son image corporelle et sa perte de poids suite à son accouchement⁷⁴. [<i>Affirmation de l'image de soi</i>]</p>	Annexe C : Post-partum	<p>Renseigner la mère au sujet de la labilité des émotions à cette période et l'encourager à exprimer ses irritations. Mettre en évidence la normalité de cette situation chez les mères en général.</p> <p>Faire valoir l'importance de gestes préventifs chez la mère en tant que responsabilité parentale.</p> <p>À partir des perceptions de la mère, l'aider à identifier des personnes de confiance et déterminer le type d'aide qu'elle pourrait obtenir d'elles en cas de besoin. [<i>Difficulté de demander de l'aide</i>]</p>
Partenaire (s'il y a lieu)	<p>Discuter seule avec la mère de la place du père de l'enfant dans sa vie et celle de leur bébé.</p> <p>Vérifier la perception du père adolescent (s'il y a lieu) concernant l'expérience de l'accouchement de sa partenaire et la perception de son bébé.</p> <p>Faire verbaliser et échanger avec le père sur le rôle qu'il pourrait adopter auprès de la mère adolescente et de leur bébé (support financier, physique etc.).</p> <p>Valoriser les interventions du père</p> <p>Discuter de l'importance de son implication auprès de son enfant pour favoriser le lien d'attachement⁷⁸.</p> <p>Faire verbaliser le père sur sa relation de couple.</p>		<p>Favoriser l'implication concrète du père en fonction de la vision qu'elle a de son rôle.</p> <p>Encourager le partenaire de la mère adolescente à prendre soin du bébé, à soutenir et supporter la mère.</p> <p>Mettre en évidence ses capacités et ses connaissances.</p>
<p>⁷⁴ - Les adolescentes désirent être mince et utilisent un contrôle alimentaire, ce qui les place en position de risque.</p> <p>⁷⁸ - Le soutien du père adolescent influence indirectement le comportement de la mère adolescente. Son support (qualité et fréquence) facilite une meilleure adaptation de la mère adolescente face à son au rôle maternel.</p>			

PÉRIODE POSTNATALE 0-1 SEMAINE

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Santé et développement de l'enfant	<p>Examen physique du nouveau-né Vérifier l'état de santé de l'enfant: les signes vitaux le gain de poids la jaunisse (bilirubine) l'intégrité de la peau, de la tête (fontanelles), du siège les soins du cordon ombilical.</p> <p>Toujours avoir une préoccupation pour l'hydratation et l'élimination chez le bébé. Vérifier l'apparence de l'urine et des selles (fréquence, couleur, consistance).</p> <p>Vérifier la présence des réflexes (point cardinaux, succion, Moro, préhension palmaire et plantaire, Babinski). Vérifier la façon de tenir le bébé (soutenir la tête).</p> <p>Vérifier la capacité du bébé de boire, son alimentation au sein ou au biberon (quant./freq.) ainsi que la prise de vitamine D (allaitement).</p> <p>Si la mère choisit l'alimentation au biberon: la renseigner sur la préparation du lait, la conservation, le choix des biberons, l'horaire des boires, la manière de donner le biberon et de faire faire ses rots.</p> <p>Discuter des mesures de sécurité pour son enfant (siège d'auto adapté, lit sécuritaire, etc.). Protéger le bébé contre les chutes, ne pas le laisser sans surveillance. Renseigner les parents sur le syndrome de mort subite du nourrisson et encourager les parents à coucher le bébé sur le dos, sans oreiller.</p> <p>Discuter de la possibilité d'allergie en présence d'animaux dans la maison.</p>	<p>Annexe C MVE⁷⁷ p. 53 MVE⁷⁷ p. 11-13</p> <p>MVE⁷⁷ p.15, 269, 273</p> <p>MVE⁷⁷ p. 54, 174</p> <p>Annexe C</p> <p>MVE⁷⁷ p. 106 MVE⁷⁷ p. 148 MVE⁷⁷ p. 88</p> <p>MVE⁷⁷ p. 138-154 MVE⁷⁷ p. 145</p> <p>Dépliant MVE⁷⁷ p. 302-313</p> <p>Dépliant MVE⁷⁷ p. 50</p> <p>Dépliant</p>	<p>S'appuyer sur la perception de la mère adolescente ou de son partenaire quant au développement de leur enfant.</p> <p>Il y-a-t-il eu quelque chose de particulier qu'ils ont observé chez leur enfant? Comment a-t-il changé depuis sa naissance? Partir de la façon qu'a la mère adolescente ou son partenaire de s'occuper de l'enfant. Partir de leurs questions.</p> <p>Vérifier la manière dont la mère adolescente ou son partenaire font face aux problèmes de santé de l'enfant.</p> <p>Vérifier s'ils ont fait appel à une ressource spécifique à cet effet : pédiatre, médecin de famille, infirmière, etc. [Difficultés à demander de l'aide]</p> <p>Faire réfléchir la mère adolescente sur la nécessité de créer un environnement sécuritaire pour son bébé. [Période d'égoïsme]</p>

PÉRIODE POSTNATALE 0-1 SEMAINE

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Compétence parentale	<p>Discuter du rôle de parent avec la mère, le père (et autre personne significative).</p> <p>Encourager l'expression des sentiments (pleurs, regret). Rassurer la mère quant aux émotions ressenties.</p> <p>Vérifier les attentes de la mère adolescente face à l'enfant. [Période de fantaisie et d'idéalisation]</p> <p>Vérifier les attributions à l'enfant ex: (Il pleure pour me faire fâcher). [Capacité d'introspection limitée]</p> <p>Permettre la verbalisation de la perception de son enfant.</p> <p>Encourager le parent à répondre rapidement aux signaux de l'enfant et à le stimuler aux moments opportuns^{38,80}. [Impulsivité et imprévisibilité]</p> <p>Accompagner la mère dans la découverte de son enfant.</p> <p>Augmenter les connaissances en échangeant sur les soins et le développement du nouveau-né (affectif, social, cognitif et comportemental)^{38,61,79,80}.</p> <p>Aider le parent à connaître le tempérament de son enfant. [Pensée abstraite en développement]</p> <p>Aider le parent à reconnaître les phases d'éveil et de sommeil.</p> <p>Affermir la capacité d'attachement des parents envers l'enfant par la découverte, la proximité, la réciprocité et l'engagement^{38,79,80}. [Apparition du sentiment d'être en amour]</p> <p>Encourager la précocité et le maintien du contact parent-enfant.</p> <p>Insister sur l'importance du contact visuel et physique parent-enfant.</p>	<p>Vidéos « L'aventure parentale »⁸¹ « Les 6 premiers mois de la vie »⁸²</p> <p>Annexe A</p> <p>Annexe B Vidéo « Créer des liens »⁸³</p> <p>Annexe A</p>	<p>À ce moment, la mère (et le père) n'a pas encore développé de routine avec l'enfant. Toutefois, il est essentiel de faire ressortir les gestes ou paroles qui semblent adaptés aux signaux de l'enfant et ceux qui le sont moins.</p> <p>Faciliter la reconnaissance de points de repère pour les confirmer dans leur compétence parentale. Leur faire exprimer, à partir de leurs perceptions, qui est leur enfant.</p>
<p>^{38,80} - Les mères adolescentes sont moins sensibles aux demandes de leur nouveau-né. Cette insensibilité diminue l'interaction verbale et engendre un manque de stimulation du nouveau-né.</p> <p>³⁸ - La qualité de l'interaction mère enfant est directement liée aux conditions de pauvreté dans laquelle se retrouve la plupart des mères adolescentes. Les caractéristiques reliées à cette situation sont le jeune âge, le manque d'expérience, la dépression et les problèmes socio-économiques.</p> <p>La promotion de la qualité de la relation parent-enfant favorise le processus de sécurité et d'attachement.</p> <p>⁸⁰ - Le besoin premier du nourrisson est celui d'un attachement sécurisant et stable, fondé sur les soins et l'amour rattachant l'enfant à la figure maternelle. La solidité de l'attachement dépend surtout de la qualité du temps que parent et enfant passent ensemble et de la capacité des parents de répondre de manière sensible et cohérente aux besoins de l'enfant.</p> <p>^{79,80} - Ainsi, des recherches démontrent que le type d'attachement de l'enfant dans la première année de vie (sécure, évitant ou ambivalent) prédit le développement de ce dernier à travers tout le cycle de vie.</p> <p>⁶¹ - Des recherches démontrent que le développement du cerveau dépend des expériences sociaux-affectives précoces de l'enfant dans son environnement familial.</p>			

PÉRIODE POSTNATALE 0-1 SEMAINE

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Compétence parentale (suite)	Encourager la démonstration d'affection, d'amour, de communication, verbale et physique lors des soins tels que les biberons, le bain ou les changements de couche. Favoriser l'engagement de la mère adolescente envers son bébé (disponibilité physique et psychologique en utilisant l'empathie comme stratégie).	Annexe A	Partir de ses propres habitudes relationnelles, pour encourager la mère adolescente à prendre conscience de la façon dont elle interagit avec son bébé. Mettre en évidence sa façon de communiquer avec son bébé et la réponse de celui-ci aux stimulations de sa mère. [<i>Tentative d'introspection</i>]
Interpersonnel	Évaluer la qualité et la quantité des différentes sources d'aide. Vérifier et discuter des différentes sources de soutien dans la famille immédiate (mère, tante, etc). [<i>Besoin de détachement face aux parents</i>] Rencontrer les personnes significatives avec la mère adolescente afin de clarifier le rôle et les attentes de chacun pour favoriser l'adaptation. S'assurer de faire circuler l'information ²³ . [<i>Timidité dans les situations sociales</i>]		Faire référence à ses façons habituelles de se dépasser lorsqu'elle est dans le besoin. Accompagner la mère adolescente dans ses démarches auprès des membres de sa famille seulement si elle en exprime la demande.
Socioéconomique	Faire connaître les ressources du milieu ex: pédiatre, clinique médicale, info-santé, CLSC, centre communautaire, maison de la famille, groupes d'entraide en allaitement et postnatal et encourager leur utilisation ¹ . Vérifier si la mère (ou les parents) a tout le matériel nécessaire pour prendre soin de son bébé (lit, layette, biberon, etc.). Offrir un accompagnement à se procurer le matériel. Informar la mère des prestations fiscales liée à la venue du bébé: B.E.S., RAMQ, prestation fiscale du Canada, allocations familiales du Québec, allocation pour les mères qui allaitent ou pour soutenir l'achat de préparation lactées (sécurité du revenu). [<i>Figures d'autorité perçues comme une menace à l'autonomie</i>]	Dépliant Bottin des ressources Dépliant MVE ⁷⁷ p. 23-25	Accompagner la mère adolescente vers les organismes communautaires. [<i>Aptitudes sociales limitées</i>] Échanger avec la mère adolescente sur ses façons d'affronter des problèmes, l'encourager à faire appel à ses actions habituelles pour solutionner ce type de problèmes.

²³ - Les infirmières qui soutiennent les parents peuvent intervenir en faisant l'inventaire de leur réseau social. À l'aide de l'écocarte, et en évaluant qu'elle est leur satisfaction quant à leurs sources de soutien. L'écocarte démontre les relations importantes que la famille entretient avec les différents membres de son réseau social et familial, qu'elles soient une source d'enrichissement ou de conflits.

¹ - Les mères adolescentes qui vivent des problèmes d'adaptation à la maternité, qui n'ont pas de support familial postnatal ou qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale, sont celles qui sous-utilisent le plus souvent les services du réseau de la santé et des services sociaux et qui ont le moins recours aux programmes

PÉRIODE POSTNATALE 1-4 SEMAINES

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Santé de la mère Physique	<p>Échanger sur les différents aspects de la santé physique de la mère adolescente: la disparition des lochies, la cicatrisation de l'épisiotomie, la sensibilisation des seins, l'alimentation, l'élimination, le repos et autres.</p> <p>Encourager le maintien de saines habitudes de vie : repos, alimentation, hygiène.</p> <p>Échanger sur le tabagisme, la consommation d'alcool et la possibilité de drogue. Échanger sur le désir de cessation de consommation (au besoin).</p> <p>Soutenir l'allaitement maternel⁸⁴.</p> <p>Renseigner la mère au sujet de l'inconfort causé par l'engorgement et la sensibilité des seins.</p> <p>Détection des signes de mastite, fournir des conseils pour pallier aux problèmes usuels rencontrés.</p> <p>Confirmer si l'adolescente a pris un rendez-vous avec son médecin traitant.</p> <p>Discuter de la reprise des activités sexuelles. [<i>Relations multiples : expérimentation sexuelle</i>]</p> <p>Informé la mère adolescente sur les différentes méthodes de contraception (contraceptifs oraux, condom, stérilet, injection médicamenteuse) méthode de contraception urgente (pilule du lendemain)¹². L'encourager à discuter de ce sujet avec son médecin.</p> <p>Vérifier ses connaissances au sujet de la sexualité et des maladies transmises sexuellement¹. [<i>Période de fantaisie et d'idéalisation</i>]</p>	<p>Annexe D</p> <p>Dépliant : « Le contrôle des naissances »</p>	<p>Échanger sur l'importance d'être en santé et de ce que ça représente pour l'adolescente.</p> <p>Valoriser les efforts de la mère.</p> <p>Consolider les stratégies utilisées par la mère pour maintenir ses activités d'allaitement.</p> <p>Échanger avec l'adolescente sur ses besoins et craintes en regard de sa vie sexuelle.</p>

⁸⁴ - L'allaitement maternel permet un contact intime entre la mère et son enfant, favorisant ainsi l'établissement du lien d'attachement. L'allaitement donne un sentiment de confiance à la mère dans ses capacités de répondre aux besoins de son enfant avec son propre corps. La mère qui allaite a besoin de suivi particulier durant le premier mois surtout si elle est primipare.

