

Université de Montréal

Comparaison de la compétence parentale et de l'habilitation de mères adolescentes et de mères adultes ayant participé au volet postnatal du programme Naître Égaux-Grandir en Santé

Par
Célestine Kamdom
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

Mars 2002

© Célestine Kamdom



WY

5

U58

2002

v.007

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Comparaison de la compétence parentale et de l'habilitation de mères adolescentes et de mères adultes ayant participé au volet postnatal du programme Naître Égales-Grandir en Santé

Présenté par

Célestine Kamdom

Au jury composé de:

Fabie Duhamel
Présidente du jury

Marie Hatem-Asmar: Directrice
Faculté des sciences infirmières

Bruno Théorêt
Membre du Jury

Mémoire accepté le

Sommaire*Résumé*

Le but de la présente étude est de faire une comparaison de la compétence parentale et de l'habilitation de mères adolescentes et de mères adultes ayant participé au programme Naître Égaux-Grandir en Santé au Québec. La présente étude est une analyse secondaire des données provenant de l'étude de Piché, Goulet, Boyer et Théorêt (1999) sur l'évaluation de l'impact de la stratégie «renforcement du potentiel individuel» du programme Naître Égaux-Grandir en Santé sur la compétence parentale. Les 23 mères adolescentes constituent un échantillon de convenance alors que les 14 mères adultes ont été tirées au hasard. Toutes ces participantes proviennent de deux groupes de mères: celles qui ont reçu le suivi pré et postnatal ou le suivi postnatal seulement. Les instruments de mesure utilisés sont les suivants: 1) le Sentiment d'efficacité parentale» traduction de «Mothers' perceptions of their competence in managing selected parenting tasks» de Ballenski et Cook (1982) qui mesure la compétence parentale; 2) le Sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental, traduction de «Family Empowerment Scale» de Koren, De Chilo et Friesen (1992) mesure l'habilitation. Les résultats révèlent que la compétence parentale et l'habilitation des mères adultes sont supérieures à celles des mères adolescentes car une différence statistiquement significative a été obtenue à ces deux niveaux. Les analyses supplémentaires effectuées avec les données sociodémographiques montrent que l'éducation des mères semble jouer un rôle important sur la compétence parentale et sur l'habilitation car les résultats à ce niveau sont aussi significatifs en faveur des mères adultes. Les infirmières qui s'occupent de ces mères dans la période périnatale pourront profiter des résultats de la présente étude qui mériterait d'être approfondie.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières	iv
Liste des figures	vi
Remerciements	vii
Liste des tableaux	ix
Chapitre premier-Problématique	1
BUT DE L'ETUDE	9
Chapitre deuxième-Recension des écrits	10
DÉVELOPPEMENT À L' ADOLESCENCE	11
L'adolescence.....	11
Développement physique.....	12
Développement cognitif et moral.....	13
Développement émotionnel et social.....	15
Conséquences de la maternité à l'adolescence.....	16
COMPÉTENCE PARENTALE	18
Définitions.....	18
Compétence parentale observée et sentiment de compétence	19
Modèles et facteurs d'influence de la compétence parentale.....	20
Modèles.....	20
Facteurs d'influence.....	21
Études sur la compétence parentale.....	24
Chez les adolescentes.....	24
Chez les adolescentes et les adultes.....	28
PROGRAMMES DE SOUTIEN POSTNATAL.....	34
Programmes des États-Unis d'Amérique.....	35
Programmes québécois	38
Programme Naître-Égaux-Grandir en Santé (NÉ-GS).....	40
CADRE DE RÉFÉRENCE.....	43
HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	48
Chapitre troisième-Méthode	49
CONTEXTE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE DE PICHÉ, GOULET, BOYER ET THÉORÊT (1999).....	50

Le suivi reçu par les mères.....	50
Collecte de données dans l'étude principale	52
TYPE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE	53
POPULATION ET ÉCHANTILLON DE LA PRÉSENTE ÉTUDE	53
Critères d'inclusion	54
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES POUR LA PRÉSENTE ÉTUDE.....	54
DÉFINITION DES VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE	55
Variables dépendantes	55
La compétence parentale.....	55
L'habilitation.....	56
PLAN DES ANALYSES STATISTIQUES DE LA PRÉSENTE ÉTUDE	57
Chapitre quatrième-Les résultats	58
CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON ET HOMOGENÉITÉ DES GROUPES.....	59
VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES	64
Chapitre cinquième-Discussion et recommandations	70
QUALITÉ DE L'ÉCHANTILLON.....	71
DISCUSSION DES RÉSULTATS SELON CHACUNE DES HYPOTHÈSES	71
FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	75
RECOMMANDATIONS.....	77
CONCLUSION	80
Références	82
Appendice A-Lettre de demande d'autorisation d'utiliser les données de l'étude de Piché, Goulet, Boyer et Théorêt	95
Appendice B-Accusé d'autorisation d'utiliser les données de l'étude de Piché, Goulet, Boyer et Théorêt	97
Appendice C-Instrument de mesure: Sentiment d'efficacité parentale	99
Appendice D-Instrument: Sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental.	101

Liste des figures

- Figure 1. Modèle conceptuel de renforcement du potentiel individuel du programme NÉ-GS de Piché et ses collègues (1999)..... 45
- Figure 2. Cadre de référence adapté du modèle de «Renforcement du potentiel individuel»: de Piché et ses collègues (1999)..... 47

Remerciements

L'auteur tient à remercier toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de ce projet. Tout d'abord mes deux directrices le Dr Céline Goulet qui m'a soutenue dans la démarche d'obtention des données, dans ses conseils éclairés et sa rigueur scientifique; le Dr Marie Hatem-Asmar qui a gentiment accepté de m'accompagner dans la dernière partie de la réalisation de ce mémoire. Je tiens à remercier tous les membres de l'équipe de recherche à savoir Mme Christiane Piché, Mme Céline Goulet, Mme Ginette Boyer, et Mr Bruno Théorêt de m'avoir permis d'utiliser leurs données sans lesquelles la réalisation de ce mémoire n'aurait pu être possible. Un merci spécial est adressé à Mr Bruno Théorêt pour son ardent travail à trier les données nécessaires pour mon projet dans leur grande banque de données.

Ma reconnaissance s'étend à Mme Marie Hatem-Asmar et à Mme Joane Boulanger pour les commentaires qu'elles ont faits pour mes trois premiers chapitres.

Je tiens à remercier le Centre de Recherche de l'Hôpital Sainte Justine de m'avoir accordé une bourse de recherche qui m'a permis de me dégager de mon emploi pour investir plus de temps afin de rédiger ce mémoire.

Je tiens à remercier Mr Yves Lepage et Mr Miguel Chagnon pour leur temps et l'ardent travail fourni pour me permettre de venir à bout des analyses statistiques.

Un merci spécial s'adresse à nos enfants Zénas, Rodrick et Alvin pour leur compréhension et leur dévouement me permettant ainsi d'avoir la motivation nécessaire pour avancer dans ce projet.

Sarton (1957) nous rappelle que nous devenons qui nous sommes par les relations qui nous forment de façon souple et invisible. Ces relations s'initiant au sein de la famille qui est le premier milieu d'apprentissage. Je tiens à remercier mes parents ainsi que mes frères et sœurs qui ont contribué à façonner mes perspectives d'avenir.

Liste des tableaux

Tableau 1.	Répartition des mères adolescentes ou adultes selon leur groupe de participation	59
Tableau 2.	Moyenne et écart-type du nombre d'années de scolarité.....	60
Tableau 3.	L'âge moyen des mères dans les deux groupes	61
Tableau 4.	L'âge moyen de l'enfant à la première entrevue.....	61
Tableau 5.	Répartition des mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation et leur degré de parité.....	62
Tableau 6.	Répartition des mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation et leur type de revenu	63
Tableau 7.	Répartition des mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation et leur situation conjugale au moment de la première entrevue	63
Tableau 8.	Test d'homogénéité entre les groupes.....	64
Tableau 9.	Comparaison des moyennes de l'échelle du sentiment d'efficacité parentale chez les mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation.....	66
Tableau 10.	Comparaison de l'échelle de sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental chez les mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation	67
Tableau 11.	Tests des effets inter-sujets.....	68

Chapitre premier

Problématique

La grossesse à l'adolescence est un phénomène en augmentation au Québec. Entre 1980 et 1990, le taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans est passé de 12,5 à 18,5 pour 1000 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1993). Rochon (1999) rapporte que le taux de grossesse chez les adolescentes de moins de 18 ans en 1997 est de 19,8 pour 1000. Pettigrew (1985) souligne qu'au Québec au cours des dernières années, près de la moitié des adolescentes enceintes ont choisi de mener à terme leur grossesse et plus de 90% des adolescentes ont gardé leur enfant. En effet, Cardinal Remete (1999) précise qu'on observe une diminution de près de 70% du nombre de mise en adoption entre 1995-1996 comparativement avec les données de l'année 1982-1983. Cependant, ce pourcentage est global et non spécifique aux mères adolescentes. De plus, le Secrétariat à la Condition Féminine (1997) rapporte que sur 3822 adolescentes enceintes connues en 1993, 29% ont donné naissance à un enfant.

Une étude ontarienne révèle que les naissances chez les femmes de moins de 20 ans sont quatre fois plus nombreuses dans les quartiers défavorisés (Groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur la santé génésique des adolescentes, 1990). Charbonneau (1998) énumère quelques caractéristiques communes chez ces jeunes mères dont les perturbations familiales dans l'enfance, la pauvreté, l'isolement social, le problème d'estime de soi, la dépression et le manque d'habiletés parentales. Aussi, elles vivent le plus souvent la solitude et la monoparentalité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991). Or, la maternité a des conséquences désastreuses sur la santé et le développement des bébés ainsi que sur la santé des mères adolescentes elles-mêmes.

Ainsi, les bébés des mères adolescentes sont à risques de développer des troubles de comportement, lesquels sont décrits par le Ministère de l'éducation (1990) comme

présentant «un déficit important de la capacité d'adaptation se manifestant par des difficultés d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement familial, social ou scolaire». Ils sont susceptibles d'avoir plus d'accidents que les autres bébés (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1993). Le manque de stimulation et d'interactions non verbales peuvent entraîner un retard de développement surtout au niveau du langage (Corcoran, 1998). Faute d'un encadrement maternel adéquat et de soutien assidu, les enfants de certaines adolescentes risquent, à plus ou moins long terme, d'être pris en charge par le réseau des services de santé et des services sociaux créant ainsi une incertitude face à leur devenir (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1993).

Ces problèmes sont souvent liés au manque de compétence parentale des mères adolescentes. Carruth, Nevling et Skinner (1997) affirment que ces mères ont souvent des attentes irréalistes envers leur bébé. Ainsi, les mères adolescentes ont généralement tendance à rapporter une période plus précoce en ce qui concerne l'acquisition des marqueurs de croissance, comme l'âge auquel un enfant est capable de tenir une cuillère sans assistance ou de boire dans un gobelet et ce, comparativement aux mères adultes. Aussi, elles introduisent les repas solides plus tôt que les mères adultes.

De plus, Thompson, Powell, Patterson et Ellerbee (1995) citent cinq éléments qui caractérisent leur rôle parental: 1) le recours à la punition physique, 2) l'insensibilité aux signaux de l'enfant, 3) la prépondérance des interactions non verbales, 4) le manque de connaissances sur les notions de développement de l'enfant et 5) un environnement inadéquat pour l'apprentissage. Tout ceci freine le développement de l'enfant et le prédispose à des problèmes de santé et de développement.

Au niveau de l'adolescente, la maternité entraîne des effets perturbateurs sur son développement personnel. En effet, la maternité engendre l'isolement chez les adolescentes qui se trouvent plus restreintes que leurs pairs par leurs responsabilités parentales (Passino, Whitman, Borkowski & Schellenbach, 1993). Le Secrétariat à la Condition Féminine (1997) précise qu'il y a un lien direct entre le décrochage scolaire et la pauvreté chez les mères adolescentes, entraînant un plus grand risque d'une transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

Or, les personnes très démunies en général, les mères en particulier, éprouvent une certaine méfiance dans leurs contacts avec les professionnels et professionnelles du réseau sociosanitaire. Cette méfiance découle de la peur qu'elle soient jugées incapables à s'occuper convenablement de leurs enfants et que leur garde leur soit enlevée (Colins & Desrosiers, 1991). Dunnigan et Gravel (1992) soulignent qu'on observe deux à trois fois plus de troubles psychopathologiques, plus d'anxiété, de dépressions et de névroses chez les femmes défavorisées. La pauvreté ainsi que la maternité précoce ont un effet sur le développement physique, cognitif, émotionnel et affectif des mères adolescentes, entraînant souvent la présence de détresse psychologique chez elles.

La situation idéale serait que la mère adolescente soit capable de prendre soin d'elle-même et de son bébé en plus d'assurer son développement personnel. Ceci exige que l'adolescente accepte que l'enfant ne soit pas sa propriété mais qu'il ait une existence personnelle et des besoins propres. Elle doit dépasser sa peur devant les manifestations de son enfant qu'elle ne comprend pas et demander de l'aide. Elle doit aussi renoncer à divers aspects de la vie adolescente (ex.: les sorties fréquentes avec les amis, les longues conversations téléphoniques, l'écoute de la musique toute la journée) et rechercher le

soutien de l'ensemble de son réseau social (Lemare, 1997). Selon SmithBattle (1995) ce qui manque dans l'histoire des mères adolescentes serait le sens du pouvoir ou de l'organisme leur permettant d'agir en fonction de la mère qu'elles veulent être; elles se sentent à la merci des relations et des situations d'oppression. Lindsay (1990) souligne que l'estime de soi des mères adolescentes est étroitement associée avec la qualité d'éducation parentale qu'elles peuvent procurer à leur enfant. Pasley, Langfield et Kreutzer (1993) trouvent que l'estime de soi est associée à l'utilisation fréquente du soutien social et des stratégies d'adaptation. Ces auteurs poursuivent en disant qu'un sens élevé de la valeur personnelle et de l'auto-efficacité procurent la base sur laquelle la mère adolescente peut essayer de nouvelles choses et prendre des décisions plus mûres.

À travers le modèle en soins infirmiers de McGill la personne est appelée à résoudre ses propres problèmes avec l'assistance de l'infirmière. En effet, le modèle McGill (Allen, 1977) suggère de mettre l'accent sur le potentiel de la personne et non sur ses déficiences. Dans ce modèle, l'accent est mis sur le potentiel, les forces et les besoins du client dans la relation client-infirmière. Dans le modèle la santé est définie comme la somme des habilités de la personne à composer avec les événements de la vie quotidienne et son adaptation face à ces événements (Allen, 1982b). La relation client-infirmière est centrée sur la notion de collaboration, ce qui implique la participation active, la négociation et la distribution équitable de pouvoir (Gilchrist & Allen, 1981). L'assise fondamentale de cette relation est le climat de confiance établi entre le client-famille et l'infirmière. Ce modèle convient bien aux mères adolescentes car nous savons que la période de l'adolescence correspond à l'affirmation de soi et à la recherche d'identité (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1993). En cette période de recherche d'autonomie, la relation égalitaire

entre l'infirmière et le client que l'on retrouve dans le modèle McGill et dans les stratégies d'«empowerment» s'avère pertinente auprès de cette population. Le modèle de McGill est aussi un modèle de promotion de la santé, de coping, de développement et l'approche écologique s'y intègre à travers le concept du métaparadigme «environnement».

L'environnement dans le modèle est considéré comme le contexte social où s'initie l'apprentissage à la vie.

De ce fait, l'infirmière faisant partie d'une équipe multidisciplinaire comme c'est le cas dans le programme NÉ-GS peut établir une relation étroite avec les mères pour élaborer ensemble le plan d'action permettant d'améliorer leur compétence parentale et leur habilitation. Pour cela, elle doit posséder les habiletés de pouvoir prendre en considération la perspective du client, de l'écouter et d'entretenir une relation égalitaire avec le client afin de mieux renforcer son potentiel. Selon Jones et Meilis (1993), l'habilitation englobe les droits des personnes, leurs forces et leurs habiletés actualisant ainsi leur compétence ou le développement de leur potentiel. Augoyard et Renaud (1998) décrivent l'habilitation comme la capacité pour les personnes marginalisées de prendre leurs affaires en main et de faire avancer leur cause. Dans cette notion d'habilitation, l'engagement est important ainsi que l'action, car ils permettent aux mères de reconnaître leur potentiel et de composer sainement avec leur rôle.

Or, plusieurs programmes d'intervention en période pré et postnatale ont été mis sur pied au Québec par les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) pour venir en aide aux mères tant adolescentes qu'adultes. Mais, la mère adolescente se distingue bien de la mère adulte par son développement personnel inachevé, aspect qui n'est pas nécessairement pris en considération dans ces programmes. De plus, les mères qui

bénéficient de ces programmes sont aux prises avec des difficultés socio-économiques durant la maternité. Les femmes pauvres enregistrent un taux de fécondité supérieur au Québec, en 1985 au moins 15% des grossesses étaient le fait de femmes bénéficiant de la sécurité du revenu (Colins & Desrosiers, 1989). Le programme Naître Égaux-Grandir en Santé (NÉ-GS) est un programme de promotion et de prévention en périnatalité qui utilise une perspective d'habilitation auprès des mères vivant en situation de grande pauvreté (Martin & Boyer, 1995).

L'infirmière est l'intervenante privilégiée du programme NÉ-GS. C'est elle qui assure le suivi personnalisé auprès des mères après l'accouchement. L'infirmière dans ce programme utilise les deux approches de NÉ-GS: une approche de promotion de la santé et une approche écologique qui tient compte de l'ensemble des dimensions socioéconomiques, biologiques, psychologiques et environnementales pouvant affecter la vie des mères ainsi que les différentes stratégies et services pouvant les soutenir (Direction de la santé publique de Montréal-centre, 2000).

L'organisation mondiale de la santé (1986) définit la promotion de la santé comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer. L'approche écologique qui est la deuxième approche utilisée dans NÉ-GS étudie les influences sur l'individu des différents systèmes environnementaux en interaction, que Bronfenbrenner (1979) nomme micro, méso, exo et macro systèmes. Ces deux approches ont aussi un aspect multidimensionnel qui rejoint le modèle des déterminants de la compétence parentale proposé par Belsky, Robins et Gamble (1984). Ce modèle tient compte des caractéristiques individuelles du parent et de l'enfant ainsi que des systèmes de soutien des parents. De plus, le programme NÉ-GS vise

l'ensemble des déterminants de la santé des familles telles les conditions et les habitudes de vie ainsi que la densité du réseau social et l'accessibilité des services.

NÉ-GS offre un suivi intensif et intégré et utilise trois stratégies d'intervention: 1- le renforcement du potentiel individuel des parents, 2- le renforcement du milieu par la consolidation et la création de ressources dans l'environnement proximal de la famille et à un niveau plus global, 3- l'amélioration des conditions de vie des familles grâce à des actions politiques et des interventions médiatiques (Martin & Boyer, 1995).

Ainsi, même si le programme NÉ-GS n'est pas bâti sur le modèle McGill, l'infirmière y retrouve les différentes composantes du modèle à travers les différents concepts du métaparadigme infirmier comme la personne-famille, l'environnement, la santé, les soins qui se trouvent dans l'approche de promotion de la santé et dans l'approche écologique.

De fait, Piché et al. (1999) soulignent dans leur recension des écrits que les interventions en périnatalité qui ciblent l'amélioration des perceptions de compétence et d'efficacité parentale offrent un réel potentiel de changement dans l'environnement éducatif immédiat des enfants vivant dans des contextes de pauvreté. Dunnigan et Gravel (1992) soulignent que l'une des grandes stratégies proposées par la politique de la santé et du bien-être, adoptée en 1992, fait ressortir l'importance pour le système de soins de déployer davantage d'efforts pour améliorer la santé des populations les plus démunies. Parmi ces populations les femmes pauvres, isolées ou monoparentales et particulièrement les mères adolescentes québécoises, constituent une clientèle prioritaire à plusieurs égards.

Le programme NÉ-GS dans lequel s'inscrit l'étude Piché et ses collègues. (1999) vise à améliorer la santé et le bien-être de mères sous scolarisées provenant de milieu

défavorisé et ce, sans distinction entre mères adultes ou mères adolescentes. Il convient de se questionner sur la pertinence du programme auprès des mères adolescentes en raison de leur développement inachevé par rapport aux mères adultes.

Il serait donc intéressant de comparer la compétence parentale et l'habilitation de mères adolescentes et de mères adultes de milieu défavorisé ayant participé au programme NEGS qui renforce le potentiel des parents et à l'étude principale de Piché et ses collègues (1999). Ceci permettrait à l'infirmière qui est l'intervenante privilégiée du programme NÉ-GS ainsi que dans d'autres programmes de cette nature où elle peut être impliquée, de pouvoir adapter ses informations par rapport à la situation de mères adolescentes.