¹ - Plusieurs jeunes filles deviennent enceintes lors de la première relation sexuelle. La méconnaissance des moyens contraceptifs est grande mais il existe d'autres facteurs psychosociaux qui influencent ce comportement. (Voir Annexe D).

¹² - Les influences externes (pairs, vidéo, déliants) contribuent efficacement à l'enseignement de la sexualité auprès des adolescents.

PÉRIODE POSTNATALE 1-4 SEMAINES

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Santé et développement de l'enfant (suite)	<p>Discuter de l'importance d'éviter les sucres si elle allaite pendant les 4 premières semaines. Informer la mère d'éviter de tremper la suce dans le sucre et de ne pas coucher son bébé avec une bouteille.</p> <p>Confirmer la prise d'un rendez vous chez le pédiatre pour l'enfant à 1 mois.</p> <p>Informar la mère du besoin de consulter un médecin lorsque son bébé présente : température axillaire de 38° C ou plus, pleurs excessifs persistants et autres signes anormaux).</p> <p>Vérifier avec la mère si elle connaît la manière d'effectuer le test pour les maladies métaboliques à 21 jours de vie. Évaluer si elle aura besoin d'aide pour le faire.</p> <p>Enseigner et échanger avec les parents sur les stades du développement de l'enfant (ouïe, vision, tonus, etc.) Discuter des modes de communication du nouveau-né.</p> <p>Enseigner et échanger sur le stade du développement de son enfant: moteur, langage, affectif, staturo-pondéral. Le sommeil (bébé dort la majeure partie de la journée). Le contrôle des yeux (apparition entre 0-2 mois). Le besoin de stimulation pour mobiliser sa tête. Le besoin de stimulation tactile, auditive et visuelle. La capacité relationnelle du bébé (le premier sourire apparaît vers 3-4 semaines et le véritable sourire survient vers 2 mois).</p> <p>Les attributs de l'enfant (tempérament). Faire des liens entre le tempérament de son enfant et le sien, ainsi qu'avec celui de son partenaire. [<i>Tentative d'introspection</i>]</p>	<p>MVE⁷⁷ p. 45-47</p> <p>MVE⁷⁷ p. 32</p> <p>MVE⁷⁷ p. 339-351 MVE⁷⁷ p. 17-20</p> <p>Dépliant</p>	<p>Accompagner la mère dans la découverte de son enfant. Consolider les apprentissages et les bonifier en fonction des commentaires et questionnements de la mère.</p>

PÉRIODE POSTNATALE 1-4 SEMAINES

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Compétence parentale (suite)	<p>Encourager la verbalisation des sentiments et des inquiétudes face au nouveau rôle de mère. [<i>Fluctuation des émotions</i>]</p> <p>Valoriser l'adolescente dans ses interventions auprès de son enfant. L'aider à percevoir l'individualité de son enfant^{24,38}</p> <p>Rassurer la mère sur la normalité des difficultés pendant le premier mois et sur ses qualités de mères.</p>		<p>Laisser savoir que la plupart des mères font face aux mêmes inquiétudes et problèmes qu'elle et s'en sortent bien.</p> <p>Encourager et responsabiliser la mère adolescente pour qu'elle demande l'aide dont elle a besoin pour le bien-être de son bébé et le sien. [<i>Difficulté à demander de l'aide</i>]</p>
Interpersonnel	<p>Discuter des relations de la mère adolescente avec les personnes significatives lui offrant de l'aide.</p> <p>Faire verbaliser sur sa situation familiale (interaction du soutien en lien avec elle et son enfant).</p> <p>Échanger sur sa relation avec ses pairs et sa perception de la situation (adolescente et mère).</p> <p>Rappeler à la mère son rendez-vous postnatal chez le médecin.</p> <p>Valider auprès de la mère la possibilité d'une visite médicale pour son enfant à 1 mois et si elle a pris le rendez-vous pour la vaccination du bébé à 2 mois (médecin ou CLSC).</p> <p>Informier la mère adolescente d'un retour possible à l'école (milieu adapté pour mère-adolescente).</p>	Bottin de ressources	<p>Organiser une rencontre en groupe avec les mères adolescentes et leur bébé. Présenter le film « Bébé Bonheur⁸⁵ ».</p> <p>Leur proposer d'échanger leur numéros de téléphone afin de communiquer entre elles.</p> <p>Créer un réseau informel d'entraide. [<i>Aptitudes sociales limitées</i>]</p>
	<p>Vérifier si la mère a contacté un CLSC ou un centre communautaire pour connaître sa capacité à se mobiliser pour demander de l'aide. [<i>Difficulté à demander de l'aide</i>]</p> <p>Référer la mère adolescente et son enfant au programme de stimulation précoce (offert par la psycho-éducatrice du CLSC).</p>	CLSC	<p>À partir de ses ambitions et projets personnels, accompagner la mère dans les stratégies à déployer pour atteindre ses buts. [<i>Début de la capacité à percevoir les implications à long terme</i>]</p> <p>L'accompagner dans ses démarches premières, puis faire le suivi lors des rencontres subséquentes. [<i>Aptitudes sociales limitées</i>]</p>

³⁸ - Une interaction parent-enfant de qualité est caractérisée par une capacité de percevoir et de répondre aux besoins de l'enfant et implique que la mère ait la sensibilité et la capacité de répondre à son enfant lorsqu'il manifeste un besoin.

²⁴ - Une meilleure estime de soi chez la mère adolescente favorise une relation positive entre la mère et son enfant.
La reconnaissance de la compétence de la mère adolescente permet la relation d'échange privilégiée entre l'intervenant et la mère.

PÉRIODE POSTNATALE 1-4 SEMAINES

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
<p>Interpersonnel (suite)</p> <p>Discuter du type d'aide que l'adolescente peut espérer de son réseau, plus précisément de la part de quelles personnes et sa satisfaction face à l'aide reçue. (Spieker & Bensley, 1994)⁶¹</p> <p>Discuter avec l'adolescente de son statut scolaire et de ses projets à l'égard de la poursuite de ses études ou de son retour sur le marché du travail. [<i>Début de la capacité à percevoir les implications à long terme</i>]</p> <p>Favoriser la participation à des services de cuisines collectives, des groupes d'éducation populaire, des activités mère-enfant (stimulation précoce), groupes d'éducation populaire.</p> <p>S'informer des moyens utilisés par l'adolescente pour répondre à ses besoins (déplacements etc.).</p> <p>Discuter avec la mère adolescente des occasions de prendre un répit et d'éviter l'isolement: garderie, présence d'amies, sorties.</p> <p>Socioéconomique</p> <p>Identifier avec la mère adolescente ses besoins matériels (alimentation, accessoires pour le bébé).</p> <p>S'informer de la suffisance des moyens pour s'alimenter adéquatement, couvrir les frais médicamenteux, payer les coûts de transport pour des déplacements.</p> <p>Faire connaître les différentes ressources communautaires du quartier.</p> <p>Accompagner la mère adolescente vers les ressources communautaires.</p> <p>Vérifier si le logement répond bien au besoin de la famille.</p>	<p>Centre communautaire</p> <p>Bottin de ressources</p> <p>Lettre d'impassse financière</p>	<p>Développer et consolider les mesures d'accompagnement et de soutien des mères adolescentes.</p> <p>Valoriser et encourager la mère adolescente dans ses démarches entreprises pour réaliser son projet.</p> <p>Partir des actions envisagées par la mère adolescente pour solutionner les problèmes identifiés.</p> <p>Face à des difficultés de prise de décision, expliquer à l'adolescente les différentes étapes de prise de décision et l'accompagner dans ce processus.</p> <p>Valoriser les actions entreprises par la mère adolescente pour solutionner les problèmes rencontrés.</p> <p>Encourager l'implication de la mère adolescente dans les activités communautaires.</p>	

⁶¹ - L'adolescente peut vivre une réorganisation du soutien social. Elle peut subir un isolement, un changement dans ses relations avec ses camarades, amis et famille. Elle peut également devenir dépendante de sa famille.

PÉRIODE POSTNATALE 1-3 MOIS

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Santé de la mère Physique	<p>S'informer de l'état physique de la mère et des différents besoins de santé physique pour assurer son bien-être (alimentation et repos).</p> <p>Soutenir la mère adolescente sur les différentes stratégies utilisées afin de se reposer, se procurer de la nourriture pour la famille.</p> <p>Informar la mère de l'importance d'avoir une bonne hygiène de vie.</p> <p>Soutenir l'allaitement.</p> <p>Valider avec la mère la prise de rendez-vous avec son médecin afin qu'elle utilise une méthode de contraception.</p> <p>S'assurer qu'elle connaît cette méthode de contraception et qu'elle l'utilise de façon adéquate.</p> <p>Faire un retour sur l'adaptation au nouveau rôle de mère et la période de l'adolescence (période narcissique).</p> <p>Échanger des propos concernant l'affect de l'adolescente (intérêt, humeur triste, agressivité, émotivité labile)²⁴. [<i>Fluctuations des émotions</i>]</p> <p>Susciter chez l'adolescente un début d'introspection sur elle-même et sur son orientation future. [<i>Tentative d'introspection; Début de la capacité à percevoir les implications à long terme</i>]</p>		<p>Soutenir, encourager et accompagner la mère adolescente dans sa démarche de se prendre en charge.</p> <p>Préserver l'autonomie de l'adolescente.</p> <p>Favoriser l'intégration de la mère dans les groupes de soutien à l'allaitement et les groupes d'entraide. [<i>Aptitudes sociales limitées</i>]</p> <p>Accepter l'affect négatif exprimé par la mère adolescente qui assimile ses nouvelles responsabilités et fonctions.</p>
<p>²⁴ - Les mères adolescentes sont plus à risque de développer une dépression postnatale due à une difficulté d'adaptation au nouveau rôle combiné à une instabilité émotionnelle. En conséquence, il pourrait en résulter une qualité altérée de soins à l'enfant (désordre de l'attachement, insensibilité, altération de la réponse aux besoins de l'enfant) et un risque accru de mauvais traitements (violence verbale et physique).</p>			

PÉRIODE POSTNATALE 1-3 MOIS

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
<p>Partenaire</p> <p>Santé et développement de l'enfant</p>	<p>Échanger sur l'adaptation à la nouvelle situation.</p> <p>Discuter avec le partenaire au sujet de la contraception et des stratégies à utiliser afin d'assurer une contraception efficace (soutien à la mère adolescente). [<i>Début de la capacité à percevoir les implications à long terme</i>]</p> <p>Discuter de la stabilité de la relation entre les partenaires. [<i>Apparition du sentiment d'être en amour</i>]</p> <p>Informar le père de l'aide précieuse qu'il peut apporter et valoriser son implication auprès de la famille. [<i>Période d'égocentrisme</i>]</p> <p>Vérifier et valider ses orientations personnelles futures (école, travail, etc.) et envers sa famille. [<i>Début de la capacité à percevoir les implications à long terme</i>]</p> <p>Vérifier l'état de santé de l'enfant.</p> <p>Discuter de l'alimentation adéquate de l'enfant.</p> <p>Vérifier les périodes de repos et de jeux du bébé.</p> <p>Encourager les connaissances du développement de l'enfant (sourire social, réaction aux stimuli, regard sur 180 degré, début de gazouillement, tonus de la tête en position ventrale).</p> <p>Vérifier avec la mère la sécurité de l'environnement du bébé.</p> <p>S'assurer que la mère a rencontré le médecin lors d'une visite médicale ou la vaccination.</p> <p>Informar la mère qu'elle peut consulter Info-Santé, le médecin, le CLSC ou l'hôpital pour tout problème de santé du nouveau-né. [<i>Difficulté à demander de l'aide</i>]</p>	<p>MVE⁷⁷ p. 179-182</p> <p>Vidéo⁸²</p> <p>Dépliants</p> <p>Bottin des ressources</p>	<p>Encourager le père adolescent dans sa manière de s'occuper de l'enfant et d'apporter du soutien à la mère adolescente.</p> <p>Soutenir une prise de décision partagée.</p> <p>Associer la mère adolescente ou son partenaire à l'évaluation de l'enfant.</p> <p>Ajuster l'information en fonction des connaissances et des observations de la mère adolescente ou de son partenaire.</p> <p>Promouvoir l'entraide entre la mère adolescente et son partenaire.</p> <p>Consolider ou développer le réseau naturel de soutien de la mère adolescente.</p> <p>Soutenir la mère adolescente dans sa démarche d'assurer le bien-être de son bébé.</p>

PÉRIODE POSTNATALE 1-3 MOIS

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Compétence parentale	<p>Encourager l'interaction avec l'enfant.</p> <p>Poursuivre l'enseignement sur les soins à donner à l'enfant</p> <p>Encourager l'établissement de routines.</p> <p>Enseigner à la mère comment stimuler son bébé.</p> <p>Favoriser les périodes d'échange pendant le boire, le bain ou toute autre période propice (période d'éveil).</p> <p>Encourager les échanges par le sourire, paroles douces et les chansons.</p> <p>Informar les parents de ne jamais laisser dormir le bébé avec un biberon (risque de carie et d'otite moyenne).</p> <p>Discuter de l'hygiène buccale pour l'enfant (nettoyer les gencives avec une débarbouillette et de l'eau).</p> <p>Échanger avec les parents des différentes mesures de sécurité (jouets, bijoux, cordelette, lit et siège d'auto).</p> <p>Renforcer la qualité de la relation mère-enfant (attachement) en démontrant la réciprocité des échanges.</p> <p>Inviter la mère adolescente à réfléchir sur la relation avec son enfant (complémentarité).</p> <p>Faire verbaliser sur la découverte de son enfant en nommant les changements remarquables (tempérament).</p> <p>Valoriser les comportements positifs.</p> <p>Renforcer et soutenir le rôle de mère.</p> <p>Soutenir les échanges parent-enfant.</p> <p>Accompagner les parents en agissant comme modèle (mentor)²⁶.</p>	<p>MVE⁷⁷ p. 357</p> <p>Dépliants</p> <p>Annexe A</p> <p>Annexe A</p>	<p>Favoriser l'intégration de la mère adolescente dans les groupes de stimulation.</p> <p>Favoriser aussi l'intégration du partenaire dans ces groupes.</p> <p>Féliciter la mère adolescente pour ses bonnes attitudes, sa patience, son calme.</p> <p>Mettre en évidence ses compétences, et ses réussites.</p> <p>Faire observer à la mère adolescente ou à son partenaire les réactions de l'enfant aux stimuli envoyés par la mère et le père (similitudes et différences).</p> <p>Aider la mère à identifier les stratégies utilisées par son bébé pour attirer l'attention.</p> <p>Renforcer la synchronie des échanges entre la mère et son bébé augmente la satisfaction liée au rôle de mère</p>

²⁶ - Le rôle de modèle (mentor) permet de démontrer à la mère adolescente comment interagir avec son enfant (soins, jeux, besoins, empathie, etc.) et s'avère bénéfique pour l'apprentissage du nouveau rôle de mère.

PÉRIODE POSTNATALE 1-3 MOIS

Champs d'intervention	Interventions possibles	Outils	Empowerment
Interpersonnel	<p>Valider auprès de la mère adolescente la possibilité d'un retour possible à l'école. [Début de la capacité à percevoir les implications à long terme]</p> <p>Informier des différentes écoles accessibles offrant un service adapté aux mères adolescentes.</p> <p>Informier et accompagner la mère adolescente à faire une demande de place en garderie.</p> <p>Vérifier si la mère adolescente utilise le réseau de services communautaires (CLSC, maison de la famille, marrainage, etc.).</p> <p>Accompagner la mère adolescente à utiliser ces services. [Difficulté à demander de l'aide]</p> <p>Échanger et vérifier si la mère adolescente maintient un contact avec ses amies et le niveau d'importance accordé aux sorties vs le temps alloué aux soins du bébé.</p>	Bottin des ressources	<p>Partir des actions concrètes que la mère adolescente ou son partenaire envisagent pour solutionner leurs problèmes.</p> <p>Favoriser l'accès aux ressources de dépannage.</p> <p>Informier les mères adolescentes comment se dépanner pour se procurer ce dont la famille a besoin.</p> <p>Vérifier la façon dont la mère adolescente prévoit conjuguer son rôle de mère, le retour à l'école ou la recherche d'emploi. L'encourager dans ses démarches.</p> <p>Consolider le réseau naturel de soutien.</p>
Socioéconomique	<p>Vérifier les besoins de matériels et les moyens prévus pour y répondre (finance, matériel, etc.).</p> <p>Discuter de l'utilisation de l'aide de l'entourage.</p> <p>Renseigner la mère sur la disponibilité des ressources du système de santé.</p> <p>Offrir au besoin de l'aide matérielle pour favoriser les déplacements (ressources).</p> <p>Discuter de la façon dont elle pourra: assurer son avenir sur le plan financier, comment elle prévoit devenir indépendante, poursuivre ses études avec sa nouvelle situation de vie. [Début de la capacité à percevoir les implications à long terme]</p>		<p>Encourager les démarches vers sa prise en charge personnelle pour changer sa situation.</p> <p>Reconnaître l'aspect de dépendance transitoire de la situation et valoriser les démarches de prise en charge. [Figures d'autorité perçues comme une menace à l'autonomie]</p>

Références

1. Loignon, C. (1996). *L'adolescence bousculée. Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence*. Montréal : Regroupement Naissance-Renaissance.
2. Beauregard, D., Piché, C., Ménard, M. & Tremblay, L. (1998). *Guide pour le suivi personnalisé des familles en période postnatale*. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
3. Black, J. A. & Debelle, G. D. (1995). Female genital mutilation in Britain. *British Medical Journal*, 310, 1590-1594.
4. Charbonneau, J. (1999). La maternité adolescente. *Réseau*, 30 (7), 14-19.
5. Ministère de la santé et des services sociaux (1993). *Politique de périnatalité*. Québec : Gouvernement du Québec.
6. Wilkins, J. N., et coll. (1985). *Médecine de l'adolescence, une médecine spécifique*. Montréal : Hôpital Ste-Justine.
7. Whaley, L. F. & Wong, D.L. (1995). *Whaley & Wong's nursing care of infants and children*, 5th ed. Toronto: Mosby.
8. Drake P. (1996). Addressing developmental needs of pregnant adolescent. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25, 518-524.
9. Secrétariat à la condition féminine (1997). *Un avenir à partager... La politique en matière de condition féminine, Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*. Québec : Gouvernement du Québec.
10. Melançon, L. (1996). L'avortement et la vie des femmes dans un société technologique. *Frontières*, 9 (2), 6-15.
11. Cournoyer, M. (1995). Maternité précoce : un passage inédit à l'âge adulte. *PRISME*, 5(2-3), 266-287.
12. Burns, V. E. (1999). Factors Influencing Teenage Mothers' Participation in Unprotected Sex. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 28 (5) , 493-500.
13. Boyer, D. & Fine, D. (1992). Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives*, 24, 4-11.
14. Tarabulsy G., Hémond I., Lemelin J- P., Bouchard C., Allaire S. & Poissant S. (1999). Le développement des enfants de mères adolescentes. *Recherches sur la famille*, 1 (4), 1-3.
15. Koniak-Griffin, D., Verzemnieks, L. (1991). Effect of nursing intervention on adolescents' maternal role attainment. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 14, 121-138.

16. Gordon C. P. (1996). Adolescents decision making : A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence*, 31 (123), 561-581.
17. Charbonneau, J. (1998). La maternité des adolescentes : certaines s'en sortent bien. *Recherche sociale*, 5 (1), 9-10.
18. Millar, W. J. & Wadhera, S. (1997). A perspective on Canadian teenage births, 1992-94: Older men and younger women? *Revue canadienne de santé publique*, 88 (5), 333-336.
19. Roye, C. F. & Balk, S. (1996a). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children : a review. *Journal of Adolescent Health*, 19 (2), 86-93.
20. Giblin, P. T., Poland, M. L., & Sachs, B. A. (1987). Effects of social supports on attitudes and health behaviors of pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, 8 (3), 273-279.
21. Rhein, L. M., Ginsburg, K. R., Scharz, D. F., Pinto-Martin, J. A., Zhao, H., Morgan, A. P., & Slap, G. B. (1997). Teen father participation in child rearing : Family perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 21(4), 244-252.
22. Adams, D. & Kocik, S. M. (1997). Perinatal social work with childbearing adolescents : A guide of perinatal social work. *Social Work in Health Care*, 24 (3-4), 85-97.
23. Léonard, N. & Paul, D. (1996). *Devenir parent : Les facteurs liés au sentiment de compétence*. *L'infirmière du Québec*, 4 (1), 38-46.
24. Osofsky, J. D., Hann, D. M., & Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood : Risk and opportunities for mothers and infants. In C. H. Zeanah jr. (Ed) *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 106-119). New York : Guilford Press.
25. Apfel, N. H., & Seitz, V. (1991). Four models of adolescent mother-grandmother relationships in Black inner-city families. *Family Relations*, 40, 421-429.
26. SmithBattle, L. (1996). Intergenerational ethics of caring for adolescent mothers and their children. *Family Relations*, 45, 56-64.
27. Ballensky, C. B., & Cook, A. S. (1982). Mother's perceptions of their competence in managing selected parenting task. *Family Relations*, 31, 489-494.
28. Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year : The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
29. Julian, K. C. (1983). A comparison of perceived and demonstrated maternal role competence of adolescent mothers. *Health Care of Women*, 4, 223-236.
30. Samuels, V. J., Stockdale, D. F., & Crase, S. J. (1994). Adolescent mother's adjustment to parenting. *Journal of Adolescence*, 17, 427-443.

31. Stoiber, K. C, Houghton, T. G. (1993). The relationship of adolescent mother's expectations, knowledge and beliefs to their young children's coping behavior. *Infant Mental Health Journal, 14* (1), 61-79.
32. Thompson, P. J., Powell, M. J., Patterson, R. J., & Ellerbee, S. M. (1995). Adolescent parenting: outcomes and maternal perceptions. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 24* (8), 713-718.
33. Porter, C. P. (1990). Clinical and research issues related to teen mother's childbearing practices. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 13*, 41-58.
34. Moreau, J., Léveillé, S., & Roy, C. (1998). Vulnérabilité et interaction mère-nourrisson : illustration de conditions nécessaires mais non suffisantes à l'efficacité de l'intervention précoce. *Santé Mentale au Québec, XXIII* (1), 187-213.
35. Roye, C. F. & Balk, S. (1996b). Evaluation of an intergenerational program for pregnant and parenting adolescents. *Maternal Child Nursing Journal, 24* (1), 32-39.
36. Uzan, M. (1998). Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. http://www.social.gouv.fr/htm/actu/36_98.htm (Section: Les rapports, 1998).
37. Wambach, K. A. & Cole. C. (1999). Breastfeeding and adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 29*, 283-294.
38. Létourneau, N. L. (1998). *The effect of improved parent-infant interaction on development : Pilot study*. Thèse de doctorat non-publiée. Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton, Alberta.
39. Paquette, D., Zoccolillo, M., & Bigras, M., (1999). L'efficacité des interventions en foyer de groupe pour mères en difficulté d'adaptation. *Défi jeunesse, 6* (1), 30-35.
40. Lamarre, G., Malcuit, G., Pomerleau, A., Moreau, J., Jéliu, G., & Saucier, J. F. (1994). Conduites et tempérament du nourrisson de mères adolescentes : stabilité et facteurs de prédiction au cours des neufs premiers mois de vie, *PRISME, 4* (1), 52-65.
41. Knutson, J. F. (1995), Psychological characteristics of maltreated children : Putative risk factors and consequences. *Annual Review of Psychology, 46*, 401-431.
42. Sandelowski, M. & Black, B. P. (1994). The epistemology of expectant parenthood. *Western Journal of Nursing Research, 16* (6), 601-622.
43. Golse, B., Bidault, H., Bizot, A., Domange, I., Brentano, F., Klahr, M., Liberman, M., Meffre, P., Millot, C., Renault, M., Treca, M. C., & Viterbo, E. (1992). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Paris: Masson.
44. Jéliu, G., Leclerc, J.-M., & Duchesne, R. (réalisateur) (1988). *L'évaluation comportementale du nouveau-né* [vidéo]. Montréal : Direction de l'enseignement, Hôpital Sainte-Justine.

45. Luster, T., & Vandenberg, M. (1999). Caregiving by low-income adolescent mothers and the language abilities of their 30-month-old children. *Infant Mental Health, 20*(2), 148-165.
46. Rothenberg, P. B. & Varga, P. E. (1981). The relationship between age of mother and child health and development. *American Journal of Public Health, 71*, 810-817.
47. Taylor, B., Wadsworth, J., & Butler, N. R. (1983). Teenage mothering, admission to hospital, and accidents during the first 5 years. *Archives of Diseases in Children, 58* (1), 6-11.
48. Koniak-Griffin, D., Anderson, N., Verzemniek, I., & Brech, M. L. (2000). A public health nursing early intervention program for adolescent mothers: Outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. *Nursing Research, 49* (3), 130-138.
49. Furstenberg, F. F., Brooks-Gunn, J., & Morgan, S. P. (1987). Adolescent mothers and their children later in life. *Family Planning Perspectives, 19* (4), 142-151.
50. Corcoran, J. (1998). Consequences of Adolescent Pregnancy/Parenting : A Review of the Literature. *Social Work in Health Care, 27*, (2), 49-67.
51. Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(2), 165-178.
52. Bell, L., Goulet, C., St-Cyr-Tribble, D., Paul, D., & Polomeno, V. (1996). Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. *Recherche en soins infirmiers, 46*, 4-13.
53. Olds, B. S., London, M. L., Ladewig, P. A., & Davidson, S. V. (1984). *Soins infirmiers en maternité et en néonatalogie : Une approche centrée sur la famille*. Montréal : Éditions du Renouveau Pédagogique.
54. Chase, R. A., Rubin, R. R., & Knox, F. E. (1983). *Mon bébé de la naissance à un an*. St-Lambert, Qc : Héritage.
55. Viorst, J., (1988). *Les renoncements nécessaires*. Paris : Éditions Robert Laffont.
56. Schellenbach, C. J., Whitman, T. L., & Borkowski, J. G. (1992). Toward an integrative model of adolescent parenting. *Human Development, 35* (2), 81-99.
57. Ruchala, P. & Dotti, C. (1997). Social support, knowledge of infant development, and maternal confidence among adolescent and adult mothers. *Journal of Gynaecology Neonatal Nursing, 26* (6), 685-688.
58. Bogat, G. A., Caldwell, R. A., Guzman, B., Galasso, L., & Davidson, W. S. (1998). Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescent. *Journal of Community Psychology, 26* (6), 549-568.
59. Giblin, P. T., Poland, M. L. & Ager, J. W. (1990). Effects of social supports on attitudes, health behaviors and obtaining prenatal care. *Journal of Community Health, 15* (6), 357-368.