But de l'étude

La présente étude vise la comparaison de la compétence parentale et de l'habilitation de mères adolescentes et de mères adultes ayant participé au volet postnatal (qui peut être pré et postnatal ou postnatal seulement) du programme Naître Égaux-Grandir en Santé.

Chapitre deuxième
Recension des écrits

Ce chapitre porte sur une revue des écrits sur le développement à l'adolescence avec une attention particulière sur les filles car il y a une grande variation à la période de l'adolescence selon le genre sexuel. La suite de la recension des écrits porte sur la définition, les composantes de la compétence parentale, les modèles et les facteurs d'influence de la compétence parentale, ses bases théoriques et les différents angles sous lesquels ce concept a été étudié chez les mères et plus particulièrement chez les mères adolescentes. Enfin viennent les études sur les mères adolescentes et les mères adultes, la description de certains programmes pour mères adolescentes et le programme NÉ-GS, le cadre de référence et les hypothèses de recherche.

Développement à l'adolescence

L'adolescence

La mère adolescente est avant tout un enfant en phase de transition vers la période adulte. Adams et Kocik (1997) soulignent que l'adolescence vient du mot latin *adolescere* qui veut dire grandir. Ces auteurs soulignent aussi dans la revue de littérature que l'adolescence est une période «de tempête et de tensions» tandis que pour les professionnels, l'adolescence est un moment de changement rapide dans presque tous les domaines de la vie. Erikson (1968) stipule que l'adolescence est une crise parmi les crises: c'est la période où les problèmes de l'enfance ré-émergent et doivent être résolus et resitués dans un nouvel ordre et dans un nouveau sens de soi. D'un autre côté, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1993) souligne que l'adolescence est une période mouvementée au cours de laquelle s'effectuent d'importants changements psychosociaux

et biologiques; ceci explique les situations souvent très difficiles dans lesquelles les mères adolescentes se trouvent et qui s'ajoutent à leur lutte pour accéder à l'âge adulte.

Plusieurs auteurs (Fuller, 1986; Hanley, 1999; Ross, 1999; Sahler, 1983; Wong, 1999) divisent l'adolescence en trois phases: l'adolescence précoce, l'adolescence moyenne, l'adolescence tardive avec des caractéristiques propres à chaque phase. La poussée de croissance à l'adolescence ainsi que l'apparition des premières règles arrivent de plus en plus précocement ces derniers siècles. Cette tendance dans la maturation a été notée au Canada, aux États-Unis, en Grande Bretagne, en Suède, au Japon et dans plusieurs autres pays industriels (Moore, 1970). Ceci rend difficile de préciser exactement le début et la fin de l'adolescence. Mais certains auteurs comme Harris (1993) et Kaplan (1991) situent l'adolescence entre 11-12 ans et 18-22 ans. Betz, Hunsberger & Wright (1994) mentionnent que l'adolescence est la période durant laquelle de grands changements s'opèrent sur le plan physique, cognitif, moral, émotionnel et social.

Développement physique. La puberté est la phase qui débute l'adolescence. C'est à cette période que les caractères sexuels secondaires se développent chez la jeune fille. À cette période le corps de la jeune fille subit d'importants changements: l'élargissement du bassin, l'apparition des poils au pubis, la poussée des seins. Mais, l'important marqueur biologique est l'apparition des premières règles qui est souvent le signe de la maturité reproductive. La poussée de croissance à la puberté se situe entre 9,5 à 14,5 ans chez les filles et se poursuit durant deux à trois ans (Betz, Hunsberger & Wright, 1994).

Lerner et Spanier (1980) soulignent qu'une évaluation à l'adolescence sera incomplète si on n'examine pas les changements profonds dans le fonctionnement des organes reproducteurs. C'est ainsi que ces auteurs divisent la puberté en trois phases. La

phase prépubescente caractérisée par un changement rapide de croissance et par l'apparition des premières règles; c'est à la phase prépubescente que commence le développement des organes sexuels secondaires mais les organes reproducteurs ne sont pas fonctionnels. À la phase pubescente, il y a un ralentissement dans le développement physique et l'adolescente s'adapte aux changements de son corps. Les caractères sexuels secondaires continuent à se développer et l'ovule commence à être produit par les organes reproducteurs. La phase postpubescente marque la fin du développement physique et l'acceptation du corps adulte. Les organes reproducteurs et les caractères sexuels secondaires atteignent la maturité adulte.

Développement cognitif et moral. Piaget fut le premier théoricien à reconnaître ce que plusieurs psychologues considèrent maintenant comme un caractère distinct de la pensée adolescente, c'est-à-dire la capacité de réfléchir en termes de possibilités plutôt qu'en termes de réalités concrètes (Piaget & Inhelder, 1958). Piaget (1958, dans Hughes, Noppe & Noppe, 1988) place l'adolescente au stade des opérations formelles qui comprennent la capacité d'émettre des hypothèses et de faire des déductions. À ce stade, l'adolescente est aussi capable d'analyse combinatoire et elle raisonne de façon abstraite. Ce raisonnement abstrait lui permet de contempler le sens de sa vie, de questionner ses valeurs sociales et morales ainsi que celles des autres, d'analyser les relations humaines, d'essayer de comprendre les symboles contenus dans l'art et la littérature et de pouvoir interpréter ces symboles (Hughes, Noppe & Noppe 1988). Il est aussi important de noter que l'apparition du raisonnement au stade des opérations formelles n'est pas acquise entièrement au début de l'adolescence. Piaget (1958, dans Hughes, Noppe & Noppe, 1988) stipule que le premier niveau de réflexion au stade des opérations formelles est de penser

aux options. Roosa, Fitzgerald et Carlson (1982) soulignent que le passage au stade des opérations formelles aboutit à une période d'égoïsme où il est difficile pour l'adolescente de différencier ses inquiétudes de celles des autres.

L'égoïsme entraîne les adolescentes à se sentir plus importantes. Ceci conduit à ce que Elkind (1974) nomme le «mythe personnel» où les adolescentes imaginent leur propre vie comme héroïque et même mythique, par conséquent elles se sentent uniques et indestructibles. Les adolescentes sont aussi préoccupées par le fait d'être le centre de l'attention qu'on appelle «audience imaginaire» (Elkind, 1967). Ceci les amène à penser comment les autres vont réagir à leur apparence ou à leur comportement, d'où l'importance de l'image corporelle à ce stade.

Piaget (1958, dans Hughes, Noppe & Noppe, 1988) souligne aussi que le développement moral est la transition de l'égoïsme à la prise de conscience de la perspective de l'autre. Cependant, le grand théoricien du développement moral est Kohlberg (1969, 1984) qui le décrit comme une progression graduelle à travers six niveaux de développement. Pendant l'adolescence, plusieurs filles sont capables de raisonner au niveau trois où le raisonnement moral est basé sur le désir de l'acceptation sociale et le niveau quatre où l'adolescente reconnaît que la loi doit être obéie pour maintenir l'ordre social. Ces deux niveaux se trouvent dans le stade conventionnel. Colby, Kohlberg, Gibbs et Liberman (1983), Kohlberg (1973) et Kuhn, Langer, Kohlberg et Haan (1977) soulignent que pendant l'adolescence tardive une minorité commence à raisonner au niveau cinq qui se situe dans le stade post-conventionnel lequel permet de reconnaître que la loi doit refléter les besoins de la société.

Développement émotionnel et social. L'adolescence est une période d'un grand tourment émotionnel. Mead (1971) trouve que ce tourment n'est pas universel à toutes les adolescentes, mais elle confirme que toutes les adolescentes connaissent des variations d'humeur. L'estime de soi peut être affectée par le niveau de tensions endurées par l'adolescente ainsi que les changements de son image corporelle. Selon Erikson (1968), l'adolescente doit travailler sur sa recherche d'identité dans quatre domaines majeurs: 1- la carrière, 2- la moralité et la religion, 3- l'idéologie politique et 4- les rôles sociaux.

La période de l'adolescence est le moment où l'adolescente doit refaçonner sa relation avec sa famille, car elle a une forte tendance à valoriser sa relation avec ses pairs. Wong (1999) stipule qu'un point central dans la vie des adolescentes est la valeur importante attribuée aux relations amicales et aux relations avec les pairs. Cependant, Hartup (1983) précise que ni les parents ni les pairs n'ont un impact sur tous les domaines de prise de décision des adolescentes. Les pairs ont de l'influence sur les domaines comme la musique, la mode, les sources de distraction, le langage, les amis, les rendez-vous. Mais, l'influence des parents est dominante sur les décisions concernant les valeurs morales et sociales ainsi que la compréhension de la vie adulte. La recherche d'autonomie peut entraîner des conflits envers les parents au niveau des relations familiales. Wong (1999) souligne aussi que le style parental affecte le développement de l'adolescente ce qui implique une résolution de conflit effective dans la famille, une cohésion familiale et une compréhension des parents à l'égard de l'adoption d'un comportement mature chez leurs adolescentes.

Ces observations à l'égard de la période de l'adolescence révèlent certaines difficultés que risque d'éprouver l'adolescente en l'absence d'une expérience de maternité.

Qu'en est-il des conséquences du devenir mère au cours de cette phase de développement? Les écrits qui suivent tentent de répondre à cette question en nous éclairant d'avance sur la compétence parentale à ce stade de développement.

Conséquences de la maternité à l'adolescence. Plusieurs auteurs parlent des implications de la maternité à l'adolescence sur l'adolescente et sur son enfant.

Selon Julian (1983), les mères adolescentes sont plus susceptibles que les autres d'éprouver des difficultés à fonctionner de façon appropriée en tant que mères. Ces difficultés sont associées à des facteurs de risques liés à leur grossesse, à leur développement psychologique et cognitif incomplet et à leur capacité limitée d'assumer un rôle d'adulte.

Strauss et Clarke (1992) ont identifié chez les mères adolescentes trois types de prise de décision immature, transitionnel et mature. Elles soulignent que chez la mère adolescente qui présente un type de prise de décision immature, l'enfant n'est pas vu comme un individu et les interactions avec lui comme le toucher et la communication verbale sont minimales. La mère adolescente qui démontre un type de prise de décision transitionnelle est capable d'attribuer des caractéristiques uniques à son enfant mais la relation manque de réciprocité. La mère adolescente qui démontre un type de prise de décision mature est plus capable de décrire la personnalité unique et les caractéristiques physiques de son enfant comme par exemple l'appeler par son nom ou lui parler et le toucher de façon spontanée. Adams et Kocik (1997) soulignent que l'adolescente mère est avant tout une adolescente qui est en train de travailler ou de fournir de grands efforts pour traverser les tâches de l'adolescence et qui graduellement assumera les rôles plus

autonomes d'adulte. Il est donc crucial d'évaluer à quel stade de développement est rendue l'adolescente pour savoir les tâches qu'elle maîtrise et identifier les domaines de conflit potentiel (Erikson, 1968).

Par ailleurs, Erickson (1995) souligne que les problèmes d'identité non résolus peuvent entraîner une confusion du rôle maternel en termes de relations mère-enfant. Par conséquent, la santé et le bien-être de la mère adolescente et de son enfant peuvent être affectés. Clarke et Strauss (1992) soulignent que la transition du rôle de l'adolescence à celui d'adulte demande d'établir une identité personnelle en affirmant son indépendance envers sa famille, d'établir une relation avec les pairs et de pratiquer un raisonnement conceptuel dans la prise de décision. Mais, la tension additionnelle du rôle parental place l'adolescente dans une situation d'ambivalence face à sa situation de mère et à sa vie d'adolescente d'où l'ambiguïté face à ces deux rôles. Ces problèmes ne se manifestent pas seulement dans le rôle parental mais aussi dans les autres aspects du rôle adulte qu'elle doit endosser comme la prise de décision personnelle. Tous ces éléments influencent la compétence parentale des mères adolescentes.

Le constat qui se dégage des écrits sur le développement à l'adolescence montre que même sans avoir un enfant la période de l'adolescence est assez difficile à cause des changements qui ont lieu sur le plan physique, cognitif, moral, émotionnel et social auxquels l'adolescente doit s'adapter. Les conséquences de la maternité à l'adolescente constituent un fardeau supplémentaire auquel l'adolescente doit faire face.

En somme, les impacts du rôle de la maternité sur la mère adolescente peuvent être résumés par ce que Pasley et ses collègues (1993) qualifient de trois transitions simultanées de vie des mères adolescentes: a) les transitions associées aux tâches développementales,

dans lesquelles les changements cognitifs et physiques font que les adolescentes se perçoivent ainsi que les autres, dans une nouvelle perspective et que leur pensée devient plus auto-centrée; b) les transitions dans la famille de l'adolescente avec de nouvelles attentes et des comportements qui consistent à entraîner une maturité avancée; c) la transition dans le rôle parental avec toutes les demandes et les responsabilités qui l'accompagnent. Cowan et Hetherington (1991) soulignent qu'expérimenter la tension du parentage précoce simultanément avec le développement à l'adolescence crée un niveau de tension qui excède toutes les tensions additionnelles de chaque phase de la vie.

Compétence parentale

Définitions

Giguère (1998) note dans sa recension des écrits que le mot compétence existe depuis le XV^e siècle et qu'il provient du latin *competencia* pour «juste rapport, proportion». Selon Rey (1993) le mot compétence est employé dans le sens de «capacité due au savoir, à l'expérience». Rey –Debove et Rey (2000) définissent une personne compétente comme étant capable de bien juger d'une chose en vertu de sa connaissance approfondie. Ogbu (1981) souligne qu'aucune définition de ce terme n'est généralisée mais ce qui est commun à plusieurs définitions est que la compétence est l'habileté à effectuer une tâche spécifique à une culture. Giguère (1998) mentionne aussi que le concept compétence, associé au terme parent, semble avoir pris naissance au début des années 1980 au Québec. D'un autre côté, Massé (1991) souligne que ce concept ambigu et complexe est souvent employé dans le même sens que rôle parental, fonction de parent, capacité parentale, responsabilité parentale, etc. Cette auteure souligne aussi que le concept de

compétence parentale est souvent abordé indirectement. On parle plus volontiers des déterminants de la compétence parentale (Belsky, 1984) sans vraiment risquer une définition de ce qu'est un parent compétent. Ferketich et Mercer (1994) et Mercer (1986) soulignent que l'acquisition du rôle de mère ou de père constitue un processus par lequel l'adulte acquiert la compétence requise pour assumer cette fonction et intègre les comportements parentaux à l'ensemble de ses autres rôles de sorte qu'il se sent à l'aise dans son identité de parent. Selon le Conseil de la Famille du Québec (1990), la compétence parentale correspond à la qualité des attitudes posées dans les gestes éducatifs à l'égard du développement de l'enfant. Limoges (2000) utilise le terme compétence dans le parentage et précise qu'il est composé de deux caractéristiques: la sensibilité parentale et l'engagement. La sensibilité est définie par la capacité parentale de répondre aux demandes et aux besoins de l'enfant et l'engagement réfère aux temps passés avec l'enfant lors des soins et des jeux (Belsky, Robin & Gamble, 1984). Ballenski et Cook (1982) définissent la compétence parentale comme l'habileté réelle d'un parent à répondre aux besoins de son enfant. Par contre, Wagner et Morse (1975) mentionnent que la perception qu'a une personne de ses habiletés ou le degré de confiance qu'elle a en elle-même et qui résulte de l'ensemble des interactions qu'elle a eues avec son environnement, représente le sentiment de compétence.

Compétence parentale observée et sentiment de compétence

Giguère (1998) mentionne que la compétence parentale peut-être examinée à partir de deux perspectives: la compétence parentale observée et la compétence parentale ressentie par le parent ou sentiment de compétence. Cette auteure poursuit en précisant que selon plusieurs auteurs la compétence parentale est observée sous différentes facettes: les

qualités individuelles des parents (Dix, 1991; Teti & Gelfand, 1991), la qualité de la relation parent-enfant (Bourassa, 1992; Bourassa & Cyr, 1989; Bourassa, Couture, Cyr & Malenfant, 1986; Goldberg, 1991), la capacité de répondre aux besoins de l'enfant (Jones & Lenz, 1986), la capacité de favoriser le développement de l'enfant (Vezina & Pelletier, 1992), le style parental et les méthodes de contrôle (Ballenski & Cook, 1982; Cloutier, 1985; Crête, Forget, Gagné & Séguin, 1993; Gagnon, 1993; Maccoby & Martin, 1983; Maziade, 1990; Steinberg et al., 1994) ainsi que les facteurs qui influencent cette compétence (Belsky et al., 1984; Bouchard, 1981; Fox, 1989). Dans le cadre de la présente étude, le sentiment de compétence parentale est étudié. Il se définit comme les perceptions maternelles relatives à leur capacité à accomplir les tâches parentales à différents âges de l'enfance (Ballenski & Cook, 1982).

Modèles et facteurs d'influence de la compétence parentale

Modèles. Lors de la recension des écrits, certains modèles ont été identifiés mettant en relief les différents facteurs qui influencent la compétence parentale ainsi que son origine. Ogbu (1981) a élaboré un modèle écologique culturel de parentage partant des origines de la compétence humaine. Ce modèle postule que les origines de la compétence humaine et les habiletés spécifiques et générales s'imbriquent dans la nature des tâches adultes culturellement définies, comme les tâches de subsistance d'une population donnée. Le modèle des déterminants du parentage de Belsky (1984) présume quant à lui que le parentage est influencé directement par les forces provenant soit de la mère ou de l'enfant et du contexte social dans lequel la relation parent/enfant se développe. Shellenbach, Whitman et Borkowski (1992) ont adapté le modèle précédent pour le rendre spécifique aux mères adolescentes en incluant quatre caractéristiques personnelles de la mère

adolescente à savoir: l'habileté à apprendre, la capacité cognitive nécessaire pour accomplir le rôle parental, l'ajustement psychologique et la santé de la mère. Dix (1991) présente un modèle de parentage à trois composantes qui place l'émotion au cœur de la compétence parentale. Cet auteur mentionne dans sa recension des écrits que les mères adolescentes ont des attentes irréalistes face à leurs enfants. Cette attitude étant tributaire d'une faible connaissance du développement de l'enfant entraînant ainsi chez les mères des émotions négatives à l'endroit du bébé. Erickson (1995) présente un modèle théorique dérivé de la synthèse des résultats de plusieurs recherches. Il rapporte que l'estime de soi prédit la compétence parentale qui en retour prédit l'attachement parental. Cet auteur mentionne aussi deux différentes perspectives pour l'attachement au niveau des mères adolescentes: 1- la relation d'amour déficitaire et le type de la motivation déficitaire. Dans cette relation, la première motivation de la mère à se lier à son enfant est de satisfaire ses propres besoins. 2- L'autre perspective est la relation «être aimée» et le type «être motivée». Ici la première motivation de la mère de se lier à son enfant est de satisfaire les besoins de son enfant. Cette perspective entraîne un lien satisfaisant avec l'enfant.

Facteurs d'influence. Plusieurs facteurs semblent influencer la compétence parentale. Alvarez (1985) et Radke-Yarrow, Richters et Wilson (1988) soulignent que la compétence parentale est liée à certaines caractéristiques personnelles des parents tels que la maturité psychologique, le bien-être et la dépression. Elle est aussi liée aux facteurs socio-écologiques (Antonucci, 1976; Belsky, 1984; Bronfenbrenner, 1979; Cochran & Brassard, 1979) qui sont les conditions de logement, l'isolement social, le sexisme dans la division des tâches, l'insuffisance de garderies et la violence dans les médias.

Mercer et Ferketich (1994) affirment que la compétence maternelle est significativement reliée à l'attachement maternel et que l'estime et la maîtrise de soi sont des facteurs importants qui prédisent la compétence parentale. Ces auteurs soulignent aussi que l'acceptation par la mère de son image et sa perception de contrôle sur les événements sont centrales pour accomplir le rôle maternel. Diehl (1997) a examiné la relation entre l'estime de soi des mères adolescentes et l'interaction avec leur enfant, il trouve que les mères avec une faible estime de soi étaient moins sensibles aux signaux de détresse de l'enfant. Massé (1991) trouve que 86 % des répondants, dans sa recherche sur la conception populaire de la compétence parentale, font référence au moins une fois à des caractéristiques psychologiques ou à des traits de personnalité de l'enfant. Cet auteur mentionne que:

«Un parent se considère compétent si son enfant est globalement heureux dans sa vie. Plus précisément, il doit faire en sorte que cet enfant soit autonome, débrouillard, qu'il ait confiance en lui-même et sache s'affirmer, qu'il soit ambitieux, discipliné et motivé à atteindre ses objectifs et ce, tout en étant sociable, honnête, avec un sens de responsabilités» (Massé, 1991; p. 286).