60. Lackrovic-Gregin, K., DeKovic, M., & Opacic, G. (1994). Pubertal status, interaction with significant others, and self-esteem of adolescent girls. *Adolescence*, 29, 691-700.
61. Spieker, S. J. & Bensley, L., (1994). Roles of living arrangements and grandmother support in adolescent mothering and infant attachment. *Developmental Psychology*, 30, 102-111.
62. Lemare, P. (1997). Grossesse et maternité à l'adolescence... Être mère et enfant à la fois. *Revue de l'infirmière*, 30, 54-57.
63. Kalil, A., Spencer, M. S., Spicer, S. J., & Gilchrist, L. (1998). Effects of grandmother coresidence and quality of family relationships on depressive symptoms in adolescent mothers. *Family Relations*, 47(4), 433-441.
64. Nitz, K., Ketterlinus, R. D., & Brandt, L. J. (1995). The role of stress, social support, and family environment in adolescent mothers' parenting. *Journal of Adolescent Research*, 10, 358-382.
65. Cardinal Remete, F. (1999). *Grossesse à l'adolescence : Guide d'intervention pour un choix éclairé*. Sainte-Foy : Éditions Multimondes.
66. Marsh, J. & Wirick, M. A. (1991). Evaluation of Hull house teen pregnancy and parenting program. *Evaluation and Program Planning*, 14, 49-61.
67. Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health : implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3),197-205.
68. Augoyard, P. & Renaud, L. (1998). Le concept « d'empowerment » et son implication dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion et Éducation*, 5, 28-35.
69. Bouchard, C. (1989). Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'interventions précoces. *Santé Mentale au Québec*, XIV (2), 138-149.
70. Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Boucherville, Qc : Gaëtan Morin.
71. Fetterman, D. M., Kaftarian, S. J. & Wandersman, A. W. (1996). *Empowerment Evaluation. Knowledge and tools for self-assessment & accountability*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
72. Curry, M. A., Doyle, B. A., & Gilhooley, J. (1998). Abuse among pregnant Adolescent : Differences by development age. *MCN : The American Journal of Maternal Child Nursing*, 23, 144-150.
73. Santé Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, 4^e éd. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
74. Ruchala, P. L. (2000). Teaching new mothers : Priorities of nurses and postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, & Neonatal Nursing*, 29 (3), 265-273.

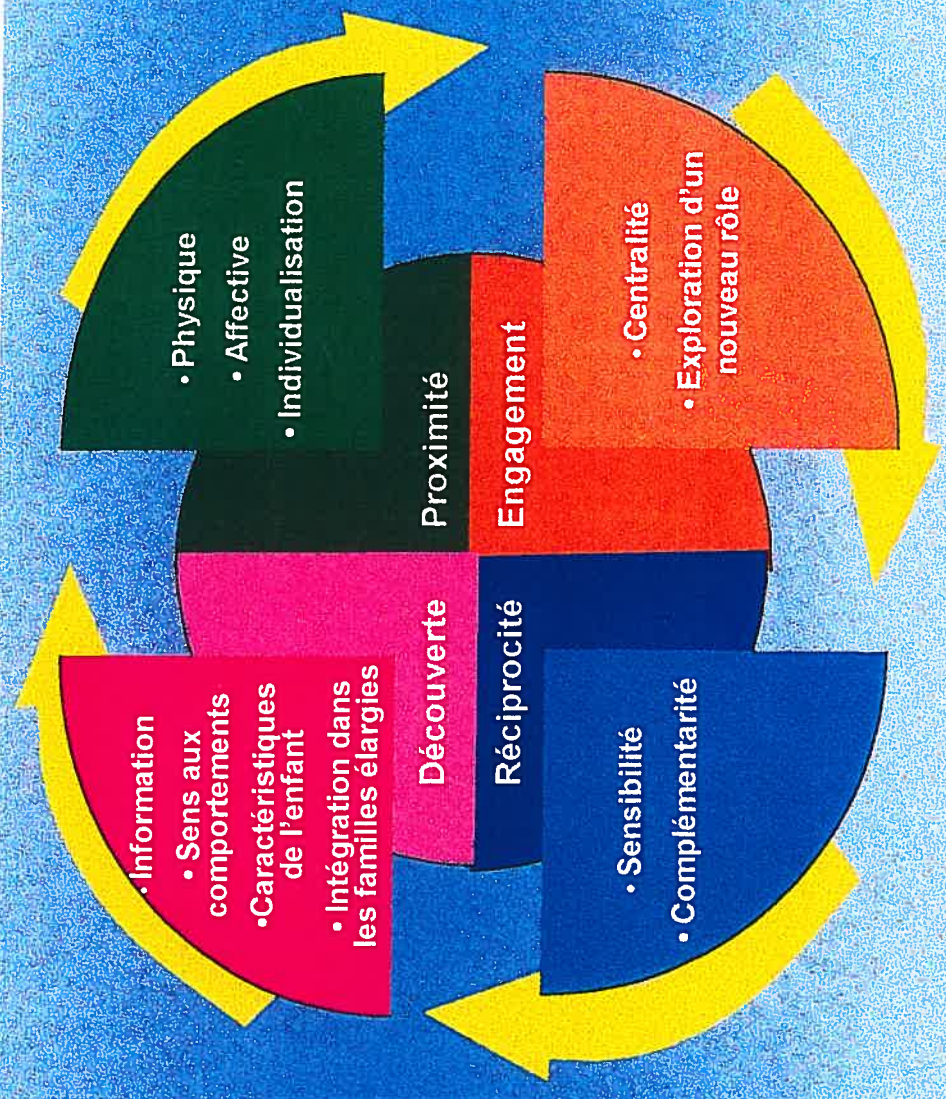
75. Chan, G. M., Ronald, N., Slater, P., Hollis, J., & Thomas, M. R. (1982). Decrease bone mineral status in lactating adolescent mothers. *Journal of Pediatrics*, 101 (5), 767-770. (dans 4)
76. Fournier J. (réalisatrice) pour Vidéo-Femmes (1995). *L'art de l'allaitement* [vidéo]. Montréal : Ligue la Lèche.
77. Doré, N., Le-Hénaff, D., et Mercier, J.-C. (2000). *Mieux-vivre avec son enfant*, 4^e éd. Montréal : Institut National de Santé Publique du Québec.
78. Brooks-Gunn, J., & Furtenberg, F. (1986). The children of adolescent mothers : Physical, academic and psychological outcomes. *Developmental Review*, 6, 224-251.
79. Baillargeon, L., Deschênes, F., Dupuis, D., Gagnon, D., Létourneau, H., Primeau, V., Ravary, N., & St-Antoine, M. (1999). *Favoriser la formation de liens d'attachement et prévenir l'abandon de fait. Point de repère pour l'intervention en petite enfance*. Les Centres Jeunesses de Montréal. 1-18.
80. St-Antoine, M. (1997). *Séminaire sur l'attachement. Présentation à l'équipe évaluation-orientation de la région Nord*. Montréal : Centre Jeunesse de Montréal.
81. Barta, T., Dufresne, R., & Ritchie, J. Pour Lambert /Force 4, Multimédia productions. (1996). *L'aventure parentale* [vidéo]. Ottawa : Santé Canada, Division de l'enfance et de la jeunesse.
82. Chicoine, J.-F. & Dupras-Gyger, S. (1993). *Les six premiers mois de la vie* [vidéo]. Collection Vidéo Parents. Montréal : Ceres International.
83. Gordo-Finester, A. (réalisateur) pour Wiffie's Association (1988). *Créer des liens* [vidéo]. Nantes, France : Mutuelle de Loire-Atlantique.
84. Cyr, R., Durocher, S., Ellis, L., Gagner, C., Jalbert, P., Langis, H., & Pouliot, A., (1995). *Allaitement maternel. Guide pratique à l'intention des intervenants et intervenantes*. Sherbrooke : Régie régionale de santé et services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique.
85. Gagné, J. (réalisatrice) pour Vidéo Recherche et Réalisation (1994). *Bébé bonheur*. Montréal : Office National du Film.
86. Bell, L. & Lacombe, M. (2000). Établissement de la relation parents-enfant. Implications pour la pratique infirmière. 11^{ième} Conférence Nationale AWHONN Canada: La naissance d'un nouveau millénaire: La santé des femmes, des nouveaux-nés et des familles. Montréal, novembre 2000.
87. Paul, D. (1989). Intervenir auprès de la famille ou l'approche systémique. *Nursing Québec*, 9 (3), 32-36.
88. Michaud, C. & Pelchat, D. (1994). L'analyse des familles. *Gésiqualité*, 11, 2-4.
89. Wright, L. & Leahey, M. (1995). *L'infirmière et la famille: guide d'évaluation et d'intervention*. Montréal : Éditions du Renouveau Pédagogique.

90. Le Robert & Collins (1990). *Dictionnaire français-anglais*. Seconde édition. Toronto : Collins Publishers.
91. Atkins, B., Milne, R. C., Cousin, P., Lewis, H. M., Sinclair, L. A., Birks, R. O., & Lamy, M. N. (1998). *Le Robert & Collins Senior. Dictionnaire Français-Anglais*, 5e éd. New York: Harper Collins Publishers.
92. Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., & Garon, S. (2000). Intervention en soutien à l'empowerment. Dans Naître égaux-Grandir en santé. *Nouvelles pratiques sociales*, 13 (1), 85-102.
93. Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.
94. Jones, P. S. & Meleis, A. I. (1993). Health is empowerment. *Advance in Nursing Sciences*, 15 (3), 1-14.
95. Le Bossé, Y. D., & Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire. Aperçu historique et perspectives d'avenir. *Empowerment et Psychologie Communautaire*, 18, 7-19.
96. Paul, D., Lambert, C., Tribble, D. S., & Lebel, P. (1997). Tendre la main aux nouveaux parents : écouter ou informer. *L'infirmière du Québec*, 5 (4), 28-34.
97. Kurtz, P. D. (1997). Clients as resources: Empowering School social work practice with students, families, and communities. *Social work in education*, 19 (4), 211-218.
98. Labonté, R. (1994). Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21 (2), 253-268.
99. Clarke, B, A. (1988). *Hi baby. Let's get acquainted. A workbook for young parents*. Department of Maternal Child Nursing. Richmond: Virginia Commonwealth University.
100. Ladewig, P. W., London, M. L., Olds, S. B. (1992). *Soins infirmiers: Maternité et néonatalogie*. Montréal : Éditions du Renouveau Pédagogique.
101. Summer, G. (1995). *A New NCAST Program for health care providers and parents of newborns*. Zero to three, 33-35.
102. Durand, S. (1998). *Examen physique du nouveau-né de la nouvelle accouchée*. Laval : Cité de la Santé de Laval.
103. Durand, S. (1998). *Évaluation de la nouvelle accouchée*. Laval : Cité de la Santé de Laval.

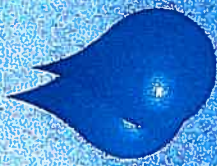
Annexe A :
Cadre de référence sur l'attachement
parents-enfant
et figure de l'interaction parent-enfant

Evaluation de la relation parents-enfant

Cadre de référence pour l'évaluation de la relation parents-enfant

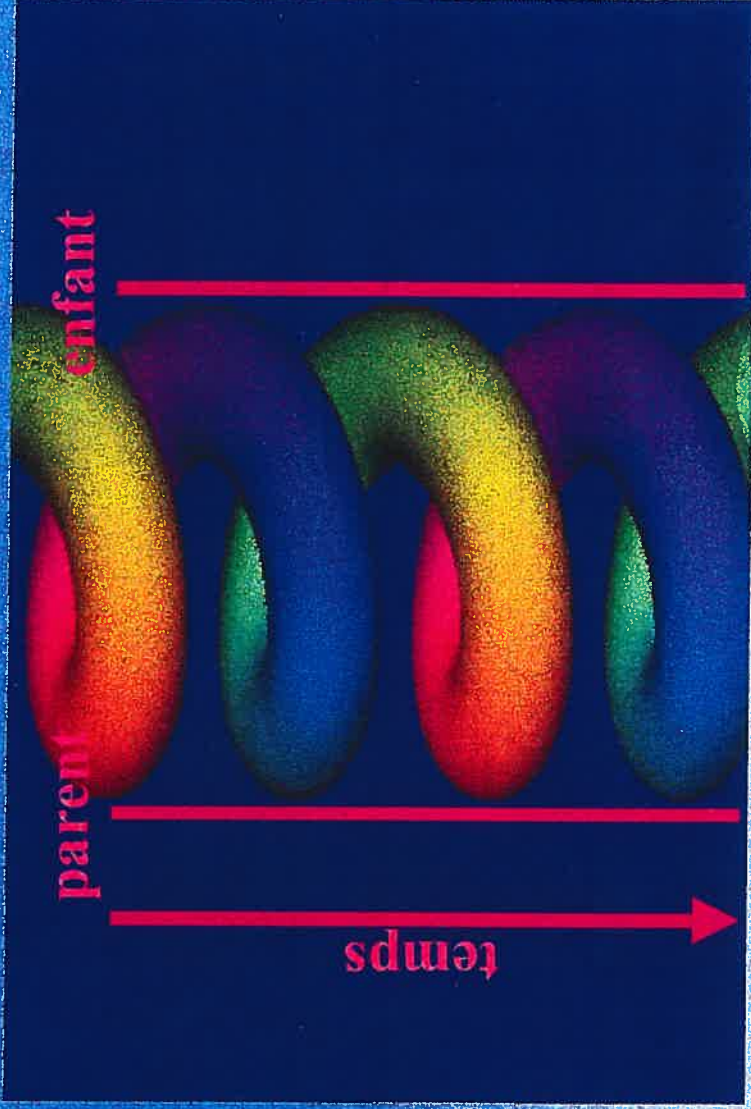


Source ⁵²: Bell, L., Goulet, C., St-Cyr-Tribble, D., Paul, D., & Polomeno, V. (1996). Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. *Recherche en soins infirmiers*, 46, 4-13.



Interaction parent-enfant

- ❖ L'interaction est un processus permanent d'adaptation mutuelle où le parent et l'enfant se rencontrent et s'influencent mutuellement.



Source ⁸⁶: Bell, L. & Lacombe, M. (2000). *Établissement de la relation parents-enfant. Implications pour la pratique infirmière*. 11^{ème} Conférence Nationale AWHONN Canada: La naissance d'un nouveau millénaire: La santé des femmes, des nouveaux-nés et des familles. Montréal, novembre 2000.

Annexe B :
Outils d'intervention

L'approche systémique

Les infirmières ont toujours manifesté un intérêt marqué pour la famille, particulièrement celles travaillant dans les services communautaires. Les concepts de l'approche systémique représentent donc des outils de choix pour les infirmières qui effectuent le suivi auprès des mères adolescentes. D'après l'approche systémique, « la famille est un système social dont les membres entretiennent des interactions pour maintenir un certain équilibre et une évolution constante » (p.23)⁷⁰. La famille est composée des sous-systèmes individuel, parental, conjugal et interpersonnel, et elle constitue elle-même un sous-système du système communautaire. Chaque individu « possède un système de croyances qui évolue avec celui des autres membres de la famille et celui de leur l'environnement » (p.26)⁷⁰. Cette conception de la famille comporte deux postulats importants : le premier, qu'un changement chez une personne affecte tous les membres de la famille, et le second, que la famille prise comme un tout est plus grande que la somme de ses parties⁸⁷.

Dans l'approche systémique, la famille, considérée comme un système, constitue la cible de l'intervention. L'infirmière se concentre sur le fonctionnement de la famille et les interactions entre les membres plutôt que de considérer les individus séparément. Elle recueille donc des informations sur les croyances familiales, les processus de décision, les alliances et les conflits, les ressemblances et les différences, les limites de chacun, ainsi que les modes d'association et d'engagement⁸⁷. En utilisant l'approche systémique, l'infirmière tente d'amener les membres de la famille à prendre conscience de leurs façons de se comporter⁸⁷, réflexion qui peut amener la famille à prendre des moyens d'assurer son mieux-être⁸⁸.

La naissance d'un enfant constitue en soi un événement marquant et implique des changements importants dans le système familial. Dans le cas des mères adolescentes, les changements impliqués représentent un défi plus grand puisqu'elles se retrouvent dans le rôle exigeant de parent, alors qu'elles n'ont pas terminé leur propre développement. La mère adolescente peut demeurer seule, avec son partenaire ou chez ses parents. Selon le contexte, la dynamique familiale sera fort différente et l'infirmière devra ajuster son approche et ses interventions en

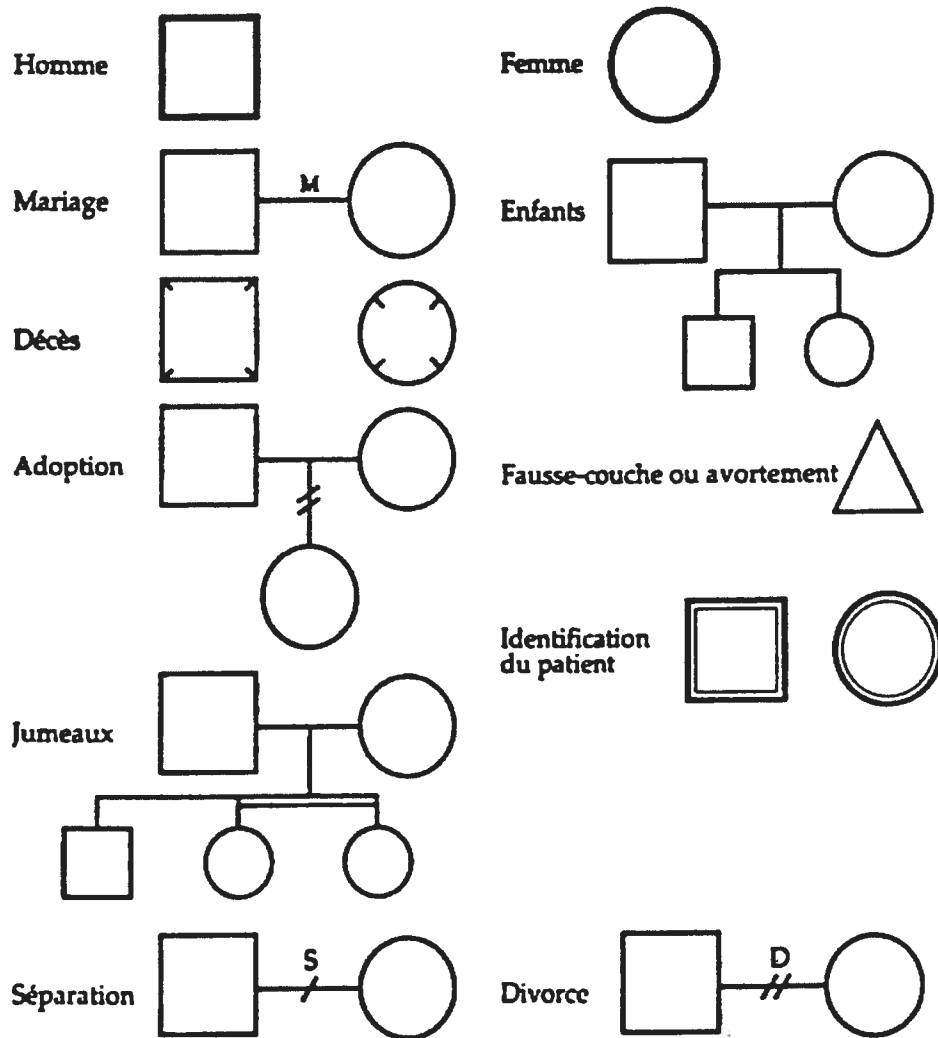
fonction des personnes qui constituent le système familial tel qu'identifié par l'adolescente. Pour se faire, elle procède à l'analyse du système familial. Ce processus est décrit ci-dessous, d'après le modèle d'analyse familial de Calgary⁸⁹, et implique d'identifier la structure familiale à l'aide d'un génogramme, le cycle de la vie familiale (étape de son développement) et le fonctionnement familial.

La structure familiale

L'infirmière peut utiliser le génogramme (figures 1 et 2) afin d'illustrer la structure de la famille auprès de laquelle elle intervient. Le génogramme permet de représenter la structure interne de la famille, soit ses membres, leur âge et leur sexe, l'ordre dans la fratrie, de même que l'existence de sous-systèmes qui lient ensemble des membres participants aux mêmes activités. L'infirmière peut pareillement illustrer à l'aide de l'écocarte (figure 3) la structure externe à la famille, soit la famille élargie, les amis et autres systèmes avec lesquels des membres de la famille interagissent tels que la garderie, l'école, le milieu de travail, etc⁷⁰. L'écocarte permet à la fois de représenter l'intensité et la qualité des relations existants entre les systèmes.

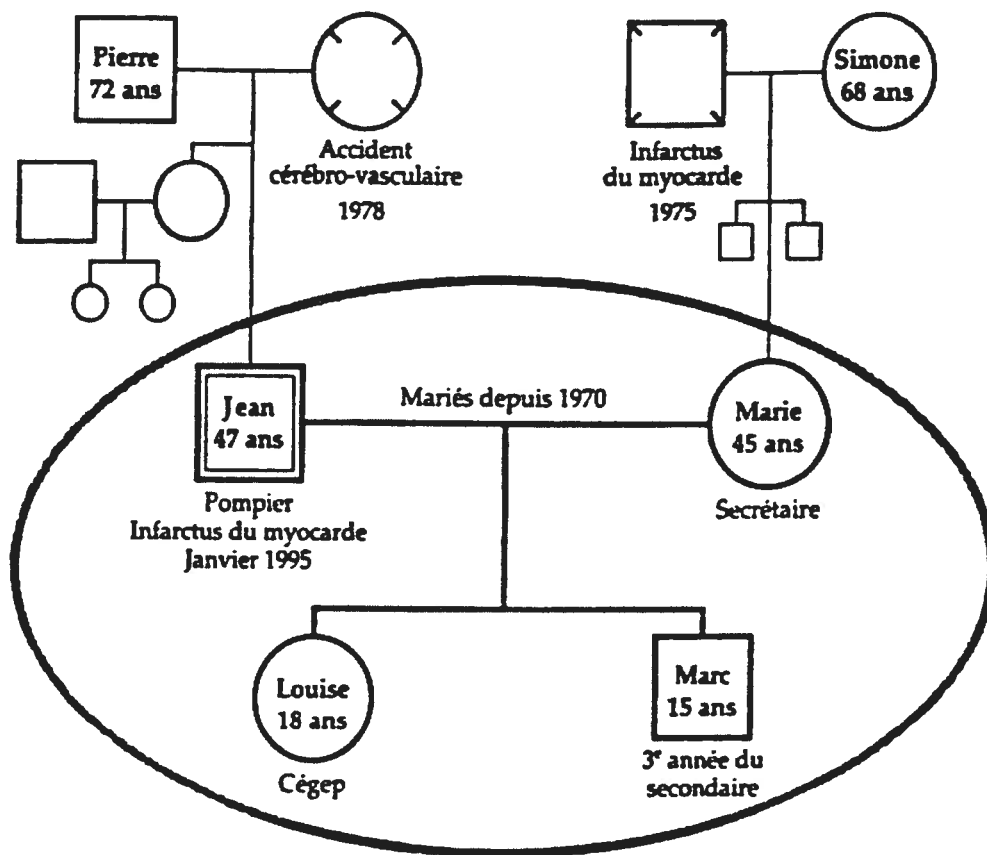
Dans les familles des mères adolescentes, le génogramme et l'écocarte devraient permettre d'identifier la place qu'occupe l'adolescente et son enfant au sein de la famille élargie et les relations qu'elle entretient avec l'entourage. Ces informations seront utiles pour particulariser le fonctionnement familial (décrit plus loin) et guider les interventions de l'infirmière auprès de la mère adolescente au sein de son système familial.

Figure 1 : Les symboles du génogramme



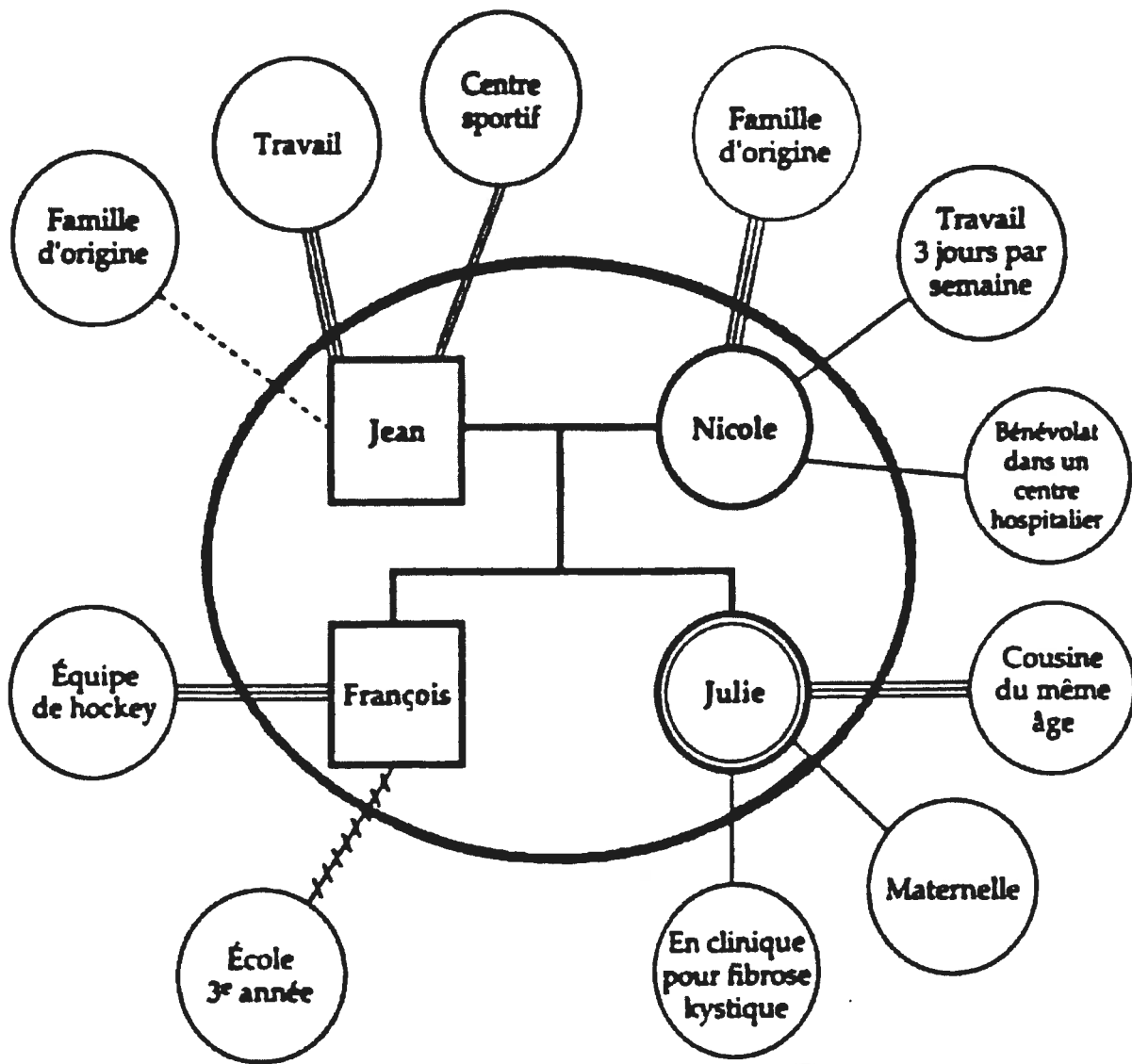
Source: Duhamel, F. (1995)⁷⁰. *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Boucherville, Qc : Gaëtan Morin. p. 43.