Léonard et Paul (1996) affirment que trois catégories de facteurs ont une influence sur le sentiment de compétence parentale: les facteurs liés aux parents (l'âge, la parité, le sexe, le niveau de scolarité, l'état matrimonial), les facteurs liés à l'enfant (l'état de santé, le tempérament) et les facteurs liés à l'environnement (le contexte socioéconomique, le soutien social). Ces auteurs soulignent que le sentiment d'être compétente dans l'exercice du rôle maternel s'accroît avec l'âge. Tous les facteurs énumérés précédemment ont été recueillis auprès des mères en général mais pas spécifiquement auprès de mères adolescentes. Cependant, Elster, McAnarmey et Lamb (1983) mentionnent que les facteurs qui influencent le parentage à l'adolescence sont le stress, l'adaptation, le soutien social, les

attitudes face à l'accouchement et l'expérience familiale dans l'exercice du rôle parental, la connaissance du développement de l'enfant et le développement cognitif de la mère adolescente. Le modèle de parentage à l'adolescence adapté par Shellenbach et ses collègues (1992) du modèle de Belsky (1984) inclut les facteurs d'âge, de statut socio-économique, de santé de la mère et des caractéristiques de l'enfant. Roosa et ses collègues (1982) affirment que l'âge de la mère adolescente seul n'est qu'un mythe car il y a plusieurs autres variables qui ont un effet sur le développement de l'enfant comme le statut socioéconomique, le soutien social, la stabilité maritale, la nutrition et les soins prénataux. Ils suggèrent que les recherches auprès des mères adolescentes doivent utiliser des modèles multivariés et non linéaires. Shellenbach et ses collègues (1992) mentionnent que les caractéristiques qui prédisent le stade de développement normatif de l'adolescente appropriées à l'âge (ex. la fluctuation de l'identité, la dépendance envers les parents et l'expérimentation), sont en opposition directe avec les qualités requises pour le développement de la compétence parentale. Sur le plan social et émotionnel, l'estime de soi est une variable déterminante dans la relation mère/enfant.

En vertu de ce qui précède, la compétence parentale dépend de la définition qu'on lui accorde ainsi que des différents facteurs pris en considération. Il est donc nécessaire de spécifier l'angle sous lequel on examine la compétence parentale à savoir si c'est la compétence parentale ressentie ou la compétence parentale observée. On constate aussi que les facteurs qui influencent la compétence parentale sont multiples d'où la difficulté de l'étudier de façon isolée.

Études sur la compétence parentale

Dans cette section les études seront présentées par ordre chronologique et de la manière suivante: le type d'étude, le but poursuivi, la population étudiée et les résultats obtenus. Les études effectuées auprès des mères adolescentes seront d'abord présentées et par la suite les études qui tiennent compte ensemble de mères adolescentes et de mères adultes.

Chez les adolescentes. Arenson (1994), à travers une étude qualitative auprès de sept mères adolescentes, confirme que celles-ci ont des forces qui leur permettent de bien accomplir leur rôle parental. Le but de son étude était d'explorer ces forces et ces attributs positifs afin d'élargir la compréhension de l'expérience d'être mère à l'adolescence. Cette auteure identifie cinq thèmes: les événements de la vie, les relations, la perception de soi, la recherche de l'information et les forces. L'auteure souligne que ce dernier thème se démarque en ce sens qu'il représente les qualités positives que l'adolescente décrit ou démontre durant l'entrevue. Les catégories dans ce dernier thème sont le «caring», la confiance en soi, l'indépendance/l'autodétermination, la responsabilité, la patience, la réflexion et l'espoir/la vision. Quelques études sur le parentage à l'adolescence (Carlson, Labarba, Sclafani & Browsers, 1986; Dryfoos, 1991) présentent surtout les conséquences négatives de ce rôle sur la mère adolescente et sur son enfant sans toutefois s'attarder sur le potentiel des mères adolescentes. Cependant, cette étude d'Arenson (1994) nous prouve le contraire. Warner (1981) stipule que se développer en utilisant ses propres forces constitue un trait important pour la santé et l'adoption de comportements sains de santé.

Censullo (1994), dans une étude pilote auprès de 12 mères adolescentes, a vérifié le processus du soutien à l'interaction entre la mère adolescente et son enfant dans le but

d'augmenter la sensibilité des relations parent-enfant. L'intervention consistait à entraîner la mère adolescente et son enfant dans une interaction servant de prévention. L'hypothèse à la base était d'influencer à la fois la mère et l'enfant, car l'accomplissement d'une communication effective avec l'enfant augmente la compétence parentale de la mère adolescente et son estime générale. Par la même occasion, l'atteinte d'une sensibilité mutuelle dans les premières relations procure à l'enfant une expérience positive d'attachement sur laquelle bâtir les relations subséquentes. Cette étude montre que le niveau de sensibilité à l'interaction parent/enfant ainsi que le score de l'estime de soi a significativement augmenté après l'intervention comparativement au score avant la première session.

Burke et Liston (1994) ont mené une étude exploratoire auprès de 78 mères adolescentes pour explorer leur perception du soutien social et l'effet du parentage dans leur vie. Les résultats de cette recherche montrent que le service communautaire classé comme très important par toutes les répondantes était le soin médical pour l'enfant. La visite à domicile par l'infirmière était vue comme importante par 40% des mères. Les mères adolescentes dans cette recherche affirment que le père de l'enfant et leur propre mère étaient leurs principales sources de soutien. Ce résultat a été également obtenu par Barnet, Joffe, Duggan, Wilson et Repke (1996) qui soulignent par ailleurs, qu'un conflit élevé avec le père de l'enfant était associé avec un taux élevé de symptômes de dépression. L'importance du soutien du père a été aussi démontrée dans la prise de mesures préventives de santé pour l'enfant. Kelly (1995) a effectué une étude exploratoire pour examiner le niveau de services de santé préventive que les mères adolescentes ont cherché pour leur enfant pendant les deux premières années de vie. Les mères adolescentes qui rapportent

avoir encore des relations avec le père de l'enfant ont un niveau élevé de soins préventifs de santé pour leur enfant.

Smithbattle (1997) a réalisé une étude longitudinale phénoménologique, avec un échantillon constitué de 13 mères adolescentes, 18 grands-parents et trois partenaires masculins de mères adolescentes. Il identifie que le parentage à l'adolescence est développé en interaction avec les autres et qu'une intervention, centrée sur la famille et supportant les efforts de la jeune mère et des grands-parents, est nécessaire pour que la jeune mère devienne une soignante responsable. Par ailleurs, cette suggestion peut être remise en question car des recherches démontrent l'ambivalence que certaines mères adolescentes ressentent à accomplir leur rôle parental quand les grands-parents prennent toute la charge de l'enfant et qu'elles se sentent mises à l'écart. De fait, Bogat, Caldwell, Guzmán, Galasso et Davidson II (1998) rapportent les relations conflictuelles qui existent souvent entre la mère de l'adolescente et l'adolescente augmentant ainsi le niveau de stress de cette dernière.

Hermann, Cleve et Levisen (1998) ont mené une étude descriptive auprès de 56 mères adolescentes primipares pour déterminer si l'estime de soi, la compétence parentale et le soutien social changeaient à travers les 18 mois de parentage quand les mères étaient suivies par l'infirmière de santé publique. Cette étude comprenait des mères de trois ethnies différentes: caucasiennes, hispaniques et noires. Les résultats reliés à l'enfant ont montré qu'il n'y avait aucun retard dans le développement de l'enfant mesuré par le «Denver Development Screening Test». Il y avait un suivi régulier pour les visites de routine de l'enfant et un pourcentage élevé des enfants ayant reçu tous les vaccins pour leur âge. Il y a eu une baisse significative de l'estime de soi des mères adolescentes entre la naissance et

les six premiers mois et une baisse de la satisfaction du soutien social entre le 6^e et le 18^e mois. La compétence parentale des mères d'ethnie hispanique et noire a augmenté durant les 18 mois comparativement à celle des mères caucasiennes qui a plutôt diminué. L'auteur suggère le besoin d'un suivi plus intense pour certains groupes d'adolescentes.

Sadler, Anderson et Sabatelli (2001) ont mené une étude descriptive corrélationnelle auprès de 53 paires constituées de mères adolescentes afro-américaines célibataires et leur maman ou toute autre personne significative dans la vie de l'adolescente jouant le rôle de sa mère. Le but est de décrire l'influence des grands-mères sur la compétence parentale de mères adolescentes en utilisant le modèle adapté de Belsky (1984) sur les déterminants du parentage. Les mesures prises se sont basées sur les ressources personnelles, la perception du tempérament de l'enfant, les sources contextuelles du soutien social et du stress. Les régressions multiples ont montrés que l'estime de soi et le sens de maîtrise explique 41% de la variance et l'estime de soi des grands mères explique 42% de la variance dans la compétence parentale de mères adolescentes. Les auteurs soulignent que la seule variable dans le modèle de la mère adolescente ou de la grand-mère qui était corrélé avec la sous-échelle d'aptitude était l'estime de soi de la mère adolescente. Cette association a un sens conceptuel car plus la jeune mère est confortable envers elle-même en général, plus elle doit se sentir capable de supporter les soins de l'enfant. Certains auteurs comme (Lindsay, 1990; Pasley, Langfield & Kreutzer, 1993) ont trouvé que l'estime de soi jouait un rôle important sur la compétence parentale des mères adolescentes.

En somme, les études faites auprès des mères adolescentes ne parlent pas de la compétence parentale de façon isolée. En dehors de l'étude de Hermann, Cleve et Levisen (1998) et de Sadler, Anderson et Sabatelli (2001) où la compétence parentale est l'une des

variables principales, toutes les autres recherches recensées s'attardent surtout sur les facteurs qui ont une influence sur la compétence parentale des mères adolescentes. Comme soulignent certains auteurs, l'âge n'est pas le seul facteur qui joue sur la compétence parentale des mères adolescentes. Plusieurs facteurs sont en cause. Les études montrent que le soutien du père de l'enfant a un effet positif sur la compétence parentale des mères adolescentes bien que ces mères vivent le plus souvent en monoparentalité et qu'il y ait souvent un conflit entre le père de l'enfant et les parents de la mère adolescente qui refusent de voir ce père. On constate aussi la complexité d'étudier la compétence parentale à l'adolescence car l'adolescente n'est pas en mesure d'assumer toute seule ce rôle d'où la prépondérance du soutien social dans la plupart des études.

Chez les adolescentes et les adultes. Dans ce qui suit, sont présentées quelques études où les mères adultes et les mères adolescentes sont considérées et des études comparatives entre mères adultes et mères adolescentes.

Bullock et Pridham (1988) ont mené une étude exploratoire sur le type d'information reçu par les mères et la perception de la compétence maternelle pendant les trois premiers mois de vie de l'enfant. Cette étude fut faite auprès de 49 mères âgées de 17 ans et plus. Ils ont utilisé un instrument qui permettait aux parents d'identifier les sources de confiance et d'incertitude face à leur compétence parentale. Les mesures ont été prises à 30 et à 90 jours de la naissance de l'enfant. Ces auteurs rapportent que les quatre sources de confiance chez les mères aux deux temps de mesure sont l'humeur de l'enfant (joyeux, satisfait), la réponse du bébé aux soins, le bien-être physique de la mère et le succès de la mère à résoudre les problèmes ou à gérer les soins de l'enfant. Par contre, les sources d'incertitude rapportées par ordre décroissant de fréquence sont l'humeur de l'enfant

(difficile ou insatisfait), l'ignorance de la mère de ce qui se passe ou de ce qu'elle a à faire et l'incapacité de la mère à résoudre le problème avec succès. Cette étude bien que n'étant pas spécifique aux mères adolescentes, donne de l'information importante sur laquelle il faut mettre de l'emphase lors de l'intervention auprès des mères adolescentes comme l'humeur de l'enfant. En effet, plusieurs recherches mentionnent le fait que ces mères ont de la difficulté à interpréter les signaux de l'enfant. Il s'avère ici que ce n'est pas un problème spécifique aux mères adolescentes d'où la difficulté de cette tâche dans les premières semaines de vie.

Reiss (1988) a mené une étude comparative auprès de 150 jeunes mères adolescentes âgées de 16 ans et moins, 260 mères adolescentes âgées de 17 à 19 ans et 242 mères adultes âgées de 20 à 25 ans. Le but de l'étude est de présenter les résultats d'une analyse discriminatoire sur les déterminants du parentage selon trois niveaux de l'âge maternel. L'étude permet ainsi de procurer un contexte plus large dans lequel on peut comprendre les forces relatives et les faiblesses des connaissances et des attitudes parentales de mères adolescentes comparativement à des mères adultes. Les résultats montrent que la race et l'âge émergent comme des facteurs importants pour les dimensions de parentage mesurées, à savoir: l'étendue des attitudes et des comportements dépressifs chez les parents, les connaissances sur le développement de l'enfant, les attitudes maternelles envers le parentage et le soutien social. Les résultats montrent que les mères de race noire sont plus punitives dans leur attitude envers l'éducation de leur enfant, connaissent moins les stades de développement de l'enfant, se perçoivent comme n'ayant pas assez de soutien social et sont plus dépressives. Les mères âgées ont atteint le niveau le plus élevé de connaissances sur le développement de l'enfant, sont les moins punitives des

trois groupes, se perçoivent disposant d'un très grand soutien social et sont moins dépressives. Comparées à toutes les autres mères, les mères adolescentes de 16 ans et moins ont une attitude plus punitive envers l'enfant, ont moins de connaissances sur le développement de l'enfant et ont plus de symptômes de dépression.

Kemp, Sibley et Pond (1990) ont mené une étude comparative auprès de 20 mères adolescentes âgées de 16 ans et moins et de 32 mères adultes âgées 21 ans et plus. Le but de l'étude est d'examiner les relations entre l'âge maternel, l'attachement maternel prénatal, la perception de l'expérience de l'accouchement et l'atteinte du rôle maternel. Les résultats de cette recherche montrent qu'il n'y avait aucune différence significative chez le groupe de mères adolescentes ou de mères adultes ni sur les scores de l'attachement prénatal ou les scores sur l'échelle d'adaptation maternelle à l'enfant. Cependant, le résultat le plus intéressant était le fait que les adolescentes se percevaient comme étant mieux préparées au rôle maternel que les mères adultes. Ces auteurs ajoutent que ceci peut représenter une perception irréaliste de la part des adolescentes concernant ce qu'est vraiment le parentage.

Norr et Roberts (1991) ont mené une étude comparative auprès de 69 mères adolescentes âgées de 14 à 17 ans, 36 mères adolescentes âgées de 18 à 19 ans et 79 mères adultes âgées de 20 à 24 ans. Le but de cette étude est d'examiner si les comportements immédiats des adolescentes sur l'attachement sont différents de ceux des mères adultes. Les résultats montrent que les mères âgées de moins de 18 ans ont un attachement maternel significativement inférieur à celui des mères adultes et des mères âgées de 18 à 19 ans. Ces dernières ont une moyenne sur l'attachement significativement inférieure à celle des mères adultes et significativement supérieure à celles des mères adolescentes âgées de moins de

18 ans. Les adolescentes de moins de 18 ans maintiennent une proximité faible à leur enfant par rapport aux mères âgées de plus de 20 ans. Les adolescentes âgées de moins de 18 ans et de 18 à 19 ans parlent et sourient à leur enfant moins que les mères âgées de plus de 20 ans. Les adolescentes âgées de moins de 18 ans portent leur enfant significativement moins que les mères adultes, mais les adolescentes âgées de 18 à 19 ans portent leur enfant autant que les mères âgées de 20 à 24 ans. Les mères adolescentes les plus jeunes rapportent qu'elles jouent avec le bébé plus que les mères âgées. Ceci suggère que certaines mères adolescentes ont des attentes irréalistes au sujet du comment interagir avec leur bébé et développent un attachement maternel et une proximité physique moindre que les mères plus âgées.

McClure-Martinez et Cohn (1996) ont mené une étude comparative auprès de 60 adolescentes enceintes âgées de 14 à 19 ans et de 45 mères adultes âgées de 20-29 ans toutes primipares. Le but de l'étude est de déterminer si les jeunes mères inexpérimentées en rôle parental perçoivent les situations dangereuses comme moins hasardeuses pour les enfants que les mères adultes. Les résultats de cette recherche montrent que les adolescentes enceintes étaient significativement moins alertes que les mères adultes à intervenir dans plusieurs situations potentiellement dangereuses. Les auteurs soulignent que les mères adultes ont en moyenne 2,5 années plus d'expérience à prendre soins de l'enfant que les mères adolescentes. Les adolescentes mères mentionnent plusieurs situations de stimulus comme étant capables de blesser plus que les mères adultes. Cette étude compare les adolescentes sans aucune expérience avec le soin de l'enfant avec des mères adultes qui ont déjà un enfant ce qui entraîne un grand déphasage de la part des adolescentes inexpérimentées par rapport aux adultes.

Carruth, Nevling et Skinner (1997) ont mené une étude comparative auprès de 61 mères adolescentes âgées de 14-18 ans et de 60 mères adultes âgées de 22 à 28 ans. Le but de cette étude est de comparer la période d'introduction des aliments par rapport aux différents marqueurs de croissance par les mères adolescentes et les mères adultes. Il y a eu une grande similarité dans les deux groupes sauf au niveau de deux marqueurs de croissance: «tenir la cuillère tout seul et boire à partir d'un gobelet d'entraînement tout seul». À ce niveau, les mères adolescentes ont donné un âge significativement plus tôt que les mères adultes. Les mères adolescentes introduisent les céréales significativement plus tôt que les mères adultes. L'introduction des repas riches en gras est significativement élevée entre 6 à 12 mois et la quantité de vitamine C est inférieure à 12 mois chez les enfants des adolescentes comparées au groupe adulte. Ces auteurs soulignent que les mères adolescentes nourrissent leurs bébés de la même manière qu'elles se nourrissent elles-mêmes et ceci se reflète par l'addition des «chips», des frites, de la crème glacée avant l'âge de six mois. Les enfants des mères adultes sont plus grands à la naissance et continuent à augmenter de poids de façon linéaire comparés à ceux des mères adolescentes où on a constaté une baisse de poids de 50 à 25 percentiles chez les bébés mâles de 6 à 12 mois.

Paul, Lambert, Tribble et Lebel (1997) ont mené une étude dans quatre CLSC de la région de l'Estrie au Québec, auprès de mères primipares lors des visites postnatales. Ces auteurs n'ont pas précisé l'âge des mères. Le but de l'étude est de décrire les aspects d'intervention de l'infirmière pouvant favoriser l'habilitation aux compétences parentales au moment de la visite postnatale. Les résultats montrent que les moyennes obtenues sont modérées en ce qui a trait à la caractéristique «attention», c'est-à-dire que les infirmières

font moyennement appel à l'expérience du parent à titre de source d'échange. Ces moyennes sont par ailleurs élevées en ce qui concerne la caractéristique «acquiescement», c'est-à-dire que les infirmières se réfèrent davantage au cadre de référence du parent ou à un cadre de référence partagé par un ensemble de personnes, plutôt qu'à leur cadre de référence personnel. Ces auteurs soulignent que, donner la parole au client au cours de l'entrevue incite celui-ci à prendre conscience de son propre savoir et de ses capacités, à découvrir ses propres ressources, à se prendre en main et, par conséquent, à se sentir habileté à jouer pleinement son rôle.

Ruchala et James (1997) ont mené une étude descriptive auprès de 116 mères adolescentes âgées de 13-19 ans et de 101 mères adultes âgées de 20-41 ans. Le but de l'étude est d'explorer l'influence du soutien social et la connaissance du développement de l'enfant sur la confiance de la mère à accomplir les tâches reliées aux soins requis par leur enfant. Les résultats obtenus démontrent que les mères adultes ont une connaissance plus élevée du développement de l'enfant que les mères adolescentes. Pour les mères adolescentes et les mères adultes, le soutien social et la connaissance du développement de l'enfant étaient significativement liés à la capacité de procurer les soins à l'enfant. Ces auteurs concluent que les connaissances des mères adolescentes au sujet du développement de l'enfant affectent significativement leur confiance à prendre soin de leur enfant.

McVeigh et Smith (2000) ont mené une étude comparative auprès de 173 mères adultes et de 72 mères adolescentes. Le but de l'étude est de déterminer s'il y a des différences ou des similitudes entre les mères adultes et les mères adolescentes sur leur niveau d'estime de soi et de satisfaction avec le soutien social pendant les premiers six mois du post-partum. Malgré la nature positive de la maternité précoce chez les mères

adolescentes, plusieurs trouvent que les demandes de prendre soin de l'enfant à long terme limitent leurs options personnelles et certaines souhaiteraient avoir suspendu la maternité jusqu'à devenir adulte. Les mères adultes ont une estime de soi significativement plus élevée que les mères adolescentes à six mois post-partum. La satisfaction avec le soutien social a significativement diminué sans égard à l'âge.

Plusieurs études ont été effectuées sur la compétence parentale des mères adultes. Cependant, au niveau des études comparatives entre mères adolescentes et mères adultes, ce sont surtout les facteurs d'influences sur la compétence parentale qui sont aussi étudiés. On constate à ce niveau que les mères adolescentes âgées de 17 à 19 ans ne présentent pas une très grande différence dans leur rôle parental par rapport aux mères adultes. Cependant, les mères adolescentes de 16 ans et moins présentent une différence significative dans leur rôle parental par rapport aux mères adultes d'où l'importance de porter une attention particulière au groupe d'âge de la mère adolescente lors de l'intervention. Bien que l'habilitation soit assez documentée dans les écrits à certains niveaux comme au niveau conceptuel, politique et en psychologie, seuls Paul et ses collègues (1997) ont étudié les interventions qui favorisent l'habilitation de mères en général sans spécifier s'il s'agit de mères adultes ou de mères adolescentes.

Programmes de soutien postnatal

Il existe plusieurs programmes qui ont été réalisés aux États-Unis et au Québec auprès de mères adolescentes. Cependant, peu de recherches ont été faites sur les programmes spécifiques pour mères adolescentes au Québec. Cette section passe en revue

les programmes postnatals réalisés aux États-Unis avec les composantes spécifiques aux mères adolescentes et un bref survol des programmes québécois destinés aux mères adolescentes. Cette description permettra de faire ressortir dans la synthèse les points importants du programme à l'étude qui est le programme d'intervention NÉ-GS.

Programmes des États-Unis d'Amérique

La littérature abonde sur les différents programmes qui ont été implantés aux États-Unis dont certains ont des composantes évaluatives. En général, ces programmes visent à améliorer les habiletés parentales et le développement de l'enfant, ou à réduire le risque de grossesses à répétition à travers l'éducation sexuelle ou à éviter les abus envers l'enfant. Hoyer (1998) a fait une recension exhaustive des différents programmes postnataux offerts aux adolescentes. Cet auteur trouve que les programmes jugés efficaces sont ceux qui ont montré un impact sur le soin de l'enfant, sur l'atteinte du rôle maternel et sur les résultats scolaires de l'adolescente (McAfee & Geesey, 1984; Opuni, Smith, Arvey & Solomon, 1994; Warrick, Christianson, Walruff & Cook, 1993). Les programmes globaux utilisent l'approche communautaire ou scolaire et regardent la manière de vivre des adolescentes de façon globale (Hardy & Duggan, 1988; Hardy, King & Repke, 1987). Certains programmes sont assurés par une équipe multidisciplinaire dont la travailleuse sociale, un pédiatre et une infirmière clinicienne (O'Sullivan & Jacobsen, 1992).

Weinman, Schreiber et Robinson (1992) ont mené une étude dont le but était d'évaluer un programme, pour les mères adolescentes et leur bébé, axé sur l'éducation pour la prévention primaire de l'abus des enfants. L'échantillon était constitué de 73 mères adolescentes et de leurs bébés. Ce programme comprenait quatre composantes majeures: 1- le développement de l'enfant et les habiletés parentales, 2- la santé et la sécurité, 3- les

habiletés de survie et 4- le développement personnel et l'estime de soi. Ces auteurs affirment que l'information n'est pas seulement apprise mais aussi retenue même au-delà de huit semaines après l'intervention. Il y a eu aussi une amélioration au niveau de l'estime de soi et les auteurs attribuent cela à l'intervention en groupe. Ils soulignent qu'une expérience positive dans le groupe peut affecter la manière selon laquelle une participante agit avec ses sentiments et avec son habileté d'adaptation sur son environnement immédiat.

Flynn (1999) a mené une étude pour analyser l'efficacité d'un programme dont le but était d'améliorer le bien-être de l'enfant à travers le développement des pratiques de santé et les habiletés parentales. L'échantillon était constitué de 137 mères adolescentes ou des adolescentes enceintes de faible niveau socioéconomique. Ce programme était basé sur le *mentorship*¹ et le soutien social. Il est aussi basé sur le modèle parental du stade de développement d'Érickson (1968) à savoir le stade de «generativity» dans lequel la personne âgée guide la génération à venir. Un suivi intensif à domicile était assuré par les infirmières, les agents de santé communautaire et d'autres professionnels de la santé pendant deux années. Les résultats de ce programme ont été comparés aux données locales et nationales. Il y avait seulement quatre cas de négligence de l'enfant soit 2,91% de l'échantillon ce qui est un résultat favorable comparativement au taux national de 11% d'abus d'enfants de mères adolescentes. L'auteur affirme que ce programme peut être efficace dans la réduction de la maltraitance chez les enfants.

Koniak-Griffin, Mathenge, Anderson et Verzemniek (1999) ont mené une étude comparative de deux programmes: un programme d'intervention intensive et précoce auprès de 63 mères adolescentes et un programme traditionnel mené par une infirmière de

Vance (1982) définit un *mentor* comme une personne âgée plus expérimentée, qui guide et instruit une personne moins expérimentée

santé publique regroupant 58 mères adolescentes. L'objectif était d'améliorer les résultats de santé dans une population vulnérable de mères adolescentes. Le programme d'intervention intensive et précoce comprenait quatre cours prénataux et dix sept visites à domicile par une infirmière de santé publique formée pour faire le suivi. Le contenu du suivi comprenait les problèmes reliés à la santé, la sexualité et la planification familiale, les habiletés de la vie, le rôle maternel et le soutien social. Les participantes dans le groupe traditionnel n'ont reçu que trois visites à domicile pour l'éducation des soins prénataux et postnataux et pour l'évaluation du bien-être de l'enfant. Les résultats ont montré un faible taux de ré-hospitalisation dans le groupe ayant reçu une intervention précoce durant les six premières semaines après l'accouchement. Les résultats concernant l'utilisation des drogues ne montrent aucune différence significative entre les groupes. Cependant, en comparant le comportement prénatal et postnatal face à l'utilisation des drogues, la plupart des mères adolescentes consommatrices reprennent leur consommation après l'accouchement. Les substances qu'elles utilisaient fréquemment étaient l'alcool, la cigarette et la marijuana. Ceci peut avoir un effet négatif sur les habiletés de la mère adolescente à prodiguer les soins adéquats à son enfant. D'autres études ont aussi trouvé que les mères avec une histoire d'utilisation de drogues sont à risque d'une récurrence après l'accouchement (Fingerhut, Kleinman & Kendrick, 1990; Gilchrist, Hussey, Gillmore, Lohr & Morrisson, 1996; Wilner, Secker-Walker & Flynn, 1987).

Ces programmes ont une taille d'échantillon faible et la population n'est le plus souvent pas diversifiée ce qui empêche la généralisation des résultats. Nous retrouvons cependant les programmes à composantes multiples comme celui de Weinman et al. (1992), le programme basé sur le principe de «generativity» où les mères adolescentes et les

personnes âgées peuvent se soutenir mutuellement et éviter l'isolement social. La multidisciplinarité est présentée aussi comme une approche d'intervention efficace auprès des mères adolescentes. Qu'en est-il des programmes disponibles aux mères adolescentes au Québec?

Programmes québécois

Au Québec, les programmes d'intervention auprès des mères adolescentes existent surtout dans les CLSC. Ils offrent des services pré et postnataux ainsi que des ateliers de formation au développement de la compétence parentale. Les services offerts dans les CLSC ne sont toutefois pas spécifiques aux mères adolescentes. Les mères adolescentes faisant partie des populations défavorisées, elles sont le plus souvent incorporées dans les programmes des mères provenant de ce milieu, comme c'est le cas du programme NÉ-GS.

Goulet, Marciel, Kamdom et Toussaint-Lachance (2001) présentent les ressources et les interventions disponibles au Québec pour les adolescentes enceintes ou mères selon les différents niveaux de prévention: 1) La prévention primaire qui consiste à prévenir les grossesses est principalement prise en charge par les écoles et les CLSC, 2) la prévention secondaire vise à prévenir les conséquences négatives de la grossesse (l'une de ces conséquences est la maternité à l'adolescence) et à permettre un développement sain des adolescentes; ce sont particulièrement les interventions de soutien et d'accompagnement qui sont offertes aux adolescentes (CLSC, cliniques de jeunes, écoles, centres hospitaliers et organismes communautaires); une même ressource propose habituellement plusieurs types de services, par exemple la scolarisation (Écoles: Elizabeth High School, Joseph-François-Perrault à Québec, Rosalie-Jetté, Le Virage à Laval, Villa Marie-Claire à Sherbrooke), l'hébergement (Appartement Augustine Gonzales, Centre d'Accueil

Elizabeth House, Maison Marie-Lucille) et la préparation à la vie autonome (Appartements Augustine Gonzales L'Envol et la Maison Marie-Lucille,) et 3) la prévention tertiaire se définit comme une intervention visant à aider l'adolescente à solutionner les difficultés quotidiennes et à améliorer sa qualité de vie et celle de son enfant. Il existe plusieurs programmes de ce type au Québec qui utilisent diverses stratégies d'intervention: suivi postnatal personnalisé (L'Envol et son programme d'intervention en milieu familial «Les Chanterelles»), atelier de formation et de développement des habiletés parentales (L'Envol et la Maison Marie-Lucille, Le Petit Revdec, le Centre d'accueil Elizabeth House, la Maison Joie de Vivre de l'Ordre de Malte à Laval), le répit-gardiennage et garderie (le Centre d'Accueil Elizabeth House, L'envol et sa garderie «les Oisillons», la Maison Joie de Vivre de l'Ordre de Malte à Laval Le Petit Revdec,), le soutien psychologique pour les parents adolescents (Groupe de support Paradox) et la stimulation précoce pour les bébés (L'Envol et sa garderie «les Oisillons»).

Les programmes spécifiques pour mères adolescentes peuvent être regroupés de la manière suivante: écoles, centres d'hébergement, structures sanitaires à travers les CLSC et organismes communautaires. Tous ces programmes peuvent offrir différents services à la fois mais ils manquent de cohésion entre eux c'est-à-dire que ces programmes ne collaborent pas le plus souvent afin d'apporter un service global aux mères adolescentes. Les différents services offerts sont: l'éducation, les références, l'hébergement, la garderie, le soutien, l'accompagnement, l'écoute, l'échange entre génération, la destruction du cercle de la pauvreté et de l'isolement, le développement des habiletés parentales, le développement affectif, psychomoteur et intellectuel de l'enfant, l'assainissement des habitudes de vie, l'apprentissage de l'autonomie, l'éducation à l'expression d'une sexualité

responsable et la prévention des grossesses et des maladies sexuellement transmissibles. Aucun de ces programmes n'est axé sur l'habilitation.

Programme Naître-Égale-Grandir en Santé (NÉ-GS)

Le programme NÉ-GS est axé sur l'habilitation mais il n'est pas spécifique aux mères adolescentes. Selon la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2000), le programme comporte des objectifs de promotion de la santé tenant compte de multiples déterminants et visant l'amélioration des conditions favorables à la santé et au bien-être. Les objectifs visent à: 1-reconnaître, soutenir et renforcer la capacité des femmes, des hommes, des enfants et de leurs réseaux immédiats à accéder à des conditions favorables à la santé et au bien-être de leur famille, 2-reconnaître, soutenir et renforcer la capacité des différents milieux à répondre efficacement aux besoins des enfants et de leur famille, sur le plan de la santé et sur le plan social et économique et 3-amener les décideurs à élaborer des politiques visant l'équité dans l'accès à des conditions de santé adéquates pour les personnes, les familles et les communautés en situation d'extrême pauvreté.

L'intervention est à multiples composantes (ex. les visites à domicile, la rupture de l'isolement des familles, l'information à la mère et au père sur le développement de l'enfant, la stimulation des schèmes cognitifs et moteurs du bébé et le soutien à l'apprentissage parental). Deux approches sont à la base de ce programme: 1- l'approche visant la promotion de la santé qui est orientée vers la santé en tant que ressource et vers la mise en place des conditions favorables à l'amélioration de la santé et du bien-être (Organisation Mondiale de la Santé, 1986) et 2- l'approche écologique qui est selon Bronfenbrenner (1979), un processus continu d'accommodation mutuelle entre la personne

en développement et son milieu en changement. Ce processus est lui-même influencé par les contextes plus globaux auxquels le milieu participe.

L'intervention est intensive et s'étale sur une durée d'au moins trois mois.

L'attention est portée tant sur le soutien des parents que sur le développement de l'enfant.

L'implication des parents est soutenue dès le début et l'implication des pères ou de substituts ainsi que des activités de répit pour les parents sont organisées. Les attitudes jugées pertinentes chez les intervenantes sont: l'empathie, l'ouverture, le respect des compétences et des valeurs des familles et la reconnaissance de l'impact des conditions de vie.

Les axes d'activités majeurs portent sur a) le suivi personnalisé des femmes enceintes, des enfants et des jeunes mamans par une intervenante privilégiée qui est l'infirmière et qui travaille en collaboration avec une équipe interdisciplinaire, b) l'accompagnement vers les services et les ressources du milieu, c) l'information et le soutien des pères, d) la création ou la consolidation de ressources en vue de l'amélioration des conditions de vie des familles, e) la création ou la consolidation de ressources de soutien parental et de stimulation infantile et f) les actions politiques et les interventions médiatiques. Pour accomplir ces activités trois stratégies sont à la base de ce programme: 1-le renforcement du potentiel individuel, 2- le renforcement du milieu et 3- l'influence sur le milieu ou l'amélioration des conditions de vie des familles grâce à des actions politiques et des interventions médiatiques.

Selon Martin et son collègue (1995), «le renforcement du potentiel individuel» est une stratégie qui vise à accroître la capacité des personnes des groupes cibles, ainsi que celle des intervenantes et des instances oeuvrant auprès de ces groupes cibles, à faire face

aux situations qu'elles rencontrent. Elle se fonde sur le concept d'«*empowerment*» qui prévoit construire les habiletés de chaque individu à partir de ses compétences et ses intérêts. Ce programme n'est pas spécifique pour les adolescentes d'où l'importance de faire une comparaison de la compétence parentale et de l'habilitation de mères adultes et de mères adolescentes car les stratégies qui y sont utilisées sont celles préconisées pour cette population.

Ces différents programmes visent à aider la jeune mère dans la transition vers le développement de son rôle parental et dans l'atteinte de son autonomie. Dans les programmes spécifiques pour mères adolescentes énumérés ci-dessus selon les différents niveaux de prévention, on retrouve des éléments d'intervention qui permettent aux mères adolescentes de se prendre en charge comme l'éducation et l'apprentissage des habiletés parentales. À notre connaissance, aucune évaluation formelle des programmes de soutien post-natal n'a été faite au Québec. Malgré l'existence des ressources pour mères adolescentes, celles-ci présentent des lacunes importantes à cause du manque de continuité dans leurs activités. Cependant, le programme NÉ-GS, grâce à sa composante d'habilitation, permet de diriger les mères vers les différentes ressources du milieu ce qui pourrait leur permettre de mieux se prendre en charge. Les trois stratégies citées plus haut dans NÉ-GS sont opérationnalisées de la manière suivante: 1- un suivi personnalisé en période pré et postnatales réalisé par les professionnels de CLSC, 2- un accompagnement dans des démarches d'insertion sociale accompli par des intervenantes communautaires au sein de ressources dûment mandatées pour ce faire et enfin, 3- un développement d'un plan local d'action intersectorielle au sein d'une instance à laquelle participent le CLSC, des

ressources communautaires et d'autres institutions du milieu préoccupées par les familles et la pauvreté. Cette opérationnalisation apporte une lumière sur le fonctionnement du modèle «renforcement du potentiel individuel» de Piché et al. (1999) dont l'adaptation sert de cadre de référence à cette étude.

Cadre de référence

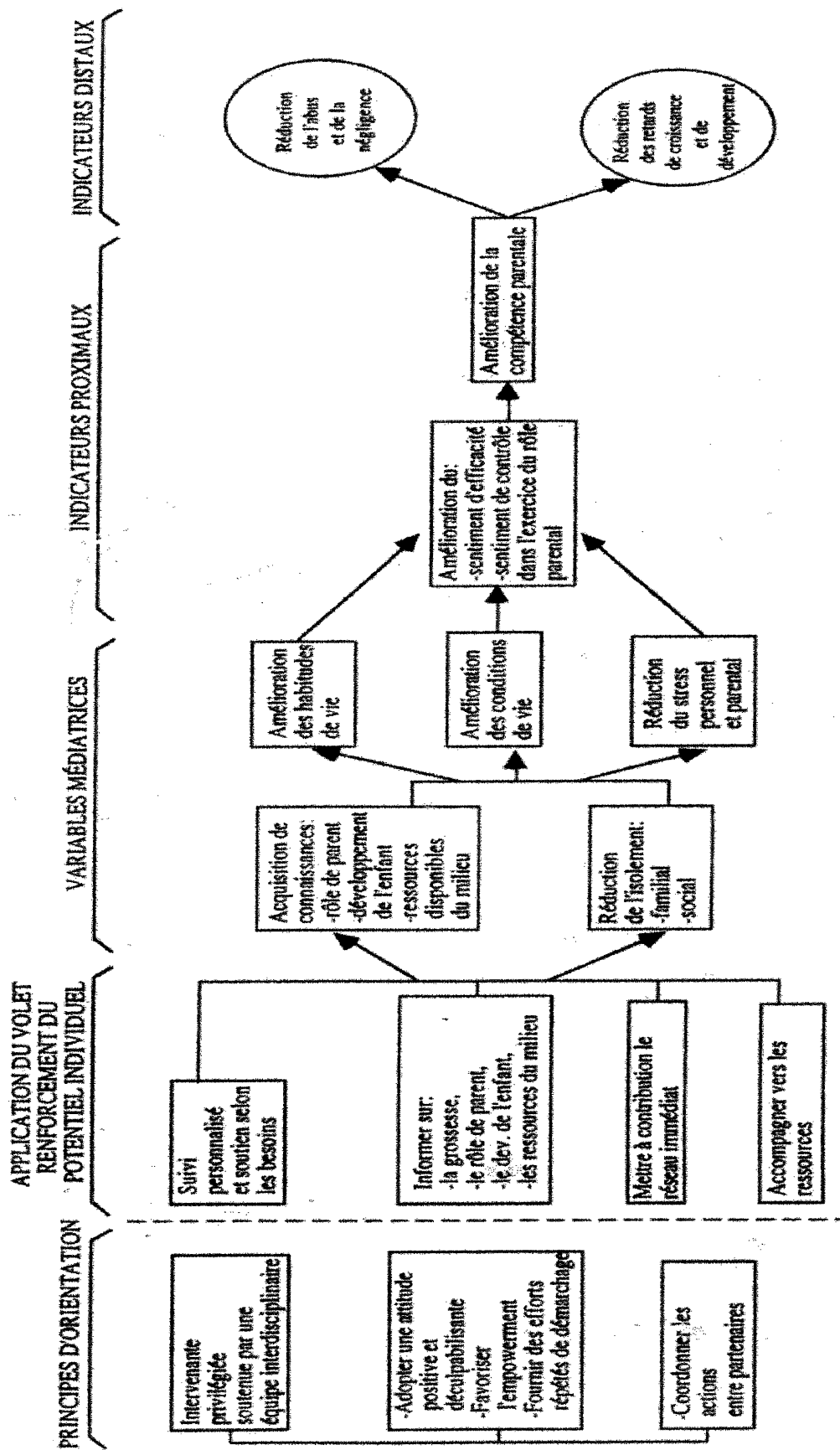
La présente étude fait partie d'une étude principale réalisée par Piché et ses collègues (1999). Dans le cadre de l'étude principale, la «théorie du programme» a été jugée appropriée pour évaluer un programme à composantes multiples tel que NÉ-GS (Piché et al., 1999). Cette théorie, telle que décrite par les auteurs du projet principal, requiert la construction d'un modèle plausible et sensible portant sur la manière d'opérer d'un programme. La «théorie du programme» identifie les ressources d'un programme, ses activités et ses effets attendus. Elle spécifie la chaîne causale des postulats reliant les ressources du programme et ses activités aux résultats intermédiaires et aux buts ultimes. Dans le projet principal de Piché et ses collègues. (1999), ce sont les aspects des effets attendus qui sont d'intérêt: 1- les résultats plausibles anticipés, les mécanismes médiateurs entre le traitement et les résultats et 2- la généralisation des résultats obtenus permettant des ajustements éventuels aux sites qui offrent actuellement le programme NÉ-GS ou qui sont intéressés à l'offrir. La Figure 1 indique les éléments devant être présents à l'intérieur de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » pour que certaines des conditions associées à la compétence parentale et à l'habilitation puissent être augmentées ou diminuées, contribuant ainsi à améliorer le sentiment d'efficacité et le sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental et conséquemment la compétence parentale. Dans

les principes d'orientation du programme NÉ-GS tel que présenté par Piché et ses collègues. (1999), les caractéristiques de l'intervenante privilégiée qui est le plus souvent une infirmière sont décrites en terme de son mode de fonctionnement en équipe interdisciplinaire, les attitudes à adopter et le rôle de coordonnatrice des actions entre les partenaires. L'application du volet «Renforcement du potentiel individuel» suit les principes d'orientation dans le modèle. À ce niveau, l'infirmière offre le suivi personnalisé et le soutien selon les besoins. Durant le suivi prénatal ou postnatal l'infirmière informe les mères sur la grossesse, le rôle de parent, le développement de l'enfant, les ressources du milieu tout en essayant de mettre à contribution le réseau immédiat et en accompagnant les mères vers ces ressources.