Figure 2 : Génomogramme



Source: Duhamel, F. (1995)⁷⁰. *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Boucherville, Qc : Gaëtan Morin. p. 44.

Figure 3 : Écocarte



Légende: **====** Intensité de la relation selon le nombre de lignes
..... Relation tendue
----- Relation conflictuelle

Source: Duhamel, F. (1995)⁷⁰. *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Boucherville, Qc : Gaëtan Morin. p. 45.

Le cycle de vie familiale

Lors de son intervention, l'infirmière doit avant tout déterminer à quelle étape de son développement la famille se situe. D'après Wright et Leahey⁸⁹, le cycle de la vie familiale comprend six grandes étapes soit : le jeune adulte, la formation du couple, la famille avec de jeunes enfants, la famille avec des adolescents, la famille lors du départ des adolescents, les parents à la période de la retraite. Chaque étape comporte ses défis auxquels s'ajoutent des événements non-normatifs qui influencent également le développement de la famille tels que séparation, divorce, déménagement, perte d'emploi, maladie, décès, etc.

Dans son intervention auprès de la mère adolescente, il est important que l'infirmière identifie les tâches de développement concurrentes au sein de la famille. Ainsi, dans le cas où la mère adolescente habite chez ses parents, la famille doit résoudre des tâches de développement associées à la naissance de l'enfant, tout en relevant les défis d'une famille avec des adolescents. Il est même possible que l'un ou les deux parents puissent vivre leur transition vers la retraite. Les mères adolescentes qui vivent seules doivent affronter quant à elles, les responsabilités parentales des deux parents, contrairement à la famille traditionnelle où deux parents se partagent ces tâches. Cette charge est d'autant plus lourde pour la jeune mère qu'elle doit au même moment faire face aux tâches de développement liées à l'adolescence. La situation des mères adolescentes est donc difficile et elles sont particulièrement vulnérables, d'où l'importance de l'assistance et l'accompagnement de la part de l'infirmière.

Le fonctionnement familial

Lorsque l'infirmière s'intéresse au fonctionnement familial elle prend connaissance des routines quotidiennes de la famille (fonctionnement instrumental), de même qu'à la façon dont les membres interagissent entre eux (fonctionnement expressif) : les modes de communication, les rôles de chacun, les relations entre les sous-systèmes et avec les systèmes externes, les règles implicites de fonctionnement, etc⁷⁰.

Dans son intervention auprès des mères adolescentes, le génogramme et l'écocarte permettent à l'infirmière de visualiser les relations que la mère

adolescente entretient avec son entourage et son milieu. Elle peut ainsi détecter les sources d'aide pour la jeune mère ainsi que les sources potentielles de conflit. Elle pourra également guider la jeune mère dans ses démarches pour obtenir de l'aide et établir des relations constructives avec de nouvelles personnes ou sources de soutien.

Le processus d'évaluation

Dans son évaluation de la situation de la mère adolescente, l'infirmière tente d'évaluer les répercussions de l'arrivée de l'enfant sur la vie de l'adolescente, sur celle de son entourage et sur ses interactions avec la famille élargie. Ceci lui permet d'identifier les forces et les problèmes de la famille et de concevoir avec l'adolescente un plan efficace de prise en charge. Une démarche d'évaluation est proposée ci dessous.

Étapes de la collecte de données⁷⁰

1. Démarches de la collecte de données

- Solliciter la participation de la famille
- Prévoir dès le début la fin de la rencontre
- Être neutre (l'infirmière)
- Maîtriser les habiletés de communication
- Préciser l'objectif de l'entrevue
- Faire un génogramme et une écocarte pour illustrer l'évaluation familiale

2. Évaluation de la famille

Les aspects suivants sont évalués :

- Structure interne : composition de la famille, sexe de ses membres, rang dans la famille, sous-systèmes, frontières.
- Structure externe : famille élargie et systèmes qui interagissent avec les membres de la famille.
- Contexte : Ethnie, race, classe sociale, religion, environnement.
- Développement : Stades, tâches et relation d'attachement.

- Fonctionnement :
 - a) Instrumental : Activités de la vie quotidienne.
 - b) Expressif : Communication émotionnelle, communication verbale et non-verbale, résolution de problèmes, rôles, influences, croyances, relations entre les systèmes et avec les systèmes externes, règles implicites de fonctionnement.

L'habilitation

L'habilitation et ses principes

Dans ce guide, l'habilitation est utilisée dans le même sens que le terme anglais *empowerment*. Le concept d' *empowerment* provient du mot latin *potere* qui signifie avoir la capacité de faire une action et d'avoir le plein pouvoir pour réaliser ses projets⁹⁰. *Empower* signifie habilitier quelqu'un à faire ou à avoir plein pouvoir pour faire quelque chose⁹¹. L' *empowerment* fait référence au processus de devenir et se manifeste tout au long de la vie. Ouellet et al.⁹² mettent l'accent sur deux concepts interreliés, soit la trajectoire de vie et le projet. L'individu se sert d'un projet de vie pour avancer, pour solutionner un problème et se réaliser dans la vie. L'habilitation est un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés acquièrent plus de maîtrise dans leur vie⁹³. Le concept se veut englobant puisqu'il peut faire référence tout autant aux droits des personnes, qu'à leurs forces et leurs habiletés d'actualiser leurs compétences ou le développement de leur potentiel⁹⁴.

Audoyard et Renaud⁶⁸ définissent le concept d'habilitation comme un processus dynamique qui va au delà de l'individu et qui tient compte de son environnement. L'habilitation prend tout son sens non seulement au niveau de l'individu mais de l'organisation et de la communauté. En somme, les individus qui prennent des décisions entre eux, s'entraident, s'identifient à leur groupe, exercent une prise de conscience, une influence et un contrôle sur leur vie. Lebossé et Lavallée⁹⁵ soutiennent que le concept d'habilitation s'établit à partir du moment où un individu vivant une situation difficile marquée tel la pauvreté ou le manque de travail, se prend en charge et évolue de façon constructive cheminant vers un sentiment de réalisation et d'estime de soi.

Stratégies d'interventions

Il existe des attitudes propres que l'infirmière doit pouvoir utiliser pour une intervention centrée sur l'habilitation: l'infirmière doit agir comme éducatrice, consultante, mobilisatrice de ressources, facilitatrice, collaboratrice et non comme experte ou conseillère. Il est important de savoir que l'infirmière ne peut pas habiliter quelqu'un, mais que les personnes s'habilitent elles-mêmes avec de l'assistance et de l'entraînement. Ceci demande donc une participation active des personnes impliquées dans le programme d'intervention, soit les mères adolescentes. Le fait de considérer les parents comme une source de connaissances au sujet de leur bébé, et non comme des récipiendaires des connaissances des professionnels permet de mettre leurs compétences en évidence⁹⁶. Les interventions d'habilitation sont liées à l'écoute de la mère et à la reconnaissance de la validité de son point de vue, de son expérience et de sa façon de se représenter la réalité. L'autodétermination est une qualité requise de l'habilitation. Elle implique d'avoir l'habileté d'exprimer ses besoins, d'établir des objectifs et des attentes réalistes ainsi qu'un plan d'action pour les accomplir, d'identifier les ressources disponibles et de faire un choix rationnel parmi les différentes options offertes⁷¹.

Il existe plusieurs approches d'intervention sur l'habilitation. Les approches de Kurtz⁹⁷ ou de Labonté⁹⁸ semblent être plus appropriées à la population des adolescentes⁹⁷. Kurtz⁹⁷ suggère deux méthodes d'habiliter les personnes et les familles : l'intervention centrée sur les solutions et le modèle de résilience. L'intervention centrée sur les solutions met l'accent sur la résolution des problèmes plutôt que de s'attarder aux problèmes eux-mêmes. Cette approche suppose que les personnes ou les familles ont de l'expertise, des ressources et des forces pour résoudre leurs problèmes. Le modèle de résilience essaie de voir les caractéristiques que possèdent les enfants ayant réussi dans des conditions de vie difficiles, comme en vivent souvent les mères adolescentes, et renforce les attributs positifs qu'elles possèdent. Dans le cas des mères adolescentes, il serait important de renforcer les forces déjà acquises en les encourageant dans les aspects positifs de leur vie.

Labonté⁹⁸ propose une approche d'intervention dans différentes sphères de la vie, où chaque sphère représente un niveau différent d'organisation sociale et de

relations. Le rôle de l'infirmière est d'assurer que le processus est engagé ou de trouver un moyen pour qu'il s'engage. L'intervention peut se faire au niveau personnel, en groupe, par le biais d'organismes communautaires, par la formation d'alliances ou par l'action politique. L'intervention auprès des mères adolescentes doit surtout être centrée au niveau personnel et au niveau de petits groupes pour consolider leur réseau de soutien social. Augoyard & Renaud⁶⁸ soulignent que dans Naître Égales - Grandir en Santé², l'habilitation personnelle consiste surtout en l'acquisition de capacités permettant d'assumer les décisions quant à la santé familiale, ne serait-ce que la décision de consulter le centre de santé. L'accès à des niveaux supérieurs d'habilitation demeure souvent un idéal non-atteint.

Niveaux d'intervention⁹⁸

L'habilitation personnelle: À ce niveau se situe la prestation des services, l'infirmière doit prodiguer les soins les plus respectueux aux personnes en stimulant leur potentiel de développement et en améliorant leurs perspectives personnelles de contrôle et de pouvoir.

Le développement de petits groupes: Le groupe de personnes dont il est question est défini comme un rassemblement d'un petit nombre d'individus qui créent des liens et qui développent un sentiment d'appartenance. Peu importe les activités de ce groupe, l'important est de créer cette communauté, cette solidarité sans laquelle une action plus structurée ne peut se construire. Le rôle de l'infirmière est d'initier ce rassemblement. Ceci peut se faire en améliorant le soutien social, en encourageant la dynamique de changement et en procurant du soutien pour les différents choix de vie.

L'organisation communautaire: L'infirmière doit aider les personnes à s'organiser pour résoudre des problèmes qui concernent la communauté entière. Ceci peut être implanté en développant des actions locales sur des objectifs de santé définis par la communauté, en favorisant un dialogue entre les professionnels et la communauté et en conscientisant les personnes par rapport aux iniquités sociales.

La création d'alliances: À ce niveau, les communautés d'intérêts peuvent se regrouper afin de lutter pour l'acquisition de nouveaux droits sociaux et contre

l'injustice. Ceci s'effectue en exerçant des pressions pour des politiques plus saines, en recherchant un consensus stratégique, en collaborant et en résolvant des conflits.

L'action politique: Les infirmières peuvent intervenir en fournissant aux personnes et aux groupes l'information sur le fonctionnement des institutions, sur la santé des populations, ainsi qu'en participant et en appuyant de larges mouvements populaires.

Processus d'intervention

Ouellet et al.⁹² identifient trois phases importantes du processus de soin soit : l'établissement du dialogue lors de la relation de confiance avec la mère adolescente, la découverte de ses forces et de ses ressources disponibles sous forme de soutien dans la famille et la communauté, la découverte du développement personnel par l'utilisation des ressources et par la prise de conscience des acquisitions personnelles en terme d'habileté à résoudre des problèmes.

Pour la mère adolescente, huit étapes de prise de décisions ont été identifiées pour lui permettre de résoudre ses problèmes⁹⁹: 1- identifier la décision à prendre et réfléchir comment cette décision doit l'affecter ainsi que les personnes qu'elle aime, 2- rassembler les informations, 3- énumérer les choix qui sont disponibles, 4- examiner ces choix et identifier l'aspect positif et négatif de chacun, 5- sélectionner le meilleur choix pour elle en ce moment, 6- planifier comment elle doit mener à bout la décision, 7- mettre son plan en oeuvre, 8- évaluer sa décision. La mère adolescente est confrontée, pour atteindre son autonomie, à prendre des décisions appropriées pour l'ensemble de la famille à savoir: elle-même, son enfant et les personnes significatives dans sa vie.

L'intervention infirmière a lieu à un moment stratégique dans la vie de l'adolescente, soit lors de l'arrivée d'un nouveau-né, un événement qui exige une adaptation au nouveau rôle de parent⁹². Une intervention intensive et précoce permet d'établir une relation de confiance et d'aider ces familles à s'adapter et à développer des projets à partir de leur situation de vie. L'infirmière, en reconnaissant et en soulignant les gains acquis par la mère adolescente lors de la

réalisation de ce projet de vie, l'assiste dans son développement et dans l'actualisation de ses compétences pour sa réalisation.