L'utilisation des ressources par les mères et de son réseau immédiat permettent d'améliorer l'habilitation des mères. Cette intervention permet aux mères d'acquérir les connaissances, d'améliorer leurs habitudes de vie, de réduire le stress et l'isolement et tout ceci constitue les variables médiatrices qui contribueront à l'amélioration du sentiment d'efficacité et de contrôle dans l'exercice du rôle parental et par conséquent l'amélioration de la compétence parentale et de l'habilitation. Une meilleure compétence parentale et l'habilitation devraient ultimement conduire à une réduction de l'abus et de la négligence et à un meilleur développement de l'enfant (Piché et al., 1999).

Dans le cadre de la présente étude, il s'agit de faire la comparaison de la compétence parentale et de l'habilitation de mères adolescentes et de mères adultes ayant participé au volet postnatal (qui peuvent avoir reçu les volets pré et postnatal ou le volet postnatal seulement) du programme NÉ-GS. Il s'agit de vérifier l'absence de différence significative au niveau de la compétence parentale et au niveau de l'habilitation de mères

Figure 1. Modèle conceptuel de renforcement du potentiel individuel du programme NÉ-GS de Piché et ses collègues (1999).

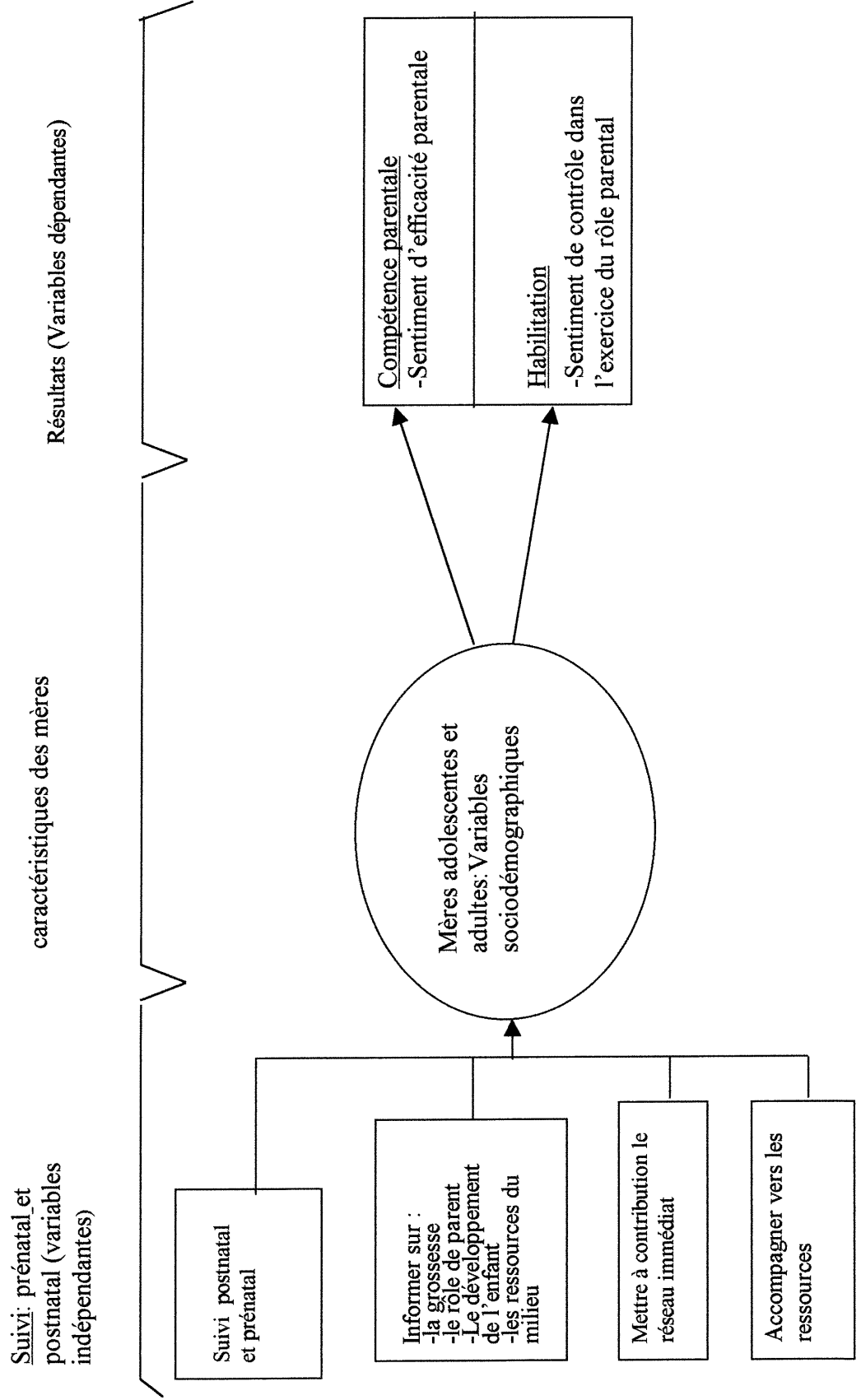


adolescentes comparées aux mères adultes ayant participé au volet postnatal (pré et postnatal ou postnatal pour certaines mères) du programme NÉ-GS.

Le renforcement du potentiel individuel est la stratégie utilisée dans le suivi auprès de mères dans le cadre du programme NÉ-GS. Ce suivi a été effectué en prénatal et en postnatal et sera décrit dans le contexte de l'étude principale.

Par ailleurs la recension des écrits nous indique que les variables socio-démographiques comme l'âge de la mère, le niveau de scolarité, le soutien social et le revenu ont une influence sur la compétence parentale et doivent être pris en considération. De plus, la présente étude est axée surtout sur les mères ayant reçu le suivi postnatal. Or, certaines mères ont reçu le suivi prénatal en plus du suivi postnatal et ces types de suivi représentent les variables indépendantes. Le cadre de référence empirique de la présente étude enchâssé du modèle de l'étude principale (Figure 1) est représenté par la (Figure 2). Le but de la présente étude étant de faire une comparaison de la compétence parentale et de l'habilitation de mères adolescentes et de mères adultes ayant participé au volet postnatal (qui peut être pré et postnatal ou postnatal seulement) du programme NEGS, les hypothèses qui en découlent sont les suivantes.

Figure 2. Cadre de référence adapté du modèle de «Renforcement du potentiel individuel»: de Piché et ses collègues (1999).



Hypothèses de recherche

À la lumière du cadre de référence de la présente étude tel que décrit ci-dessus, les hypothèses, suivantes sont testées:

1- Il n'y a pas de différence significative au niveau de la compétence parentale (sentiment d'efficacité parentale) entre les mères adolescentes et les mères adultes ayant participé au volet postnatal (pré et postnatal ou postnatal seulement) du programme NÉ-GS.

2- Il n'y a pas de différence significative au niveau de l'habilitation (sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental) entre les mères adolescentes et les mères adultes ayant participé au volet postnatal (pré et postnatal ou postnatal seulement) du programme NÉ-GS.

Chapitre troisième

Méthode

Dans ce chapitre le contexte de l'étude de Piché et ses collègues (1999) sera décrit en premier lieu car l'échantillon provient de cette étude principale qui est plus large. Par la suite, la population et l'échantillon de la présente étude, les critères d'inclusion, les considérations éthiques, la définition des variables et des instruments de mesure ainsi que le plan des analyses statistiques seront présentés pour la présente étude.

Contexte de l'étude principale de Piché, Goulet, Boyer et Théorêt (1999)

La présente étude découle d'une étude principale faite par Piché, Goulet, Boyer et Théorêt (1999) qui a pour but d'évaluer l'impact de la stratégie «Renforcement du potentiel individuel» sur la compétence parentale. La stratégie «renforcement du potentiel individuel» du programme NÉ-GS est choisie parmi toutes les autres stratégies parce qu'elle touche directement les aspects que préconisent les interventions en périnatalité (Piché et al., 1999). Le devis de l'étude principale est de type quasi-expérimental randomisé. La taille totale de l'échantillon dans le cadre de cette étude principale est de 203 mères. Celles-ci sont réparties dans trois groupes: 1) le groupe ayant reçu les volets de suivi pré et postnatal, 2) le groupe ayant reçu le volet du suivi postnatal seulement et 3) le groupe témoin n'ayant reçu ni l'un ni l'autre.

Le suivi reçu par les mères

Nous nous limiterons à la description du suivi dans les deux premiers groupes d'où provient l'échantillon de la présente étude. Les suivis prénatal et postnatal ont eu lieu entre

1996 et 1999. Selon Piché et al.(1999) et Beauregard, Piché, Ménard et Tremblay (2000) ces suivis s'opérationnalisent de la manière suivante:

En période prénatale, un suivi personnalisé des familles, par une intervenante privilégiée qui est l'infirmière soutenue par une équipe interdisciplinaire, s'effectue de manière intensive. À partir de la 20^e semaine de grossesse, les familles sont rencontrées à domicile aux deux semaines. Les femmes bénéficient d'un suivi de santé et d'un soutien nutritionnel avec distribution de suppléments alimentaires (12 œufs, 14 litres de lait et 2 litres de jus d'orange par deux semaines). Elles reçoivent de l'information notamment au sujet du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, du rôle de parent et du développement de l'enfant. Un soutien matériel, psychosocial ainsi que le soutien pour modifier leurs habitudes de vie leurs sont offerts. Le réseau immédiat est mis à contribution et soutenu s'il y a lieu. Du soutien socio-économique et d'ordre juridique est aussi disponible. L'intervenante privilégiée accompagne la famille vers les ressources du milieu et les services et s'assure que les besoins de la famille sont pris en compte. Elle met tout en œuvre pour maintenir le contact avec la famille au cours des deux années suivantes (Martin & Boyer, 1995).

En période postnatale, pour les familles ayant été suivies en prénatal, 10 contacts sont prévus de la naissance de l'enfant à l'âge de trois mois. Ces contacts dont cinq rencontres en face à face sont établis par visites à domicile, des conversations téléphoniques, des rencontres de groupe et lors de cliniques de vaccination. Entre trois mois et deux ans, 10 contacts dont cinq rencontres en face à face sont planifiés. Pour les familles présentant de très grands besoins, cinq visites supplémentaires sont offertes.

Pour des familles n'ayant pas été rejointes en prénatal, 12 rencontres face à face sont prévues au cours des six premiers mois de vie de l'enfant, puis 10 contacts dont cinq rencontres face à face entre l'âge de six mois et deux ans. Un suivi des nourrissons est aussi réalisé: suivi de croissance, vaccinations et information complète sur les modes d'alimentation adaptés aux besoins du nourrisson (allaitement, biberons ou formules adaptées). Un soutien au choix de la mère est apporté. L'introduction progressive d'aliments appropriés est aussi abordée. Le renforcement des interactions parent-enfant fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'intervenante. Certaines activités de parents en petits groupes peuvent aussi aider à briser l'isolement, à partager les connaissances et les compétences et à créer des réseaux de solidarité entre les familles. Une attention particulière doit être accordée au développement du sentiment d'appropriation des familles (*empowerment*). De plus, les intervenantes sont encouragées à être proactives et visibles dans les quartiers où elles agissent.

Collecte de données dans l'étude principale

La relance, en période postnatale, des mères ayant participé à l'étude des effets du volet prénatal est réalisée par deux membres de l'équipe de l'étude pour la région de Montréal. Cette façon de faire a été soumise à la Commission d'accès à l'information (CAI) qui l'avait approuvée. Ces femmes qui ont participé au volet prénatal sont contactées par téléphone et sont invitées à poursuivre leur collaboration

Au moment de la collecte des données, toutes les mères avaient des enfants âgés de 18 à 36 mois. Une ou deux entrevues à domicile avec chaque mère participante a permis de recueillir les données sur la compétence parentale et sur l'habilitation. Lorsqu'une femme accepte de continuer sa participation, une première rencontre est fixée à son domicile. Lors

de cette rencontre, le formulaire de consentement éclairé est expliqué et signé par la mère, une partie des questionnaires est administrée. Un deuxième rendez-vous est fixé afin de compléter l'administration des questionnaires. Les deux rencontres durent au maximum deux heures chacune. Dans le respect de la dignité de la personne, compte tenu du temps consacré à la recherche et de l'accueil à domicile, un dédommagement monétaire était offert à la mère: 25.00\$ pour les mères requérant deux visites à domicile et 15.00\$ pour les mères requérant une seule visite à domicile. Les principes éthiques de la recherche avec les sujets humains ont été respectés tel que précisé par les auteurs (Piché et al., 1999).

Type de la présente étude

La présente recherche est une étude secondaire qui utilise la banque de données provenant de l'étude principale de Piché et al. (1999) dont le contexte est décrit ci-dessus. Elle vise à comparer la compétence parentale et l'habilitation des mères adolescentes à celles d'un groupe de mères adultes ayant reçu le suivi postnatal de l'étude principale.

Population et échantillon de la présente étude

Pour les fins de la présente étude, seules les mères des deux groupes ayant reçu le suivi axé sur le renforcement du potentiel sont considérées. Cette population cible dans l'étude principale comprend 90 mères incluant les mères adolescentes et les mères adultes. Les mères adolescentes sont sélectionnées en premier lieu pour la présente étude et les mères adultes sont sélectionnées par la suite de façon aléatoire. Un total de 23 mères adolescentes a été obtenu dont 15 ont reçu un suivi postnatal seulement et huit mères ont reçu un suivi pré et postnatal. Une demande a été faite aux chercheurs de l'équipe

principale pour obtenir un nombre équivalent de mères adultes afin de réaliser la comparaison. Cependant, le nombre de mères adultes reçu est de 14 dont neuf mères ont reçu le suivi postnatal et cinq mères ont reçu le suivi pré et postnatal. Suite à la vérification de la banque de données reçue, cinq codes d'identification des mères ont été éliminés du fichier parce que les individus qui y correspondent étaient rentrés deux fois dans la liste échantillonnale. L'échantillon de la présente étude est ainsi composé de 37 participantes provenant des CLSC de l'île de Montréal qui ont collaboré à l'étude principale.

Critères d'inclusion

Pour être incluses dans la présente étude, les participantes doivent avoir reçu le suivi postnatal du programme NÉ-GS. Les mères qui ont reçu le suivi pré et postnatal sont considérées afin de ne pas avoir un échantillon très réduit. Les mères adolescentes doivent être âgées de 20 ans ou moins au moment de l'accouchement et les mères adultes de plus de 20 ans.

Considérations éthiques pour la présente étude

Pour les fins de la présente étude et afin de maintenir la notion de confidentialité et d'anonymat, les codes attribués par les chercheurs principaux aux différentes participantes ont été utilisés pour identifier les participantes. Les CLSC concernés ne sont pas mentionnés. De plus, une lettre a été écrite à l'équipe de recherche de l'étude principale pour demander son autorisation pour l'utilisation de ses données et l'approbation a été envoyée par courrier électronique (Appendice A et B).

Définition des variables et instruments de mesure

Variables dépendantes

La compétence parentale. La compétence parentale dans cette étude concerne la compétence ressentie. La compétence ressentie est définie comme les perceptions maternelles relatives à leur capacité à accomplir les tâches parentales aux différents âges de l'enfant (Ballensky & Cook, 1982). Cette variable est mesurée par l'instrument «Sentiment d'efficacité parentale» (Appendice C), traduction française de la version anglaise «Mothers' perceptions of their competence in Managing selected parenting tasks» élaborée par Ballenski et Cook (1982). Le but de cet instrument est d'examiner les perceptions maternelles relatives à leur capacité à accomplir les tâches parentales à cinq stades du parentage: l'enfance, la période trottineur, la période préscolaire, l'âge scolaire, et à l'adolescence. Seule la version de la période trottineur est retenue pour l'étude principale. Cette version comprend 12 items. Le sentiment d'efficacité parental se présente comme une échelle de type Likert en six points variant de 1 : toujours efficace à 6 : jamais efficace. Une catégorie «ne s'applique pas» est incluse dans l'échelle mais n'est pas utilisée dans le score. La question posée aux mères est de savoir à quel point elles se sentent efficaces à accomplir les tâches spécifiques au stade de parentage. La consistance interne de cet instrument est de 0,85. Dans le cadre du projet de Piché et al. (1999) pour un échantillon de 203 mères, alpha est de 0,88. La validité de contenu a été réalisée en consultant des spécialistes tels que les pédiatres, les spécialistes en famille et les parents expérimentés. Pour vérifier la compréhension de la formulation des items un test pilot, auprès de deux mères qui n'ont jamais reçu d'éducation parentale, a été réalisé.

L'habilitation. Cette variable est opérationnalisée en terme de l'appropriation par la famille du système des services en général et de l'environnement communautaire et politique en considérant les attitudes, les connaissances et les comportements parentaux reliés à ces aspects.

L'instrument portant sur le «sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental», est traduit en français par une équipe de recherche impliquée dans le projet initial à partir du: «Family empowerment scale» (Koren, De Chillo & Friesen, 1992). Le but de cet instrument est d'évaluer l'habilitation chez les parents et d'autres membres de la famille qui procurent les soins à leur enfant présentant des déficiences émotionnelles. Cet instrument comporte 34 items répartis en trois sous échelles dont 12 items pour la famille, 12 items pour le système de services et 10 items pour la sous échelle communauté/politique. Pour les fins de la collecte des données effectuée dans l'étude principale, seule la sous-échelle «famille» comprenant 12 items est considérée (Appendice D). L'instrument présente une consistance interne de 0,87 à 0,88 dont 0,88 pour la famille, 0,87 pour le système de services et 0,88 pour la communauté/ politique (Koren, DeChilo, Friesen & 1992). La fidélité test-retest varie de 0,77 à 0,85. Dans l'étude de Piché et al. (1999) avec une taille d'échantillon de 203, l'alpha global est de 0,82. L'instrument se présente comme une échelle de type Likert allant de 1 : pas du tout vrai à 5 :tout à fait vrai incluant des situations non applicables. Il faut totaliser le score de chaque catégorie pour donner trois sous scores.

En plus de ces mesures, les données socio-démographiques recueillies lors du recrutement sont prises en compte lors des analyses, pour les besoins de la présente étude.

Plan des analyses statistiques de la présente étude

Afin de connaître le profil des participantes et l'homogénéité des groupes, les statistiques descriptives et le test d'équivalence de Levene sont calculés. Les analyses statistiques qui suivent comportent des analyses de variance à deux facteurs avec interaction. Cette analyse est choisie car on est intéressé à connaître les moyennes et les différences entre les moyennes des deux groupes de mères adolescentes et de mères adultes afin de déterminer s'il y a une différence significative ou non entre les deux groupes. Dans cette situation, ces groupes peuvent être croisés selon deux facteurs: 1) le suivi reçu par les mères qui peut être pré et postnatal ou postnatal seulement et 2) le fait d'être mère adolescente ou mère adulte. L'analyse de variance (ANOVA) est le test le plus puissant pour la comparaison des moyennes; les échantillons peuvent être de tailles inégales suite au désistement d'un ou de plusieurs sujets et la distribution des résultats peuvent s'écarter sensiblement d'une distribution normale (Laveault & Grégoire, 1997). La puissance statistique ne peut pas être faite dans la présente étude à cause de la petite taille de l'échantillon. Toutes les analyses ont été faites à l'aide du logiciel SPSS 10.1 (2000). Le seuil de signification des analyses de la présente étude est de $p \leq 0,05$.

Chapitre quatrième

Les résultats

Ce chapitre présente les résultats des analyses statistiques. Dans un premier temps les caractéristiques de l'échantillon et l'homogénéité des groupes sont présentées. À ce niveau, les analyses descriptives présentent la taille de l'échantillon selon les différents groupes. Les moyennes et les écarts types ainsi que les pourcentages sont calculés en ce qui concerne les variables sociodémographiques. Le test d'homogénéité est effectué pour s'assurer que les groupes sont comparables. Par la suite la vérification des hypothèses suit où les scores sur les deux échelles de mesure sont présentés ainsi que les tests d'interaction sur les deux facteurs: suivi pré et postnatal ou postnatal seulement et être mère adolescente ou être mère adulte.

Caractéristiques de l'échantillon et homogénéité des groupes

L'échantillon est formé de 37 participantes composées de mères adolescentes et de mères adultes. Cinq mères adultes et huit mères adolescentes ont reçu le suivi pré et postnatal, neuf mères adultes et 15 mères adolescentes ont reçu le suivi postnatal (Tableau 1).

Tableau 1. Répartition des mères adolescentes ou adultes selon leur groupe de participation

Mères	Groupe de participation		Total
	pré et postnatal	postnatal	
Adultes	5	9	14
adolescentes	8	15	23
Total	13	24	37

Les variables socio-démographiques vont permettre de décrire le profil des participantes. Ainsi la moyenne (\bar{x}) du nombre d'années de scolarité, est de 9,57 chez les mères adultes et de 8,08 chez les mères adolescentes (Tableau 2). Il convient de souligner que le niveau de scolarité des mères adultes est supérieur à celui des mères adolescentes. Le test inter-sujet est significatif au niveau du facteur «mère adolescente-mère adulte» à $p = 0,005$ ($F = 8,927$) par rapport au nombre d'années de scolarité (Tableau 11).

Tableau 2. Moyenne et écart-type du nombre d'années de scolarité

Mères	Groupe de participation						Total		
	Pré et postnatal			Postnatal			n	x	s
n	x	s	n	x	s				
Adultes	5	9,60	±1,14	9	9,55	±0,88	14	9,57	±0,93
Adolescentes	8	8	±1,30	15	8,13	±1,76	23	8,08	±1,59
Total	13	8,61	±1,44	24	8,66	±1,54	37	8,64	±1,54

L'âge de la mère ayant été déjà défini dans les critères d'inclusion, une analyse globale a été effectuée pour déterminer la moyenne d'âge des mères du groupe pré et postnatal qui est de 21 ans ($s = \pm 5,52$) et la moyenne d'âge du groupe postnatal qui est de 22 ans ($s = \pm 7,3$). Cependant, l'âge des mères adolescentes de cette étude varie de 15 à 19 ans et celui des mères adultes de 22 à 37 ans. (Tableau 3)

Tableau 3. L'âge moyen des mères dans les deux groupes

Groupes	n	x	s	Minimum	Maximum
pré et postnatal	13	21,05	±5,52	16,22	32,42
postnatal	24	22,49	±7,34	15,51	37,80
Total	37	21,98	±6,72	15,51	37,80

L'âge de l'enfant à la première entrevue avec les mères adolescentes et les mères adultes varie entre deux et deux ans et demi (Tableau 4).

Tableau 4. L'âge moyen de l'enfant à la première entrevue

Mères	Groupe de participation						Total		
	Pré et postnatal			Postnatal			n	x	s
n	x	s	n	x	s				
Adultes	5	2,07	±0,42	9	2,50	±0,43	14	2,34	±0,46
Adolescentes	8	2,47	±0,46	15	2,29	±0,53	23	2,35	±0,50
Total	13	2,31	±0,47	24	2,37	±0,49	37	2,35	±0,48

Quant aux variables socio-démographiques telles que la parité, le type de revenu de la participante et sa situation conjugale au moment de la première entrevue, celles-ci sont homogènes entre les groupes. Le maximum du nombre d'enfants chez les mères adolescentes est atteint par une seule mère du groupe postnatal (6,7%) (Tableau 5). Quant aux mères adultes, deux sont à leur cinquième bébé (22,2%). Dans le groupe pré et postnatal, 37,5% de mères adolescentes ont 2 enfants contre 40% pour les mères adultes.

Dans le groupe postnatal 26,7% de mères adolescentes ont 2 enfants contre 11,1% pour les mères adultes.

Tableau 5. Répartition des mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation et leur degré de parité

	Pré et postnatal				Postnatal			
	Adultes		Adolescentes		Adultes		Adolescentes	
Parité	N	%	n	%	n	%	n	%
1	2	40,0	5	62,5	2	22,2	10	66,7
2	2	40,0	3	37,5	1	11,1	4	26,7
3	1	20,0		-	3	33,3	1	6,7
4	-	-	-	-	1	11,1	-	-
5	-	-	-	-	2	22,2	-	-
Total	5	100	8	100	9	100	15	100

Le Tableau 6 décrit le type de revenu des participantes provenant de trois sources: la sécurité du revenu, le travail et l'assurance chômage. Dans le groupe pré et postnatal toutes les mères adolescentes sont prestataires de la sécurité du revenu alors que les mères adultes de ce groupe vivent soit du revenu de leur travail ou de l'assurance chômage. Dans le groupe postnatal, il n'y a pas une grande différence dans les sources de revenu entre les mères adolescentes et les mères adultes, cependant il est à noter que la taille de l'échantillon des deux groupes est bien différente.

Tableau 6. Répartition des mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation et leur type de revenu

	Pré et postnatal				Postnatal			
	Adultes		Adolescentes		Adultes		Adolescentes	
Type de revenu	n	%	n	%	n	%	n	%
-Sécurité du revenu	-	-	8	100	8	88,9	13	86,7
-Travail et assurance – chômage	5	100	-	-	1	11,1	2	13,3
Total	5	100	8	100	9	100	14	100

Le Tableau 7 présente la situation conjugale des mères au moment de la première entrevue. Dans le groupe pré et postnatal, 80% de mères adultes vivent avec leur conjoint contre 25% de mères adolescentes; 50% de mères adolescentes ont un conjoint mais ne vivent pas avec lui. Dans le groupe postnatal, 44% de mères adultes vivent avec leur conjoint contre 46 % pour les mères adolescentes.

Tableau 7. Répartition des mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation et leur situation conjugale au moment de la première entrevue

	Pré et postnatal				Postnatal			
	Adultes		Adolescentes		Adultes		Adolescentes	
Situation conjugale	n	%	n	%	n	%	n	%
Vit avec conjoint	4	80	2	25	4	44,4	7	46,7
A un conjoint mais ne vit pas avec lui	-	-	4	50	2	22,2	4	26,7
N'a pas de conjoint	-	20	-	25	-	33,3	-	26,7
Total	4	100	6	100	6	100	11	100

Les tests d'équivalence de Levene (Tableau 8) ont été effectués sur certaines variables pour vérifier l'homogénéité dans les différents groupes. Ces tests révèlent qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les groupes pour une valeur de $p \leq 0,05$. Ce test ainsi que les analyses descriptives effectuées montrent que les groupes sont homogènes. Les tailles de l'échantillon inégales et petites dans les différents groupes n'ont pas permis de faire un test de Chi-carré sur les variables telles que la situation conjugale au moment de la première entrevue et le type de revenu des participantes. Cependant, le tableau des analyses descriptives présente une homogénéité à ce niveau.

Tableau 8. Test d'homogénéité entre les groupes

Variables	F	p
Nombre d'années de scolarité	1,37	0,268
Âge de la mère à la naiss. de l'enfant	2,85	0,100
Âge de l'enfant à la première entrevue	0,58	0,630
Total de l'échelle de SENCONPA ²	2,02	0,130
Total de l'échelle de SENEFFPA ³	0,13	0,937

Vérification des hypothèses

Cette section présente les résultats de la vérification des deux hypothèses de recherche. Des analyses de variance à deux facteurs de classification vont permettre de vérifier si les mères adolescentes ayant reçu le suivi pré et postnatal ou postnatal seulement, axé sur le renforcement du potentiel individuel, n'ont pas une compétence

² Sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental

parentale ni une habilitation significativement différentes de celles des mères adultes ayant reçu le même suivi. Ceci demande, entre autres, de vérifier si le type de suivi qu'ont reçu les mères adolescentes et les mères adultes ainsi que le fait d'être mère adolescente ou adulte jouent un rôle sur la compétence parentale et l'habilitation de ces mères. À ce niveau, les tests d'interaction vont nous permettre de tirer les conclusions appropriées.

Selon la première hypothèse de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative au niveau de la compétence parentale (sentiment d'efficacité parentale) entre les mères adolescentes et les mères adultes ayant participé au volet postnatal (pré et postnatal ou postnatal seulement) du programme NÉ-GS. En nous référant au cadre de référence (Figure 1, p. 45) ceci revient à vérifier si le suivi prénatal et postnatal axé sur le renforcement du potentiel individuel que les participantes à l'étude principale ont reçu permet aux mères adolescentes d'atteindre des résultats comparables à ceux des mères adultes en termes de compétence parentale donc sans aucune différence statistiquement significative.

En examinant les moyennes du total de l'échelle de sentiment d'efficacité parentale, on constate que les mères adultes obtiennent une moyenne de 76,21 contre 71,21 pour les mères adolescentes (Tableau 9). Les analyses montrent qu'au niveau du test d'interaction le fait d'être mère adolescente ou mère adulte est statistiquement significatif à $p = 0,027$ ($F = 5,38$) par rapport à l'échelle de sentiment d'efficacité parental. Cependant, le type de suivi n'a aucune influence sur la compétence parentale ($p = 0,596$; $F = 0,286$) car le test d'interaction n'est pas statistiquement significatif à ce niveau par rapport à la même échelle (Tableau 11). Ces résultats infirment la première hypothèse car il y a une différence

³Sentiment d'efficacité parentale

statistiquement significative entre la compétence parentale des mères adolescentes et des mères adultes.

Tableau 9. Comparaison des moyennes de l'échelle du sentiment d'efficacité parentale chez les mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation

Mères	Groupe de participation						Total		
	Pré et postnatal			Postnatal			n	x	s
n	x	s	n	x	s				
Adultes	5	77,20	±6,26	9	75,66	±5,22	14	76,21	±5,42
Adolescentes	8	71,75	±6,94	15	70,93	±6,28	23	71,21	±6,37
Total	13	73,84	±6,98	24	72,70	±6,24	37	73,10	±6,44

Selon la seconde hypothèse de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative au niveau de l'habilitation (sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental) entre les mères adolescentes et les mères adultes ayant participé au volet postnatal (pré et postnatal ou postnatal seulement) du programme NÉ-GS. En nous référant au cadre de référence (Figure 1, p. 45) ceci revient à vérifier si le suivi prénatal et postnatal axé sur le renforcement du potentiel individuel que les participantes à l'étude principale ont reçu permet aux mères adolescentes d'atteindre des résultats comparables à ceux des mères adultes en termes d'habilitation donc sans aucune différence statistiquement significative.

Le test d'interaction sur le facteur «suivi» n'a aucune influence sur les résultats ($p = 0,464$; $F = 0,549$) car il n'est pas statistiquement significatif (Tableau 11). Il est important de comprendre que la présente étude met l'emphase sur le fait que toutes les mères

participant à l'étude devraient avoir reçu le suivi postnatal. Le test d'interaction entre les deux suivis permet de vérifier si le suivi prénatal que certaines mères ont reçu pouvait agir comme variable de confusion sur les résultats. Il s'avère que cette variable n'a aucune influence sur les résultats et par conséquent ne constitue pas une variable de confusion.

En examinant la moyenne totale dans les deux groupes de mères, il ressort que celle de l'échelle du sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental est de 55 chez les mères adultes contre 51 chez les mères adolescentes (Tableau 10).

Tableau 10. Comparaison de l'échelle de sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental chez les mères adolescentes et adultes selon leur groupe de participation

Mères	Groupe de participation						Total		
	Pré et postnatal			Postnatal			n	x	s
n	x	s	N	x	s				
Adultes	5	55	±2,00	9	55,22	±4,76	14	55,14	±3,89
Adolescentes	8	53	±2,92	15	51	±4,43	23	51,47	±4,06
Total	13	53,76	±2,71	24	52,37	±4,99	37	53	±4,34

L'habilitation des mères ne dépend pas du type de suivi qu'elles reçoivent mais plutôt du fait qu'elles soient mères adolescentes ou mères adultes. Cette hypothèse n'est pas confirmée car il y a une différence entre l'habilitation des mères adolescentes et des mères adultes. Les tests d'interaction ont montré que le fait d'être mère adolescente ou adulte a un effet statistiquement significatif à $p = 0,028$ ($F = 5,29$) par rapport à l'échelle du sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental (Tableau 11).

Une analyse de variance a été effectuée pour vérifier l'existence d'une différence significative dans la moyenne d'âge des mères dans les deux groupes de suivi. Aucun résultat significatif n'a été trouvé ($F = 0,38$, $P = 0,542$).

Tableau 11. Tests des effets inter-sujets

Variabes	Sources	F	P
Nombre d'années de scolarité	Adolescente-Adulte	8,927	0,005
	Groupe	0,008	0,931
	Adolescente-Adulte-Groupe	0,031	0,862
Total de l'échelle du sentiment d'efficacité parentale	Adolescente-Adulte	5,380	0,027
	Groupe	0,286	0,596
	Adolescente-Adulte-Groupe	0,027	0,871
Total de l'échelle de sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental	Adolescente-Adulte	5,293	0,028
	Groupe	0,549	0,464
	Adolescente-Adulte-Groupe	0,804	0,376

De façon globale, les résultats de la présente étude montrent que le niveau de scolarité de la mère a une influence sur la compétence parentale et sur l'habilitation. À cause de la petite taille d'échantillon, un test de Chi-carré n'a pas pu être effectué sur les variables comme la situation conjugale de la participante et les sources de revenu. Une différence statistiquement significative est notée au niveau de la compétence parentale et de l'habilitation selon que la mère soit adolescente ou adulte.

Le type de suivi (pré et postnatal ou postnatal seulement) que les mères ont reçu n'a aucune influence sur la compétence parentale ni sur l'habilitation. Ceci est aussi reflété sur le score total des deux échelles de mesure où l'on constate que la moyenne totale sur l'échelle du sentiment d'efficacité parentale est de 73,84 pour le groupe pré et postnatal contre 72,7 pour le groupe postnatal. De la même manière, au niveau de l'échelle de

sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental, les résultats montrent une moyenne totale de 53,76 pour le groupe pré et postnatal contre 52,86 pour le groupe postnatal. Il y a une très faible différence à ce niveau ce qui renforce le fait que le type de suivi reçu par les mères n'a aucune influence significative, ni sur la compétence parentale ni sur l'habilitation. Ces résultats doivent être considérés avec prudence, car en dehors des expériences faites au laboratoire où on peut mieux contrôler toutes les influences externes, cette étude présente des limites certaines.

Chapitre cinquième
Discussion et recommandations

Ce chapitre présente l'interprétation et la discussion des résultats obtenus par la présente étude. Tout d'abord, il sera question de la qualité de l'échantillon, de la discussion des résultats en fonction des hypothèses de recherche puis des forces et des limites de l'étude. Le chapitre se termine par les recommandations pour la pratique et la recherche en sciences infirmières et par la conclusion. Il convient de rappeler que l'accent dans la présente étude est mis sur les mères adolescentes.

Qualité de l'échantillon

La présente étude telle que prévue au départ devait être une étude quasi expérimentale avec appariement. Les mères adolescentes devaient être choisies en premier et un nombre équivalent de mères adultes, dont les caractéristiques seraient similaires à celles des mères adolescentes en termes de variables d'intérêt, aurait été sélectionné par la suite pour fin de comparaison. Or, dans le processus de sélection aléatoire des mères adultes, certains codes d'identification de mères adolescentes se sont glissés dans cette catégorie. Ces mères adolescentes étaient introduites à deux reprises dans la banque de données. Le double de ces codes a été éliminé et n'a pas pu être remplacé, ce qui a diminué considérablement la taille de l'échantillon. De ce fait, l'appariement était rendu impossible dans le cadre de la présente étude.

Discussion des résultats selon chacune des hypothèses

En ce qui concerne la première hypothèse, la compétence parentale semble varier selon qu'on soit mère adolescente ou adulte. La moyenne totale sur l'échelle de «Sentiment d'efficacité parentale» des mères adultes est supérieure à celle des mères adolescentes: en

pré et postnatal la moyenne chez les adultes est de 77,2 contre 71,75 chez les mères adolescentes et en postnatal la moyenne chez les mères adultes est de 75,66 contre 70,93 chez les mères adolescentes. Le test d'interaction entre les facteurs « mère adulte » et « mère adolescente » est statistiquement significatif ($p=0,027$; $F = 5,380$). Il y a une différence statistiquement significative au niveau de la compétence parentale par rapport à l'échelle précédente en faveur des mères adultes bien que le nombre de mères adolescentes soit supérieur à celui des mères adultes (23 mères adolescentes contre 13 mères adultes).

La mère adolescente et son bébé sont deux êtres en pleine croissance. Ils traversent des étapes de leur développement qui exigent une attention et suscitent des besoins particuliers à chaque étape. Ainsi, l'âge moyen des enfants à la première entrevue étant de deux ans à deux ans et demi ces enfants se trouvent au stade de développement d'Erikson (1963) intitulé «autonomie versus doute» qui est la période où l'enfant développe l'indépendance. Ce stade peut être assez difficile pour une adolescente qui vit une période de son développement personnel où elle est confrontée à développer sa propre autonomie envers sa famille et envers la société. En effet, Ballenski et Cook (1982) soulignent que les enfants, à chaque stade de leur développement, ont des besoins spécifiques et la demande au rôle de parent change en fonction de ce développement et cette notion est méconnue par les mères adolescentes. Ainsi, Lesser, Koniak-Griffin et Anderson (1999) ont effectué une étude ethnographique auprès de 15 mères adolescentes. Ils ont décrit, entre autres, comment Brenda, une adolescente de 18 ans a été incapable de s'adapter au développement de l'autonomie de son fils âgé de deux ans. Ils relatent, à ce sujet l'expression suivante de Brenda:

«je m'éloigne le plus souvent de lui maintenant qu'il a deux ans, parce que ses deux ans sont terribles et c'est vraiment frustrant d'être à côté de lui...». Mais quand il

était petit, il était ma vie entière. Quand il était petit ma vue et ma concentration entière étaient sur lui. Maintenant, il est tellement mauvais que je dois lui dire 20 fois, et puis le battre. Et il voudra me battre en retour... , je n'ai pas encore vu de bébé agir de cette manière... Il était si parfait quand il avait un an... Il était dodu, joli et gentil... et puis il a commencé à marcher». (Lesser, Koniak-Griffin & Anderson, 1999, p.141-142)

Cournoyer (1995) souligne que les pratiques parentales à l'adolescence comportent des lacunes certaines sous divers aspects (ex. connaissances insuffisantes et attentes inappropriées face au développement de l'enfant, relation verbale plutôt pauvre avec lui, tendance à recourir plus facilement au châtement corporel). Le programme NÉ-GS n'étant pas spécifique aux mères adolescentes, celles-ci n'auraient pas nécessairement eu l'occasion d'intégrer les différentes étapes de développement de l'enfant et les méthodes à appliquer pour mieux interagir ou communiquer avec leur bébé, selon les différentes phases de développement. En effet, l'enseignement ne tenait pas compte du niveau de développement de l'adolescente surtout au plan cognitif.

Léonard et Paul (1996) mentionnent que le sentiment d'être compétent s'accroît avec l'âge. Bien que l'âge de la mère n'a présenté aucune différence significative pour les deux groupes, le fait d'être mère adolescente ou mère adulte s'est avéré significatif. Dans la présente étude, les mères adultes sont plus âgées que les mères adolescentes et leurs moyennes ont été supérieures à celles des mères adolescentes. Cette différence peut aussi s'expliquer par le fait que les mères adolescentes sont plus susceptibles que les mères adultes d'éprouver des difficultés à fonctionner de façon appropriée en tant que mères à cause de leur développement psychologique et cognitif incomplets et de leur capacité limitée d'assurer un rôle d'adulte (Leonard & Paul, 1996). L'âge des mères adolescentes dans la présente étude varie entre 15 à 19 ans ce qui fait que l'analyse n'a pas tenu compte de la compétence parentale de la mère adolescente qui est à l'adolescence précoce,

moyenne ou tardive et les résultats peuvent être affectés par ce manque de distinction.

D'ailleurs, Norr et Robert (1991) trouvent une différence entre le comportement des mères adolescentes âgées de moins de 18 ans et celui des mères âgées de 18 à 19 face à l'attachement maternel.

Au sujet de la deuxième hypothèse, les résultats révèlent également une interaction entre le fait d'être mère adolescente ou adulte. La moyenne totale sur l'échelle de «Sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental» des mères adultes est supérieure à celle des mères adolescentes. Elle est de 55 pour les mères adultes du groupe pré et postnatal contre 53 pour les mères adolescentes du même groupe. Dans le groupe postnatal la moyenne est de 55,22 chez les mères adultes contre 51 chez les mères adolescentes du même groupe. Cette hypothèse n'est donc pas confirmée dans cette étude. Aucune des études recensées ne parle de l'habilitation des mères adolescentes.

La définition conceptuelle de l'habilitation comprend deux dimensions: 1-les niveaux de l'habilitation (famille, système de santé, politique et communauté); et 2- la façon dont est exprimée l'habilitation (les attitudes, les connaissances, le comportement). Il convient de noter ici que les mères adultes et les mères adolescentes connaissent des expériences variées et sont à des niveaux cognitifs différents. Certaines mères adultes sont à leur cinquième bébé alors que le nombre maximal de bébés dans le groupe de mères adolescentes est de trois. Le niveau de connaissances des mères adultes peut bien avoir influencé les résultats car elles doivent avoir acquis un sens de contrôle dans leur rôle parental après avoir eu à prendre soin de leur premier enfant. Aussi, la moyenne de leur nombre d'années de scolarité est supérieure à celle des mères adolescentes. Dans le groupe pré et postnatal, la moyenne du nombre d'années de scolarité chez les mères adultes est de

9,6 contre 8,0 chez les mères adolescentes du même groupe. Dans le groupe postnatal, cette moyenne est de 9,55 chez les mères adultes contre 8,13 chez les mères adolescentes. Or, Anderson (1996) stipule que l'habilitation requiert tout d'abord que la personne ait les connaissances adéquates pour assumer la responsabilité de sa santé.