Ce que les mères adolescentes doivent savoir

Afin de favoriser une relation mère-enfant harmonieuse, il est important de connaître le comportement du nouveau-né dans le processus de l'attachement. La première étape consiste à identifier les caractéristiques du nouveau-né et à rassurer la mère adolescente de la normalité de ces caractéristiques⁷.

Principales caractéristiques du nouveau-né

Les niveaux d'éveil du nouveau-né: La mère doit être capable de reconnaître le niveau d'éveil de son enfant afin de lui répondre et de le stimuler au moment approprié. Le bébé possède six niveaux de conscience dès sa naissance : le sommeil profond, le sommeil léger, l'assoupissement (ou somnolence), l'éveil paisible (ou vigilance), l'éveil actif et les pleurs¹⁰⁰. Pendant les périodes de *sommeil profond*, la respiration est régulière et les yeux ne bougent pas. Les périodes de *sommeil léger*, dit paradoxal, sont caractérisées par les mouvements rapides des yeux sous les paupières, une respiration irrégulière, des sourires et des soupirs. La *phase de somnolence* ou *d'assoupissement* est le moment où le nouveau-né passe du sommeil à l'éveil, et c'est à cette phase qu'il a le plus de chance de se réveiller suite à une stimulation. À l'état *d'éveil paisible (vigilance)* le bébé a les yeux ouverts et est attentif. À cette phase, l'activité motrice est faible et le bébé peut s'intéresser à son entourage et se concentrer sur des stimuli. La *phase d'éveil active* ou *d'agitation* est définie par une activité corporelle assez intense et généralisée. Dans la *phase des pleurs* le bébé grimace, pousse des cris et fait des mouvements saccadés. Chez le nouveau-né, les pleurs sont un moyen de communication. Il s'agit d'une réaction à un stimulus désagréable venant de son environnement ou de son organisme (faim, douleur, fatigue). Parfois, il peut se consoler ou se calmer seul, alors qu'à d'autres moments, il aura besoin du réconfort d'une personne qui s'en occupe¹⁰⁰.

Le nouveau-né connaît six à huit périodes de sommeil par 24 heures, entrecoupées de brèves périodes d'éveil. La durée moyenne de sommeil est environ de 15 à 16 heures par jour. Seulement 25% des nouveau-nés feront leur nuit à deux mois, alors que ce pourcentage s'élève à 70% dans les deux mois suivant.


Après 6 mois, le rythme de sommeil se stabilise, le nourrisson passe facilement du sommeil à l'éveil¹⁰⁰.

La reconnaissance des différentes phases d'éveil est très importante afin d'apporter une réponse à l'enfant à un moment approprié. Par exemple, la mère adolescente ne doit pas tenter d'alimenter son bébé pendant une période de sommeil profond. L'alimentation du bébé serait plus appropriée pendant la phase de transition ou d'éveil^{38,101}. La stimulation est plus appropriée lorsque le nouveau-né est dans un état de veille paisible : ses yeux sont grands ouverts et rayonnants, il respire calmement, il bouge peu, il démontre une attention au regard et au son de la voix, il est réceptif aux paroles et aux caresses. La stimulation doit être limitée lorsqu'il détourne le regard, pleure, baille ou s'endort¹⁰⁰. Il est important d'informer la mère adolescente que de longues périodes de veille ou de sommeil du nouveau-né sont dues à son propre rythme biologique et non à des soins maternels inadéquats⁷.

Les signaux du nouveau-né: La mère adolescente doit connaître les deux types de communication utilisée par le nouveau-né pour interagir à un moment opportun soit l'engagement et le désengagement. L'engagement du nouveau-né se manifeste par un sourire, un regard alors que le désengagement est démontré par retrait du regard, des pleurs et lorsque l'enfant s'endort tout simplement^{38,100,101}.

Le développement du nouveau-né: La connaissance du développement de l'enfant permet à la mère d'offrir une interaction empreinte de qualité, adaptée au niveau de développement de l'enfant. Ainsi, la connaissance du développement de la vision, de l'audition, du tonus et du contrôle de la tête relié à l'âge de l'enfant, aide la mère adolescente à agir de façon appropriée (stimulation par le jeu) pendant une période d'attention de l'enfant. Pendant une période d'inattention, le nouveau-né détournera son attention et une stimulation verbale n'aura assurément aucun effet^{7,38,101}.

La modulation mère-enfant: La mère adolescente devrait connaître les besoins du nouveau-né ainsi que son comportement. Un synchronisme entre la mère et son enfant doit se développer. Lorsque l'enfant manifeste de la faim ou qu'il désire jouer, le rôle de la mère consiste à le consoler et le sécuriser par une voix



calme et apaisante. Elle peut manipuler son enfant doucement de façon à le contenir et le rassurer^{38,101}.

Annexe C :
Évaluation postnatale de la mère
et du nouveau-né^{100,101}

ÉVALUATION POSTNATALE (MÈRE)

Avant de commencer l'évaluation de la nouvelle accouchée, informez-vous comment elle se porte depuis son retour à la maison. Demandez lui si elle a des inquiétudes particulières de puis le retour à la maison.

Données subjectives	Normalité	Recommandations	Problématique
<u>Signes vitaux</u>	<p>$T^0 < 38^0 C$</p> <p>Pls $> 56 < 100$</p> <p>Resp $> 12 < 24$</p> <p>T.A. $\geq 80/50 \leq 140/90$</p>	<p>Fièvre légère entre le 3e et le 5e jour à cause de la montée de lait</p> <p>Bradycardie de 50-70 /minute est normale</p> <p>Pouls augmenté si anémie</p> <p>La systole et la diastole peuvent être augmentées de 5% de la T.A. habituelle pour les 4 premiers jours post partum</p>	<p>$T^0 > 39^0 C$: infection, déshydratation</p> <p>Diminution de la T.A. : signe d'hémorragie</p> <p>Augmentation de la T.A. : évaluer pour hypertension induite par la grossesse</p>
<u>Tête</u> Avez-vous des maux de tête ? Avez-vous une vision brouillée?	Absence de maux de tête Pas de vision brouillée		Si céphalée et vision brouillée, évaluer pour hypertension induite par la grossesse

<p><u>Seins et mamelons</u> Avez-vous de la douleur aux seins ? Est-ce que les mamelons sont intacts ?</p>	<p>Engorgement apparaît entre le 3e et 5e jour post partum</p> <p>Mamelons intacts, sans fissure, légère sensibilité et rougeur 7 à 10 jours post partum</p>	<p>Allaiter plus souvent Port du soutien-gorge Application feuille de chou Application de compresses Utilisation d'une faible analgésie Prévention des gerçures (goutte de lait exposer les seins à l'air, changements de position)</p>	<p>Engorgement persiste malgré feuille de chou et compresse</p> <p>Mamelons gercés et douloureux : évaluer la position du bébé au sein et prise du sein, évaluer si muguet Sachet de thé</p> <p>Mastite survient habituellement vers la 3e semaine après le début de la lactation</p>
<p><u>Diastase des grans droits</u></p>	<p>Espace horizontal inférieur à 3 doigts</p>		<p>Espace horizontal supérieur à 3 doigts, suggérer exercice correctif</p>

<p>Système reproducteur</p> <p>Utérus: Avez-vous des douleurs abdominales ? Quand ?</p> <p>Lochies : Décrivez vos lochies - quantité, couleur, odeur, présence ou non de caillots ?</p>	<p>Processus involutif de l'utérus 1cm/jour Tranchées utérines surtout chez multipares et femmes qui allaitent Intensité augmente avec parité À 3 jours p.p. commence à diminuer</p> <p>Lochies serosa du jour 3 à jour 10 post partum Pas d'odeur Quantité diminue progressivement</p>	<p>Se coucher sur le ventre et placer une petite oreiller sous le bas du ventre Marcher Prendre des analgésiques</p> <p>Encourager bonne hygiène</p>	<p>Utérus ramolli Hauteur utérine n'est pas descendue à 2cm sous l'ombilic</p> <p>Réapparition de lochies rubra Lochies nauséabondes Passage de tissu placentaires Écoulement abondant (2 serviettes sanitaires/2 heures)</p>
--	---	--	---

<p>Périnée et hémorroïdes : Présentez-vous de l'inconfort au niveau du périnée et au niveau des hémorroïdes ?</p>	<p>Périnée avec oedème minime Épisiotomie : REEDA pas de rougeur ou peu d'oedème minime pas d'écoulement pas d'ecchymose bords de la plaie bien rapprochés Hémorroïdes : pas ou peu, non sensibles</p>	<p>Se résorbe graduellement Suggérer bain Suggérer bonne hygiène vulvaire</p> <p>Les hémorroïdes peuvent demeurer grosses et douloureuses durant les premiers jours et disparaissent généralement au bout de 15 jours Suggérer bain</p>	<p>Épisiotomie avec écoulement purulent Hématome localisé sur la vulve ou à l'intérieur du vagin La douleur augmente Signes d'infection</p> <p>Hémorroïdes importantes et douloureuses</p>
<p><u>Système gastro-intestinal</u> Avez-vous été à la selle depuis votre accouchement ?</p>	<p>Selle vers la 3^e journée Peut avoir un peu de douleur lors de la défécation</p>	<p>Éviter constipation Augmenter les fibres Favoriser la marche Utilisation de Prodiem</p>	<p>Constipation</p>
<p><u>Système urinaire</u> Avez-vous de la difficulté à uriner ? Des brûlements ? Autres douleurs ? Avez-vous des pertes de contrôle des urines ?</p>	<p>Diurèse augmentée (6 à 8 mictions par jour)</p>	<p>Exercice de Kegel favorise une bonne musculature des organes pelviens</p>	<p>Incapable d'uriner Douleur en urinant Difficulté à vider la vessie Diminution importante de la diurèse (hypertension de grossesse)</p>

<p>Système urinaire</p> <p>Avez-vous de la difficulté à uriner ? Des brûlements ? Autres douleurs ? Avez-vous des pertes de contrôle des urines ?</p>	<p>Diurèse augmentée (6 à 8 mictions par jour)</p>	<p>Exercice de Kegel favorise un bonne musculature des organes pelviens</p>	<p>Incapable d'uriner Douleur en urinant Difficulté à vider la vessie Diminution importante de la diurèse (hypertension de grossesse)</p>
<p>Système vasculaire</p> <p>Avez-vous de l'enflure aux jambes, mains et visage ? Avez-vous déjà eu des problèmes de thrombophlébites?</p>	<p>Pas d'oedème ou peu aux membres inférieurs Pas de douleur, chaleur et rougeur aux membres inférieurs Signe d'homan négatif</p>	<p>Encourager la marche</p>	<p>Douleur, rougeur, chaleur aux membres inférieures Signe d'Homan positif</p>
<p>Post-césarienne</p> <p>Est-ce que vous avez de la douleur au site de la plaie ?</p>	<p>Plaie abdominale : pas de rougeur pas d'oedème pas d'induration hématome léger bords de la plaie bien rapprochés Douleur diminue graduellement</p>	<p>Laisser plaie à l'air Peut prendre un bain Diminution graduelle de la prise d'analgésie</p>	<p>signes d'infection au niveau de la plaie Induration, écoulement, ouverture des bords de la plaie, hématome plus marqué La douleur persiste et difficile à contrôler</p>

<p>Psychosocial</p> <p>Comment vous sentez-vous d'être une nouvelle mère ?</p> <p>Vous sentez-vous fatiguée ?</p> <p>Est-ce que les larmes viennent facilement ?</p> <p>Avez-vous de l'appétit ?</p> <p>Dormez-vous bien ?</p>	<p>Cafard du post partum (50% à 70% des femmes)</p> <p>Augmentation transitoire de malaise, entre 3 et 5 jours post partum</p>	<p>Réassurer sur la normalité de ses émotions</p> <p>Encourager à aller chercher du support</p> <p>Enseignement sur les signes plus sérieux de dépression postnatale</p>	<p>Mère se retire</p> <p>A des activités maniaques, hallucinations</p> <p>Anxiété très importante</p> <p>Peur de blesser le bébé</p> <p>Perte de poids, insomnie</p> <p>Mère obsessive, irritable</p> <p>Perte de contact avec la réalité</p>
---	--	--	---

DÉSORDRES ÉMOTIONNELS DU POST PARTUM

Cafard	Adaptation normale	Dépression postnatale	Psychose postnatale
Pleurs Irritabilité Emportement Insomnie Épuisement, fatigue Tension Anxiété Nervosité	Irritabilité Emportement Trouble de sommeil Fatigue Labilité émotionnelle Sentiment de doute Anxiété Changement de l'appétit Sentiment d'être dépassée	Aggravation des symptômes normaux ● Panique p.p. Crises de panique Anxiété extrême Symptômes physiques : étourdissement, tremblements, difficulté à respirer ● Manie p.p. Sentiment "aller à double vitesse" Dort peu Facile à distraire Élocution rapide Irritabilité Excitabilité	Tous les symptômes de la dépression plus ● confusion ● hallucination ● mégalomanie ● perte de contact avec la réalité

ÉVALUATION POSTNATALE (NOUVEAU-NÉ)