Par ailleurs, dans la présente étude, il s'agit d'avoir un sentiment de contrôle dans l'exercice de son rôle parental. Il convient de noter que, puisque le programme n'était pas spécifique aux mères adolescentes, l'accent n'a pas été mis sur le fait de diriger ces mères vers les ressources communautaires spécifiques aux mères adolescentes où l'environnement pourrait être mieux adapté à leurs besoins et à ceux de leur bébé. Augoyard et Renaud (1998) stipulent que l'habilitation est un meilleur indicateur de bien-être. Il tient compte des perceptions subjectives de l'individu mais aussi de la réalité du contrôle qu'il exerce sur le contenu des services qui lui sont offerts. Cette étude aurait dû évaluer aussi la connaissance des ressources communautaires et leur utilisation par les mères, mais les données disponibles présentaient beaucoup de données manquantes. De plus, les différentes ressources communautaires citées dans les questionnaires n'étaient pas appropriées aux mères adolescentes ce qui fait qu'une comparaison à ce niveau s'est avérée inadéquate.

Forces et limites de l'étude

La présente étude présente bien une validité interne car les instruments de mesure utilisés ont tous un coefficient de validité interne supérieur à 0,80. Ryan-Wenger (1992) stipule que le coefficient alpha de Cronbach est considéré adéquat s'il est supérieur à 0,70 pour un nouvel instrument ou supérieur à 0,80 pour un instrument établi. De plus, tous les groupes à l'étude sont homogènes. Les mères adolescentes et les mères adultes proviennent

du même milieu socioéconomique défavorisé, ceci permet une comparaison des groupes ayant les mêmes désavantages socioéconomiques (Norr & Roberts, 1999)

De la discussion précédente, les limites qui se dégagent de la présente étude portent principalement sur la petite taille de l'échantillon qui n'est pas représentatif de l'ensemble des mères adolescentes ni des mères adultes. Ainsi, dans le projet de Piché et al. (1999) l'échantillon comprenait 203 mères, la taille de l'échantillon de la présente étude ne représente que 18 % de la population initiale. Le manque d'accès à la banque de données initiale n'a pas permis d'avoir le nombre de mères adultes suffisant pour la comparaison ce qui aurait renforcé la validité externe de l'étude. En plus de l'homogénéité des groupes, l'utilisation de l'analyse de variance à deux facteurs de classification requiert que la variable dépendante suive une distribution normale dans chaque groupe mais on peut toujours avoir de bons résultats même si ce postulat n'est pas respecté (Green, Salkind & Akey, 1997). Pour cela, les participantes doivent être choisies de façon aléatoire. Or, dans la présente étude seules les mères adultes ont été choisies de façon aléatoire. De plus, bien que toutes les mères soient nées au Canada, nous n'avons pas d'indication sur les différentes ethnies des mères ceci n'ayant pas été collecté par les chercheurs précédents. Face à ces limites, les résultats de la présente étude ne peuvent pas être généralisés.

Enfin, un prétest n'a pas été effectué auprès des mères avant l'intervention (dans l'étude principale). De ce fait, il n'est pas possible de savoir s'il y a eu une amélioration de la compétence parentale et de l'habilitation des participantes.

Recommandations

La taille de l'échantillon étant une limite pour l'étude, il serait intéressant de comparer les mères adolescentes à toutes les mères adultes dans le projet initial. La réplication de cette étude avec un plus grand nombre de mères adolescentes et de mères adultes d'ethnies variées pourrait permettre la généralisation des résultats. Ryan-Wenger (1992) précise que les résultats d'une seule étude sont au mieux une connaissance tentative et doivent être interprétés avec prudence jusqu'à ce qu'il y ait une évidence après réplication.

Parmi les variables sociodémographiques testées dans la présente étude, le nombre d'années de scolarité de la mère s'est avéré significatif. Plusieurs auteurs (Corcoran, 1998; Cournoyer, 1998) décrivent dans leurs études comment le faible niveau de scolarité des mères adolescentes les prédispose à des emplois peu rémunérateurs compromettant ainsi leur développement personnel et celui de leur bébé d'où leur dépendance sur la prestation des revenus. La faible scolarisation des mères adolescentes affecte leur niveau cognitif et par conséquent affecte leur compétence parentale et leur habilitation. Il serait donc important que toute intervention auprès des mères adolescentes les encourage à poursuivre leurs études afin de favoriser de meilleures conditions de travail.

La parité élevée contribue à freiner le développement personnel des mères adolescentes, 6,7% de mères adolescentes de 20 ans ou moins ont déjà trois enfants. Il serait important que tout programme effectué auprès des mères adolescentes incorpore les stratégies nécessaires pour éviter les grossesses répétitives. L'infirmière est celle qui donne l'éducation à la mère adolescente à la sortie de l'hôpital et continue le suivi à domicile.

L'éducation offerte à la mère adolescente doit donc contenir l'information nécessaire sur les différentes méthodes de contraception et leur rôle. Il est aussi important que la mère adolescente reconnaisse qu'elle est capable de se défendre devant les situations où elle sent un manque de pouvoir et le renforcement de son potentiel lui permettra de se valoriser et de connaître ses forces. La parité élevée, à long terme, aggrave la dépendance économique de la mère et perpétue ainsi le cycle intergénérationnel de la pauvreté.

Le type de revenu est un indicateur du statut socioéconomique. Dans le groupe ayant reçu le suivi pré et postnatal, toutes les mères adultes vivent du revenu de leur travail et de l'assurance chômage tandis que toutes les mères adolescentes de ce groupe vivent de la sécurité du revenu. Cette situation de dépendre sur les revenus de l'État peut constituer un handicap pour la mère adolescente qui se trouve dans une situation de dépendance afin de pouvoir assurer sa survie et celle de son enfant. De fait, Balwin et Cain (1976) et Russel (1980) soulignent que la conséquence sociale de la maternité à l'adolescence est la faible scolarisation qui entraîne une faible opportunité d'emploi et une diminution de revenu potentiel forçant ainsi l'adolescente à dépendre de l'aide sociale.

Dans la présente étude, la situation conjugale de la mère au moment de la première entrevue ne présente pas une très grande variation entre les mères adolescentes et les mères adultes. Dans le groupe pré et postnatal quatre mères adultes contre deux mères adolescentes vivent avec leur conjoint et dans le groupe postnatal quatre mères adultes contre sept mères adolescentes vivent avec leur conjoint. Cependant, la littérature souligne que le soutien social joue un rôle important sur la compétence parentale des mères adolescentes. Aussi, le fait de vivre avec le conjoint ne nous informe pas sur la qualité de

soutien que la mère peut recevoir de lui. Ainsi, la réplication de la présente étude pourrait tenir compte de la qualité de soutien social reçu par les mères

En effet, l'infirmière est l'intervenante qui a le plus de contact avec la mère adolescente, pendant la période de grossesse ainsi qu'après l'accouchement. Ruchala et James (1997) stipulent que l'infirmière doit ajuster le contenu et la manière d'enseigner pour les nouvelles mères afin de répondre aux besoins des mères adolescentes. Or, le programme NÉ-GS ne tient pas compte du niveau de développement de l'adolescente, ni de leur capacité décisionnelle. La recension des écrits nous apprend que l'adolescence était divisée en trois phases (l'adolescence précoce, moyenne et tardive); il faudrait développer les interventions spécifiques auprès des mères adolescentes en tenant compte de ces niveaux de développement. Il est aussi important de souligner que l'habilitation est un processus qui s'acquiert à travers différentes phases de développement que Kieffer (1984) répartit en période d'entrée, d'avancement, d'incorporation et d'engagement. Il serait important d'évaluer à quel niveau se situent les mères adolescentes au début de l'intervention afin de pouvoir mettre l'accent sur les stratégies pouvant leur permettre d'évoluer sur les autres niveaux. La présente étude peut apporter un éclairage sur les interventions et le rôle que l'infirmière qui utilise le modèle McGill peut avoir auprès des adolescentes de milieu défavorisé et ce, en vue d'aider à améliorer leur compétence parentale et leur habilitation.

Ainsi, dans une approche de promotion de la santé à travers la perspective du modèle de McGill, l'infirmière est la mieux outillée pour permettre à l'adolescente d'améliorer sa compétence parentale et son habilitation. La «personne» dans ce modèle qui ici est représentée par la mère adolescente doit composer sainement avec sa nouvelle

situation, c'est-à-dire apprendre à vivre son rôle parental de façon responsable. Cette mère peut avoir des interactions avec différentes personnes qui sont les professionnels de la santé, son enfant, le père de l'enfant, sa famille d'origine, ses amis qui constituent la famille. Ces personnes peuvent avoir une influence positive ou négative envers la mère. L'infirmière doit intervenir en tenant compte de tout le soutien existant autour de la mère adolescente. En effet, Smithbattle (1997) précise que le parentage à l'adolescence est développé en interaction avec les autres et qu'une intervention centrée sur la famille et supportant les efforts de la jeune mère et des grands-parents, est nécessaire pour que la jeune mère devienne une soignante responsable. Le modèle McGill rejoint bien cette perspective car la personne est vue à travers le filtre familial d'où le terme personne famille. Un programme d'intervention infirmière auprès des mères adolescentes axé dans la perspective du modèle McGill mériterait une implantation future.

Conclusion

En somme, en comparant la compétence parentale et l'habilitation de mères adolescentes et de mères adultes ayant participé au volet pré et postnatal ou postnatal seulement du programme NÉ-GS, les mères adolescentes ont des différences statistiquement significatives au niveau de la compétence parentale et de l'habilitation. En fonction des limites de la présente étude, d'autres études doivent être effectuées pour pouvoir tirer une conclusion claire. Cependant, la présente étude nous donne des indications préliminaires concernant les aspects sur lesquels il faudrait mettre l'accent lors d'interventions subséquentes auprès des mères adolescentes.

Il s'avère, à la lumière de la discussion des résultats, qu'il serait intéressant pendant l'intervention de mettre l'accent sur le niveau de connaissances des mères adolescentes en tenant compte de leur niveau de développement. Le niveau de connaissances des mères adolescentes affecte aussi bien leur compétence parentale que leur habilitation. Ceci explique l'importance de les encourager à retourner à l'école pour acquérir de nouvelles connaissances qui leur permettraient de mieux se développer et prendre soin de leur bébé. Il serait souhaitable que les infirmières oeuvrant auprès des mères adolescentes aient un protocole d'intervention pour pallier aux grossesses répétitives chez ces mères. En effet, avoir trois enfants avant l'âge de 20 ans, dans certains cas, constitue un frein important pour le développement de la mère adolescente et pour le bien-être de ses enfants. La mère adolescente risque de dépendre indéfiniment des prestations de l'aide sociale.

L'infirmière peut jouer un rôle important face à la promotion de la compétence parentale et de l'habilitation des mères adolescentes. L'infirmière est celle qui prodigue l'enseignement à la mère à la sortie de l'hôpital, les suivis à domicile après l'accouchement sont effectués par les infirmières d'où l'importance d'outiller les infirmières qui interviennent auprès de ces mères, avec des protocoles qui prennent en considération tous les niveaux de développement de la mère adolescente et de son enfant.

Références

- Adams, D. & Kocik, S. M. (1997). Perinatal Social Work with Childbearing Adolescents. Social Work in Health Care, 24, 85-97.
- Allen, M. (1982b). Shaping health potential: the cutting edge of practice in nursing. Paper presented at the Rozella M. Scholfeldt Lectureship, Frances Payne Bolton School Of Nursing. Case Western Reserve University, Cleveland, OH.
- Allen, F. M. (1977). Comparative theories of expanded role in nursing and implications for nursing practice. Nursing Papers, 9, 38-45.
- Alvarez, W. F. (1985). The meaning of maternal employment for mothers and their perceptions of their three year-old children. Child Development, 56, 350-360.
- Anderson, J. M. (1996). Empowering patients: issues and strategies. Social Sciences and medicine, 43, 667-705
- Antonucci, T. C. (1976). Attachment: a life-span concept. Human development, 19, 135-142.
- Augoyard, P. & Renaud, L. (1998). Le concept d' «empowerment» et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. Promotion & Education, 5, 28-35.
- Arenson, J. D. (1994). Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers. Journal of pediatric nursing, 9, 251-257.
- Baldwin, W. & Cain, V. (1976). The children of teenage parents. Family Planning Perspectives, 12, 34-43
- Ballenski, C. B. & Cook, A. S. (1982). Mothers perception of their competence in managing selected parenting task. Family relations, 31, 489-494.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- 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. Archive of pediatric and adolescent medicine, 150, 64-69.
- Beauregard, D., Piché, C., Ménard, M. & Tremblay, L. (2000). Les guides pour les suivis des familles: la période postnatale. Programme Naître Égale-Grandir en Santé. Montréal-Centre: Direction de la santé publique.

- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A progress model. Child Development, 55, 83-96.
- Belsky, J., Robins, E. & Gamble, W. (1984). The determinants of parental competence: Toward a contextual theory, beyond the dyad. New-york: Lewis Plenum Press.
- Betz, C.L., Hunsberger, M. & Wright, S. (1994). Family center nursing care of children. Second edition. Montreal: W.B. Saunders company.
- Bogat, G.A., Caldwell, R.A., Guzmàn, B., Galasso, L. & Davidson II, W. S. (1998). Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescents. Journal of community psychology, 26, 549-568.
- Bouchard, C. (1981). Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant: des compétences parentales aux compétences environnementales. Apprentissage et Socialisation, 4, 4-23.
- Bourassa, J. (1992). L'attachement parents-enfant : Rôle, Développement et manifestation à la période périnatale. Résumé de communication. Symposium sur l'allaitement, Ligue la lèche, Montréal.
- Bourassa, J, Couture, L., Cyr, L. & Malenfant, R. (1986). L'éclosion du devenir parent: Éléments théoriques suivis d'un programme pilote de formation des intervenant(es) en périnatalité auprès des familles à risques. Département de santé communautaire. Centre hospitalier de l'université Laval.
- Bourassa, J. & Cyr, L. (1989). Définition du concept de famille en difficulté. Rapport présenté au conseil régional de la Santé et des Services Sociaux de la région de Québec. Laval: Département de santé communautaire. Centre hospitalier de l'université de Laval.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of Human development: Experiment by nature and design. Cambridge, MA: Havard University Press.
- Bullock, C. B., & Pridham, K. F. (1988). Sources of maternal confidence and uncertainty and perceptions of problem-solving competence. Journal of advanced nursing, 13, 321-329
- Burke, P. J. & Liston, W. J. (1994). Adolescent Mothers' perceptions of social support and impact of parenting on their lives. Pediatric Nursing, 20, 593-599.
- Cardinal Remete, F. (1999). Grossesse à l'adolescence: Guide d'intervention pour un choix éclairé. Sainte-Foy: Editions Multimondes.

- Carlson, D., LaBarba, R., Sclafani, J., & Bowers, C. (1986). Cognitive and motor development in infants of adolescent mothers: A longitudinal analysis. International Journal of Behavioral Development, 13, 1-13
- Carruth, B. R., Nevling, W. & Skinner, J. D. (1997) Developmental and food profiles of infants born to adolescent and adult mothers. Journal of Adolescent Health. 20, 434-444.
- Censullo, M. (1994). Strategy for promoting greater responsiveness in adolescent parent/infant relationships: report of a pilot study. Journal of Pediatric Nursing, 9, 326-332.
- Charbonneau, J. (1998). La maternité chez les adolescentes : certaines s'en sortent bien. Recherche sociale, 5, 9-10.
- Clarke, B.A. & Strauss, S. S. (1992). Nursing role supplementation for adolescent parents: Prescriptive nursing practice. Journal of Pediatric Nursing, 7, 311-318.
- Clarke-Steward, A. & Friedman, S. (1987). Child development: Infancy through Adolescence. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Cloutier, R. (1985). L'expérience de l'enfant dans sa famille et son adaptation future. Apprentissage et Socialisation, 8, 87-100.
- Cochran, M. & Brassard, J. (1979). Child development and personal social networks. Child Development, 50, 601-616.
- Colby, A., Kohlberg, L., Gibbs, J. & Lieberman, M. (1983). A longitudinal study of moral development. Monographs of the society for research in child development, 48, (1-2, Serial No. 200).
- Colins, C & Desrosiers, H. (1989). Naître égaux et en santé (la périnatalité au Québec: 3), Québec, ministère de la santé et des services Sociaux.
- Conseil de la famille, (1990). État et famille: des politiques sociales en mutation. Cahier n° 2. Québec: Gouvernement du Québec.
- Corcoran, J. (1998). Consequences of adolescent pregnancy/parenting. A review of literature. Social Work in Health Care, 27, 49-67.
- Cournoyer, M. (1995). Maternité précoce, un passage inédit à l'âge adulte. Prisme, 5, 266-287
- Cowan, P. A., & Hetherington, E. M. (Eds.). (1991). Family Transitions. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.

- Crête, H., Forget, M., Gagné, M-P. & Séguin, L. (1983). Une nouvelle approche en santé des enfants 0-18 ans : La promotion du support et du développement des habiletés parentales. Laval: Département de Santé communautaire
- Diehl, K. (1997). Adolescent mothers: what produces positive Mother-infant interaction? MCN, 22, 89-95.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre, (2000). Naître Égaux-Grandir en Santé: les guides périnataux pour le suivi des familles. Document de travail, 192 p.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: adaptive and maladaptive processes. Psychological Bulletin, 110, 3-25.
- Dryfoos, J.G. (1991). Adolescents at risk: A summation of work in the field- Programs and policies. Journal of Adolescent Health, 12, 630-637
- Dunnigan, L. & Gravel, L. (1992). La santé des femmes démunies: mieux comprendre pour mieux intervenir. Québec: Gouvernement du Québec.
- Elkind D. (1967). Egocentrisme in adolescence. Child Development, 38, 1025-34.
- Elkind D. (1974). Children and adolescents: Interpretive essays on Jean Piaget. London: Oxford University Press.
- Elster, A. B., McAnarney, E. R. & Lamb, M. E. (1983). Parental behavior of adolescent mothers. Pediatrics, 71, 494-503.
- Erickson, E. H. (1963). Childhood and Society, (2nd ed.). New York, Norton
- Erickson, E. H. (1968). Identity: youth and crisis. New York: W.W. Norton.
- Erickson, M. E. (1995). Factors that influence the mother-infant dyad relationships and infant well-being. Issues in mental health nursing, 17, 185-200.
- Ferketich, S. & Mercer, R. T. (1994). Predictors of paternal role competence by risk status. Nursing Research, 43, 80-85.
- Fingerhut, L. A., Kleinman, J. C. & Kendrick, J. S. (1990). Smoking before, during, and after pregnancy. American journal of public health, 80, 541-544.
- Flynn, L. (1999). The adolescent parenting program: improving outcomes through mentorship. Public Health Nursing, 16, 182-189.

- Fox, M. L. (1989). Parental competence: Determinants of parental involvement with infants. Mémoire de Maîtrise. Austin: University of Texas.
- Fuller, S. A. (1986). Care of postpartum adolescents. MCN, 11, 398-403.
- Gagnon, P. (1993). Le rôle de la famille dans le développement du trouble de la personnalité limite. Revue canadienne de psychiatrie, 38, 611-616.
- Giguère, V. (1998). Les Représentations de la compétence parentale de parents de nourrissons vivant en situation de grande pauvreté. Mémoire de Maîtrise non publié, Université de Montréal Faculté des Sciences infirmières, Montréal, Canada.
- Gilchrist, J. M. & Allen, M. (1981). Nursing explorations: An introduction. Nursing Papers, 13, 4-6.
- Gilchrist, L. D., Hussey, J. M., Gillmore, M. R., Lohr, M. J., & Morrisson, D.M. (1996). Drug use among adolescent mothers: Pregnancy to 18 months postpartum. Journal of adolescent health, 19, 337-344.
- Golberg, S. (1991). Recent developments in attachment theory and research. Canadian Journal of Psychiatry, 36, 393-400.
- Goulet, C., Marcil, I., Kamdom, C. et Toussaint-Lachance, M. (2001). Le point sur les mères adolescentes au Québec. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 8, 21-34.
- Green, S. B., Salkind N. J. & Akey, T. M. (1997). Using SPSS for windows: Analyzing and understanding data. Prentice hall, New Jersey.
- Groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur la santé génésique des adolescents. Rapport sur la santé génésique des adolescents. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.
- Hanley, F. .M. (1999). The adolescent childbirth experience. Mémoire de Maîtrise non publié, Université de Montréal Faculté des Sciences infirmières, Montréal, Canada.
- Hardy, J. & Dugan, A. (1988). Teenage fathers and the fathers of infants of urban, teenage mothers. American Journal of Public Health, 78, 919-922
- Hardy, J., King, T & Repke, J. (1987). The Johns Hopkins Adolescent Pregnancy Program. An evaluation. Obstetrics & Gynecology, 69, 300-306
- Harris, C. A. (1993). Child Development, 2nd ed. St. Paul: West Publishing Co.

- Hartup, W. W. (1983). Peer relations. In, P.H. Mussen (Ed). Handbook of child psychology (4th ed.). New York: Wiley.
- Herrmann, M. .M., Cleve, L. V., Levisen, L. (1998). Parenting competence, social support, and self-esteem in teen mothers case managed by public health nurses. Public Health Nursing, 15, 432-439.
- Hobbie, C. (1993). Teen pregnancy and teen parenting. Journal of Pediatric Health Care, 7, 96-97.
- Hoyer, P. J. P. (1998). Prenatal and parenting programs for adolescent mothers. Annual Revue of Nursing Research, 221-249.
- Hughes, F. P., Noppe, L. D. & Noppe, I. C. (1988). Child Development (1st ed.). St. Paul: West Publication Company.
- Institut canadien de recherches avancées(1991). Les déterminants de la santé. Publication n° 5, Toronto, ICRA.
- Jones, L. C. & Lenz, E. R. (1986). Father-newborn interaction: Effects of social competence and infant state. Nursing Research, 35, 149-153.
- Jones, P. S. & Meleis, A. I. (1993). Health is empowerment. Advance in Nursing Sciences, 15(3), 1-14.
- Julian, K. C. (1983). A comparison of perceived and demonstrated maternal role competence of adolescent mothers. Health Care of Women, 4, 223-236.
- Kaplan, P. S. (1991). A Child's Odyssey: Child and Adolescent Development (2nd ed.). St. Paul: West Publishing Co.
- Kelly, L. E. (1995). Adolescent Mothers: what factors relate to level of preventive health care sought for their Infants. Journal of Pediatric Nursing, 10, 105-113.
- Kemp, V., Sibley, D. E. & Pond, E. F.(1980). A comparative of adolescent and adult mothers on factors affecting maternal role attainment. Maternal Child Nursing Journal, 19, 63-75.
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. Prevention in human services 3, 9-36.
- Kolberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive developmental approach to socialization. In D. Gosline (Ed.), Handbook of socialization and research. New York: Rand McNally.

- Kolberg, L. (1984). Moral Stages and moralization: The cognitive developmental approach. In L. Kolberg (Ed.), Essays on moral development: The psychology of moral development, 2. San Francisco: Harper & Row.
- Kolberg, L. (1973). Continuities in childhood and adult moral development revisited. In Paul, B. Baltes & K. Warner Schaie (Eds.), Life-span developmental psychology: personality and socialization. New York: Academic Press.
- Koniak-Griffin, D., Mathenge, C., Bmus, Anderson, N. L. R. & Verzemnieks, I. (1999). An Early intervention program for adolescent mothers: a nursing demonstration project. JOGNN, 28, 51-59.
- Koren, P. E., De Chillo, N. & Friesen, B.J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. Rehabilitation Psychology, 4, 305-321.
- Kuhn, D., Langer, J., Kolberg, L. & Haan, N. S. (1977). The development of formal operations in logical and moral judgment. Genetic Psychology Monographs, 95, 97-188.
- Laveault, D. & Grégoire, J. (1997). Introduction aux théories des tests en sciences humaines. De Boeck Université: Paris Bruxelles.
- Le Bossé, Y. & Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire. Les cahiers internationaux de psychologie sociale, (18), 7-20.
- 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). Sentiment de compétence parentale. L'infirmière du Québec, 1, 38-46.
- Lerner, R. & Spanier, G. (1980). Adolescent Development : A life span approach. New York, McGraw-Hill.
- Lesser, J., Koniak-Griffin, D. & Anderson, N. L. R. (1999). Depressed adolescent mothers' perceptions of their own maternal role. Issues in Mental Health Nursing, 20, 131-149.
- Limoges, S. (2000). Sensibilité parentale et développement moteur et mental d'enfants de 12 mois nés avec une fissure labiale, palatine ou labio-palatine. Mémoire de Maîtrise non publié, Université de Montréal Faculté des Sciences infirmières, Montréal, Canada.

- Lindsay, J. (1990). How to be a successful teen father or mother. In F., Marx (Ed.), Proceedings of the national on teen Parenting and Child Care Programs (pp. 77-78). Wellesley, MA: Center for research on Women Publication.
- Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In Mussen. P.H. & Hetherington, E. M. (1983). Handbook of Child Psychology (pp. 1-101) (4th ed.). New york.
- Martin, C. & Boyer, G. (1995): Naître égaux-grandir en santé. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre et Direction générale de la santé publique. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Massé, R. (1991). La conception populaire de la compétence parentale. Apprentissage et Socialisation, 14, 279-290.
- Maziade, M. (1990). Études sur le tempérament: contribution à l'étude des facteurs de risque psychosociaux chez l'enfant. Dans J-F. Saucier et I. Houde (Éd.), Prévention psychosociale pour l'enfance et l'adolescence. (pp. 79-109). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- McAfee, M. & Geesey, M (1984). Meeting the needs of the teen-age pregnant study: An in-school program that works. Journal of School Health, 54, 350-352.
- McClure-Martinez, K. & Cohn, L. D. (1996). Adolescent and adult mothers' perceptions of hazardous situations for their children. Journal of adolescent health, 18, 227-231.
- Mead, M. (1971). Adolescence in primitive and modern society. In V. F. Calverlon and S.D. Schmalhausen (Eds.), The new generation. New York: Armo Press and the New York times, 1971. (Originally published 1930).
- Mercer, R.T. (1986). First-time motherhood: Experiences from teens to forties. New York: Springer Publishing Company.
- Mercer, R. T. & Ferketich, S. (1994). Predictors of Maternal Role Competence by risk Status. Nursing Research, 43, 38-43.
- Ministère de l'éducation (1990). Les troubles du comportement : état des connaissances et perspectives d'intervention. Document de travail, Québec.
- Ministère de l'éducation (1998). Un nourrisson et de l'ambition. Québec: Gouvernement du Québec.

- Ministère de la santé et des services sociaux, (1991). Un rapport du groupe de travail pour les jeunes. Un Québec fou de ses enfants. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux, (1993). Politique de périnatalité. Québec: Gouvernement du Québec.
- Moore, W. M. (1970). The secular trend in physical growth of urban North American Negro school children. Monograph in Society for Research in Child Development, 35, (7, Serial No.140).
- Norr, K. F. & Roberts, J. E. (1991). Early maternal attachment behaviors of adolescent and adult mothers. Journal of Nurse-Midwifery, 36, 334-342.
- Obgu, J. U. (1981). Origins of Human Competence: A Cultural-Ecological Perspective. Child Development, 52, 413-429.
- Opuni, K., Smith, P. B., Arvey, H. & Solomon, C. (1994). The Northeast Adolescent Project: A collaborative effort to address teenage pregnancy in Houston, Texas. Journal of School Health, 64, 212-214.
- O'Sullivan, A. & Jacobsen, B (1992). A randomized trial of a health care program for first-time adolescent mothers and their infants. Nursing Research, 41, 210-215.
- Ouellet, F., Dufour, R. & Durand, D., René, J-F. & Garon, S. (1998). Intervenir en soutien à l'empowerment des familles en situation d'extrême pauvreté. Projet jeunes familles en situation d'extrême pauvreté. Étude de cas de processus d'empowerment. Rapport de recherche.
- Organisation Mondiale de la Santé (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa: Association canadienne de santé publique.
- Pasley, K., Langfield, P. A., & Kreutzer, J. A. (1993). Predictors of stress in adolescents: an exploratory study of pregnant and parenting females. Journal of Adolescent Research, 8, 326-347.
- Passino, A. W. Whitman, T. L., Borkowski, J. G., & Schellenbach, C. J. (1993). Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting. Adolescence, 53, 793-804.
- Paul, D., Lambert, C., Tribble, D. S., & Lebel, P. (1997). Tendre la main aux nouveaux parents: écouter ou informer. L'infirmière du Québec, 5, 28-34.

- Pettigrew, J. (1985). La sexualité chez les jeunes. Carrefour des affaires Sociales, 7, 32-34.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1958). The growth of logical thinking from children to adolescence. New York: Basic Books.
- Piché, C., Goulet, C., Boyer, G. & Théorêt, B. (1999). Naître Egaux-Grandir en Santé: Evaluation de l'impact de la stratégie «Renforcement du potentiel individuel sur la compétence parentale».
- Radke-Yarrow, M., Richters, J. & Wilson, W. E. (1988). Child development in a network of relationships. Dans R. Hinde & J. Stecenson-Hinde (Éds.), Relations between relationships within families. Oxford, U.K: Oxford University Press.
- Reis, J. (1988). A comparison of young teenage, older teenage, and adult mothers on determinants of parenting. The journal of psychology, 123, 141-151
- Rey, A. (1993). Dictionnaire historique de la langue française (2° éd.).Paris: Dictionnaire le Robert.
- Rey-Debove, J. & Rey, A. (2000). Le Petit Robert: Dictionnaire de la Langue Française. (3° Éd.) Paris: Dictionnaire le Robert.
- Rochon, M. (1999). Service de la recherche, Ministère de la Santé et des Services sociaux, données non publiés.
- Roosa, M. W., Fitzgerald, H. E., Carlson, N. A. (1982). Teenage parenting and child development: a literature review. Infant Mental Health Journal, 3, 4-16.
- Ross, L. (1999). Attitudes et normes subjectives d'adolescentes québécoises face à l'allaitement maternel. Mémoire non publié, Université de Montréal Faculté des Sciences infirmières, Montréal, Canada.
- Ruchala, P. L. & James, D. C. (1997). Social support, knowledge of infant development, and maternal confidence among adolescent and adult mothers. JOGNN, 26, 685-689.
- Russell, C. (1980). Unscheduled parenthood: transition to «parent» for teenager. Journal of social issues. 336, 45-63.
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). Guidelines for critique of research report. Research Utilization, 21, 394-401

- Sadler, L. S., Anderson, S. A. & Sabatelli, R. M. (2001). Parental competence among African American adolescent mothers and grandmothers. Journal of pediatric nursing, 16, 217-233.
- Sahler, O. J. (1983). Adolescent mothers: how nurturing is their parenting? In McAnarney Er, ed. Premature adolescent pregnancy and parenthood. New York: Grume & Stratton.
- Sarton, M. (1957). The birth of a grandfather. New York: Rinehart &CO.
- Secrétariat à la Condition Féminine (1997). Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises. La politique en matière de condition féminine. Québec. Gouvernement du Québec
- Shellenbach, C., Whitman, T.& Borkowski, G. (1992): Toward an integrative model of adolescent parenting. Human Development,35, 81-99.
- SmithBattle, L. (1995). Teenage mother's narratives of self: an examination of risking the future. Advanced in Nursing Sciences, 17, 22-36.
- SmithBattle, L. (1997). Change and continuity in family caregiving practices with young mothers and their children. Journal of Nursing Scholarship, 29, 145-149.
- Steinberg, L., Lamborn, D. S., Darling, N., Mounts, S. N. & Dornbush, M. S. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child Development, 65, 754-770.
- Strauss, S. S., & Clarke, B. A. (1992). Decision-making patterns in adolescent mothers. Image: Journal of Nursing Scholarship, 24, 69-73.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infant in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. Child Development, 62, 918-929.
- Thompson, J., Powell, M. J., Patterson, R. J. & Ellerbee, S. M. (1995). Adolescent parenting: outcomes and maternal perceptions. Journal of Gynecology and Neonatal Nursing, 24 , 713-718.
- Trussell, J. & Menken, J. (1978). Early childbearing or subsequent fertility. Family Planning Perspective, 10, 209-218.
- Vance, C. (1982). The mentor connection. The Journal of Nursing Administration, 12, 7-13.

- Vezina, A. & Pelletier, D. (1992). L'ICBE. Un support au diagnostic et à l'intervention. Centre de recherche sur les services communautaires. Faculté des sciences sociales. Université Laval.
- Weinman, M. L., Schreiber, N. B. & Robinson, M. (1992). Adolescent mothers: Were there any gains in a parent education program? Family and Community Health, 15, 1-10.
- Wagner, F. R. & Morse, J. J. (1975). A measure of individual sense of competence. Psychological Reports, 36, 451-459.
- Warner, M. (1981). Health and Nursing: Evolving one concept by involving the other. Nursing Papers, 13, 10-17.
- Warrick, L., Chritianson, J.B., Walruff, J. & cook, P.C. (1993). Educational outcomes in teenage pregnancy and parenting programs: result from a demonstration. Family planning Perspectives, 25, 148-155.
- Wilner, S., Secker-Walker, R. H. & Flynn, B. S. (1987). How to help a pregnant woman stop smoking. In M. J. Rosenberg (Ed), Smoking and reproductive health (pp. 215-222). Littleton, MA: PSG Publishing.
- Wong, D. L. (1999). Whaley & Wong's Nursing care of infants and children. (6th ed). Missouri: Mosby-Year Book.

Appendice A

Lettre de demande d'autorisation d'utiliser les données de l'étude de Piché, Goulet,
Boyer et Théorêt

Célestine Kamdom

Le 19 Juin 2001

Mme Christiane Piché, Ph.D.
Mr Bruno Théorêt, Ph.D.
Mme Ginette Boyer, M.A.
Mme Céline Goulet, Ph.D.

Objet : Demande d'autorisation pour l'utilisation des données du projet Naître Egaux-Grandir en Santé : Évaluation de l'impact de la stratégie « Renforcement du potentiel individuel » sur la compétence parentale.

Cher Monsieur/Mesdames,

Je viens auprès de vous par la présente lettre, vous adressez mes sincères remerciements pour l'autorisation de l'utilisation de vos données afin de pouvoir avancer dans la réalisation de mon mémoire. Mon mémoire portera le titre suivant : « Effet du renforcement du potentiel individuel sur la compétence parentale et l'habilitation de mères adolescentes comparées aux mères adultes du programme Naître Egaux-Grandir en santé ».

En terme de la mesure des différentes variables :

La compétence parentale : j'aurai besoin de deux instruments de mesure : l'entrevue structurée conçues à partir de la classification des styles parentaux de Maccoby & Martin (1983) et le Sentiment d'Efficacité parentale traduit de Ballenski & Cook (1983).

L'habilitation : pour la mesure de cette variable j'aurai besoin des questionnaires des services et des ressources des CLSC (Hochelaga Maisonneuve et J-Octave Roussin) et le Sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental traduction de « Family Empowerment Scale » de Koren, De Chilo et Friesen (1992).

Afin de pouvoir faire une analyse descriptive de l'échantillon j'aurai besoin des données socio-démographiques au sujet des mères à savoir: la date de naissance ou l'âge des mères, la principale source de revenu, le niveau de scolarité, l'âge de l'enfant, le sexe de l'enfant, la situation familiale de la mère (si elle vivait seule, avec un conjoint ou autre), l'ethnie et la langue maternelle de la mère. Du moins si vous n'avez pas toutes ces données, j'apprécierai si vous pouvez me faire part de ce que vous avez collecté à ce sujet. Les considérations éthiques et l'anonymat seront respectés.

Il est entendu que les données seront utilisées seulement pour la rédaction de mon mémoire et les résultats ne seront pas publiés.

Je compte sur votre bonne compréhension et vous prie d'agréer, Monsieur/Mesdames mes salutations distinguées.

Célestine Kamdom, inf, B.sc.N.

Appendice B

Accusé d'autorisation d'utiliser les données de l'étude de Piché, Goulet, Boyer & Théorêt

msn.

Single Web browser.

**Hotmail**

Home

Inbox

Compose

Address Book

Options

Help

kamdomi@hotmail.com

Save Address(es) Block

Previous Next Close

From : bruno théorêt

To : Célestine Kamdom

Subject : Re: Fichier de données de l'étude des "effets postnatal" pour C. Kamdom

Date : Fri, 27 Jul 2001 06:57:10 -0400

Attachment : Alpha.spo (24k), fichieradol_adultesC.K.sav (118k)

Reply

Reply All

Forward

Delete

Put in Folder...

Printer Friendly Version

Bonjour Célestine,

Voici les données pour tes groupes de participantes adolescentes et adultes en fichier joint. Aussi en fichier joint, les valeurs des Alpha pour les deux instruments demandés. Pour ce qui est du Mippa, c'est un instrument que nous avons essayé mais il n'existe pas de documentation. Je l'ai retiré du fichier que je te fais parvenir.

Je quitte Montréal pour deux semaines dimanche prochain et je ne pourrai pas être rejoint durant cette période. Bon travail !

bruno

Veillez prendre note de ma nouvelle adresse électronique.

Bruno Théorêt

Courriel : [REDACTED]

----- Original Message -----

From: "Célestine Kamdom" [REDACTED]

To: [REDACTED]

Sent: Sunday, July 22, 2001 7:12 PM

Subject: Re: Fichier de données de l'étude des "effets postnatal" pour C. Kamdom

> Bonsoir Monsieur,

>

> J'apprécierai un échantillonnage aléatoire pour le groupe des mères adultes.

> Pouvez-vous aussi me faire savoir les valeurs de Alpha obtenues sur ces instruments: Sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental de

> Koren, Dechilo et Friesen (1992), Sentiment d'efficacité parental de

> Ballenski & Cook (1983) avec l'échantillon total de 203 mères

> Si vous avez une copie de l'instrument Mippa à me faire parvenir par

E-mail

> j'apprécierai ainsi que des instructions sur sa validité et sa fidélité

>

> Merci et bonne soirée

>

> C. Kamdom

> >

> >

> >

> >

> >

> >

> >

> >

> >

> >

> Get your FREE download of MSN Explorer at <http://explorer.msn.com/intl.asp>

Appendice C

Instrument: Sentiment d'efficacité parentale

SECTION C

Sentiment d'efficacité parentelle
 Ballenski, G.B. et Cook, A.S. (1982) Mothers' Perceptions of their Competence in Managing Selected Parenting Tasks. *Family Relations*, 31, 489-494.

Je vais maintenant te présenter une série de tâches reliées au rôle de parent. Je veux savoir à quel point tu te sens efficace à accomplir ces tâches. Te sens-tu capable de...?

1	2	3	4	8	9
toujours	souvent	parfois	jamais	NSP	RDR

1.	apprendre de bonnes habitudes alimentaires à ton enfant?				
2.	établir de bonnes habitudes de sommeil pour lui?				
3.	lui apprendre de bonnes habitudes d'hygiène personnelle? (note int :hygiène en général)				
4.	assurer sa sécurité?				
5.	lui apprendre à marcher?				
6.	l'aider à apprendre à parler?				
7.	lui apprendre à être propre? (note int :entraînement à la toilette)				
8.	lui enseigner à être à l'aise avec les autres?				
9.	lui apprendre à être séparé de sa mère?				
10.	comprendre ses besoins?				
11.	l'aider à apprendre à contrôler ses émotions?				
12.	lui apprendre à établir des relations avec d'autres adultes?				
13.	l'aider à apprendre les chiffres et les lettres?				
14.	gérer la période des «non» très fréquents?				
15.	décider des règles ou des limites à fixer pour ton enfant?				
16.	trouver une méthode de discipline avec laquelle tu es à l'aise?				
17.	d'évaluer jusqu'à quel point il a besoin de toi et jusqu'à quel point il a besoin d'être indépendant?				
18.	lui apprendre la différence entre ce qui est bien et ce qui est mal?				
19.	définir le rôle de chaque parent? (si sans conjoint =définir ton rôle de parent)				
20.	t'adapter à ton rôle de mère et au rôle de père de ton conjoint? (si père non présent dire seulement à ton rôle de mère)				
21.	gérer les pressions financières?				

Appendice D

Instrument: Sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental

SECTION B

SENTIMENT DE CONTRÔLE DANS L'EXERCICE DE RÔLE PARENTAL
 Koren, P.E., DeChillo, N., et Eriksen, B.L. (1992) Measuring empowerment in families whose Children Have Emotional Disabilities. A Brief Questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37, 30-32. («Family Empowerment Scale» - sous-échelle «famille»)

Instructions: Voici une série d'énoncés qui décrivent comment un parent peut se sentir par rapport à son enfant. Pour chaque énoncé, dis-moi à quel point l'énoncé correspond à ce que tu ressens.

1	2	3	4	5	8	9
pas du tout vrai	un peu vrai	moyennement vrai	presque tout à fait vrai	tout à fait vrai	NSP	RDR

1. Lorsque des problèmes se présentent avec ton enfant, tu sais assez bien comment t'y prendre.
2. Tu as confiance en ton habileté à aider ton enfant à grandir et à se développer.
3. Tu sais quoi faire lorsque des problèmes se présentent avec ton enfant.
4. Tu sens que ta vie familiale est sous contrôle.
5. Tu es capable d'obtenir l'information pouvant t'aider à mieux comprendre ton enfant.
6. Tu crois que tu peux résoudre les problèmes avec ton enfant lorsqu'ils se produisent.
7. Lorsque tu as besoin d'aide en raison de problèmes dans ta famille, tu es capable de demander de l'aide aux autres.
8. Tu fais des efforts pour apprendre de nouvelles façons d'aider ton enfant à grandir et à se développer.
9. Lorsque tu t'occupes de ton enfant, tu es capable de voir autant le côté positif que le côté négatif.
10. Quand tu rencontres un problème avec ton enfant, tu es capable de décider quoi faire et tu le fais.
11. Tu as une bonne compréhension des problèmes de ton enfant.
12. Tu sens que tu es un bon parent.