Données subjectives	Normalité	Recommandations	Problématiques
<p>Signes vitaux</p>	<p>T° rectale entre 36,5° C et 37,5° C</p> <p>Respiration entre 30 et 50 /minute surtout abdominale</p> <p>Synchronisme des mouvements de la cage thoracique</p> <p>Absence de tirage</p> <p>Voies respiratoires bien dégagées</p> <p>Auscultation : murmures vésiculaires forts</p> <p>Pouls apical entre 120 et 150/minute</p> <p>Fréquence et rythme réguliers</p>	<p>La température corporelle des nouveau-nés macrosomes a tendance à être plus élevée</p> <p>La fréquence et l'amplitude respiratoires peuvent être irrégulières lorsque le nouveau-né pleure, dort ou boit.</p> <p>Il peut se produire des pauses (épisodes d'apnée) transitoires < 15 secondes</p> <p>Cyanose temporaire lorsque le nouveau-né pleure ou fait des efforts</p>	<p>T° > 38° C, déshydratation, tremblements ou infection</p> <p>Hyperthermie peut être aussi associée à une pièce trop chaude, à trop de vêtements ou de couvertures et des lésions cérébrales</p> <p>Hypothermie peut être reliée au froid ou à une atteinte du tronc cérébral</p> <p>Bruits anormaux à l'auscultation</p> <p>Voies respiratoires encombrées</p> <p>Présence de tirage</p> <p>Battements des ailes du nez</p> <p>Tachypnée : pneumonie, SDR</p> <p>Tachypnée transitoire (geignement expiratoire, tirage inter-costal et sous-sternal, battements des ailes du nez), apnée</p> <p>Apnée + bradycardie</p> <p>Arythmie, tachycardie et bradycardie</p> <p>Présence de souffles (anomalie cardiaque congénitale)</p>

Poids	<p>Reprise progressive du poids de naissance Idéalement prise de poids quotidienne de 20 à 30 grammes</p>	<p>Perte de poids normale de 5% à 7% pendant les 3 à 4 premiers jours. Les bébés macrosomiques perdent plus de poids car la perte liquidienne est proportionnelle au poids de naissance Pousée de croissance entre la 4e et 8e journée.</p>	<p>Diminution de plus de 10% du poids de naissance Gain de poids très lent</p>
Peau	<p>Teint selon origine raciale Race blanche : teint rosé Légers hématomes sur les fesses si siège et sur les yeux et le front si présentation du sommet Peau douce, lisse parfois sèche sur les mains et les pieds Peau bien hydratée Présence de milium Cordon ombilical racorni et noirci</p>	<p>La peau prend sa couleur naturelle vers le 2e et le 3e jour. Elle devient sèche et se desquame. Crème hydratante non parfumée sur les mains et les pieds Soins du cordon ombilical avec alcool, tid Garder le cordon au sec Chute entre le 10e et le 20e jour</p>	<p>Cyanose péribuccale ou généralisée (troubles respiratoire ou cardiaque, stress hypothermique) Coloration jaune : ictère néonatal Pâleur : anémie, anoxie, hypothermie Rougeur, saignement, écoulement Odeur nauséabonde Les saignements peuvent être arrêtés par pression directe avec une compresse stérile</p>
Tête	<p>Périmètre crânien entre 32 et 37 cm 2 cm > périmètre thoracique Modelage de la tête Fontanelles sont plates, douces, fermes et bien délimitées Fontanelle antérieure en forme de losange Fontanelle postérieure Fontanelles renflent modérément quand le bébé pleure ou battent au rythme du cœur</p>	<p>Bébés nés en siège ou par césarienne, ont la tête bien formée Se referme vers 18 mois Se referme vers 8 à 12 semaines</p>	<p>Céphalématome Bosse sérosanguine Chevauchement des fontanelles Pulsation d'intensité moyenne à forte Renflement ou fontanelles bombées (t de la pression intracrânienne) Dépression des fontanelles (déshydratation)</p>

<p>Posture</p>	<p>Membres en flexion, poings fermés La tête est penchée lorsque le nouveau-né est en position semi-assise Le nouveau-né peut tourner la tête de droite à gauche lorsqu'il est couché sur le ventre Clavicules droites et intactes</p>	<p>Si présentation de siège, les pieds sont en dorso-flexion, jambes étendues en abduction Les tremblements sont normaux les 4 premiers jours de vie</p>	<p>Mouvements d'extension seulement Agitation Crises convulsives Nodule ou bosse sur une clavicule (fracture au cours d'un accouchement difficile) . Douleurs et pleurs lors de manipulation Immobilisation en gardant le bras en position normale replié sur le thorax Coucher du côté opposé à la fracture Vétir le membre affecté en premier Ne pas soulever les aisselles</p>
<p>Élimination urinaire Questionner la mère sur le nombre de mictions/jour et caractéristique de l'urine</p>	<p>urine jaune pâle, légère odeur 5 à 8 mictions /jour</p>	<p>Des cristaux d'urate, de couleur orangé, sont quelquefois excrétés par l'urine</p>	<p>Absence de mictions depuis 24 heures Mictions < 5 /jour, urine foncée à odeur forte Odeur nauséabonde (infection) Urine concentrée (déshydratation)</p>
<p>Élimination intestinale Questionner la mère sur le nombre de selles par jour et ses caractéristiques</p>	<p>Bébés nourris au sein : Selles jaune or, peu formées, semi-liquides et parfois vertes et pâteuses Fréquence : de 8 à 10 les premières semaines Bébés nourris au biberon : Selles transitaires vers le jaune-brun, plus consistantes Fréquence : de 5 à 6 /jour à 1 /jour</p>	<p>Érythème fessier est plus fréquent chez les bébés nourris au biberon Pour prévenir, laver les fesses à grande eau, sans frotter. Éponger doucement pour assécher. L'onguent à base de zinc est un bon protecteur. L'usage du savon doit être limité à 1 à 2 fois par jour</p>	<p>Diarrhée : Consulter le médecin Constipation : Faire pédaler le bébé doucement Masser son ventre en ramenant les jambes sur l'abdomen Pour le bébé nourri au biberon : augmenter l'apport en glucides en ajoutant 1 à 2 mg de sucre/100ml d'eau ou de lait Pour le bébé nourri au sein : augmenter la fréquence des boires</p>

<p>Réflexes</p>	<p>Réflexe des points cardinaux et de succion Réflexe de Moro Préhension palmaire et plantaire Babinski</p>		<p>Mauvaise succion ou fatiguabilité Réaction asymétrique (fracture de la clavicule) Absente (lésions cérébrales) Réactions asymétriques (troubles neurologiques)</p>
<p>Comportement Questions à poser à la mère : L'enfant se réveille-t-il facilement lorsqu'un bruit fort se produit ? Se calme-t-il lorsqu'il tête ou lorsqu'on le berce ou le caresse ? Y-a-t-il des périodes de sommeil profond et de sommeil léger ? Semble-t-il satisfait après la tétée ?</p>	<p>Bébé calme, dort bien entre les boires État d'éveil calme lors des boires Habituation à l'environnement Aptitude à s'autocalmer Réactions aux caresses Bébé actif</p>	<p>Les pleurs sont normaux et peuvent varier de 2 à 4 heures par jour</p>	<p>Bébé endormi et difficile à réveiller Bébé inactif, bébé somnolent Bébé qui pleure beaucoup, inconsolable Bébé irritable</p>

Annexe D :
La contraception chez les adolescents¹

Tableau 2

Cinq facteurs déterminants en matière de comportement contraceptif chez les adolescentes et les adolescents¹

Facteur 1 : L'acceptation de la sexualité

Plus il y a un haut niveau d'acceptation des relations sexuelles, c'est-à-dire moins les jeunes ressentent de culpabilité associée à leurs activités sexuelles, mieux ils font usage des moyens contraceptifs.

Facteur 2 : L'affirmation de soi

Souvent la peur du rejet de la part de son partenaire ou la gêne et le manque d'assurance amènent les adolescents à ne pas suggérer l'utilisation de moyens contraceptifs adéquats. Les jeunes adolescentes sont particulièrement vulnérables et elles préfèrent parfois prendre des risques de plutôt que de s'affirmer devant par exemple, les réticences du partenaire à utiliser le condom.

Facteur 3 : Présence ou absence d'un(e) interlocuteur(trice) privilégié(e)

Lorsque l'adolescente ou l'adolescent peut se confier ou demander conseil en matière de sexualité et de moyens contraceptifs à une personne-ressource, avec laquelle il ou elle a établi une relation de confiance (parents, sœur, frère, intervenant, etc.), cela favorise une attitude plus ouverte à l'égard de la contraception. Le fait d'en parler à un confident pour l'adolescent ou l'adolescente vient démystifier tout ce qui entoure la sexualité.

Facteur 4 : La nature de la relation

L'engagement, l'établissement d'une intimité et la stabilité de la relation amoureuse viennent renforcer un comportement plus responsable et une meilleure communication à l'égard de la sexualité et de la contraception. Plus l'adolescente ou l'adolescent est engagé(e) et s'investit dans une relation, plus il s'établit un climat de confiance avec l'autre qui permet d'aborder la contraception et de faire des choix éclairés sur les moyens qui sont appropriés.

Facteur 5 : L'implication de l'adolescent

Une attitude ouverte de la part du partenaire influence positivement l'utilisation adéquate de moyens contraceptifs. Plus celui-ci participe à la démarche contraceptive, par exemple, qu'il donne son opinion, qu'il accompagne sa partenaire chez le médecin ou à la clinique, plus l'adolescente est encouragée à bien utiliser les moyens contraceptifs.

Tableau 3

20 difficultés des adolescentes face à la contraception¹

1 : La pensée magique

Le manque de pensée abstraite qui consiste à croire que cela (la grossesse) ne leur arrivera pas.

2 : La peur du rejet

Dans bien des cas, la jeune fille craint le rejet de son partenaire ou de son copain et se dit : « Si je lui demande de retarder la première relation ou si je lui parle de condom, il ne m'aimera plus ou ne voudra pas faire l'amour avec moi ».

3 : Le goût du risque

L'insouciance et l'attrance face au fait de risquer une grossesse peut amener les jeunes à ne pas utiliser de moyens contraceptifs.

4 : L'impact des médias

Les médias, que ce soit le cinéma, la télévision ou la publicité, véhiculent des valeurs telles que la séduction et l'agressivité sexuelle. Un spectateur moyen voit environ 9 000 scènes à caractère sexuel.

5 : L'inexpérience

La gêne du corps, l'appréhension de la relation sexuelle et la difficulté d'en parler peuvent nuire à l'utilisation de moyens contraceptifs.

6 : La peur de s'affirmer

Le manque d'estime personnelle et de confiance en soi peut empêcher le ou la jeune de dire « non » à une relation sexuelle. On pourrait leur apprendre à dire « pas maintenant », c'est plus facile.

7 : Le fatalisme

L'apathie devant les événements ou la croyance au destin qui amènent à se dire que si ça arrive (la grossesse) c'est parce que ça devait arriver.

8 : L'ignorance

Les mythes entretiennent l'ignorance par rapport au risque de grossesse. Un exemple : « La première fois, ça ne peut pas arriver ». L'existence du liquide pré-éjaculatoire est aussi souvent méconnue.

9 : La pensée écologique

Ne pas vouloir prendre la pilule parce que c'est « chimique » ou vouloir faire l'amour sans condom parce que c'est plus naturel.

10 : La précocité du cycle menstruel

Les jeunes filles sont menstruées plus jeunes. En 1940, 37% des filles de 15 ans avaient déjà eu leurs premières menstruations. En 1968, c'est 69% des filles âgées de 15 ans qui avaient eu leurs premières menstruations.

11 : L'alcool et les drogues

Lorsque les relations sexuelles se déroulent sous l'influence des drogues ou de l'alcool, le recours aux moyens contraceptifs devient moins rigoureux.

12 : Les tabous et le puritanisme

Un environnement familial hostile et fermé aux questions entourant la sexualité amène la non-communication et la culpabilité chez les jeunes face à ces questions, ce qui n'encourage pas un comportement sexuel sain et responsable.

13 : La recherche d'un statut

L'adolescente, ayant des rapports sexuels, peut désirer devenir enceinte pour obtenir un statut social, une valorisation par la maternité, surtout si elle ne poursuit pas ses études et qu'elle ne travaille pas.

14 : L'échec de l'éducation sexuelle à l'école

L'information n'est pas l'éducation. L'enseignement de la sexualité est déficient en milieu scolaire parce que trop de nature informative.

15 : La précocité des relations sexuelles

Les jeunes ont leur première relation sexuelle plus jeune.

16 : Le changement des valeurs associées au couple et à la famille

La grossesse hors mariage ou la maternité sans engagement amoureux sont banalisés.

17 : L'amour romantique

L'idéalisation de l'amour ou la volonté de s'abandonner totalement peuvent faire reculer les jeunes devant le caractère technique des moyens contraceptifs.

18 : Le « ici et maintenant »

L'incapacité de prévenir ou d'anticiper les premières relations sexuelles peut augmenter le risque de grossesse.

19 : L'absence de motivation

Prendre une pilule tous les jours alors que les relations sexuelles peuvent être très sporadiques demande une grande discipline.

20 : La persistance du modèle féminin qui consiste à « faire plaisir »

Les filles ont appris socialement à « faire plaisir » à l'autre ou aux autres. Refuser à son copain ou à son « chum » de lui « faire plaisir », soit en n'ayant pas de relations sexuelles tant qu'elle n'est pas prête ou en n'acceptant pas de relations non protégées, c'est difficile et confrontant. Certaines jeunes filles ont peur de perdre leur « chum » si elle ne leur fait pas plaisir.

*Selon Nicole Saint-Jean de la Clinique des Jeunes St-Denis, dans Loignon, 1996¹.