

Université de Montréal

**Grossesse à l'adolescence et consommation de substances psychoactives :
points de vue de jeunes mères sur leur expérience
de recherche d'aide et de recours aux services**

par

Sophie Collard

École de criminologie
Faculté des arts et sciences

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

Novembre 2017

© Sophie Collard, 2017

SOMMAIRE

La maternité amène ordinairement son lot de défis dans le parcours de vie des femmes devenant mères, mais, lorsqu'elle arrive à cette période charnière qu'est l'adolescence, les défis sont nécessairement plus grands. Défis reliés à la santé physique et psychologique, à la vie familiale, au parcours scolaire, à la situation économique et à l'insertion sociale, pour n'en nommer que quelques-uns, la vie des jeunes mères prend un tournant qui marquera le reste de leur existence, pour le meilleur ou pour le pire. Lorsque les jeunes adolescentes sont consommatrices de substances psychoactives, ce qui n'est pas rare à l'adolescence, on peut facilement faire le pari que leur situation de jeunes mères sera encore plus compliquée et qu'elles auraient d'autant plus besoin d'aide. La question est de savoir si ces jeunes mères vont vers les services d'aide et quels sont leurs points de vue face à ceux-ci : parviennent-elles à recevoir l'assistance et des services répondant à leurs besoins ?

À travers une douzaine d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de jeunes mères âgées de vingt ans et moins, le présent mémoire explore leurs points de vue concernant leur trajectoire de vie avant, pendant et après la grossesse, en mettant l'accent sur la recherche d'aide et le recours aux services y étant associés. Certaines des adolescentes rencontrées révèlent en outre, de leur point de vue, un parcours de consommation de substances psychoactives problématique alors que d'autres soutiennent avoir à peine expérimenté la consommation de drogues, quelles qu'elles soient. Par contre, une majorité d'entre elles rapportent un vécu de violence familiale et/ou conjugale marquant leur parcours, une dimension inattendue ressortie des entretiens.

Les résultats de ce mémoire présentent le point de vue de ces jeunes mères adolescentes principalement face à la recherche d'aide et de services. Celles-ci révèlent un besoin de se retrouver entre elles afin de briser l'isolement, de se sentir comprises et acceptées dans leur choix de vie. La peur du jugement est notamment présente et la recherche d'aide s'en voit affectée. Elles souhaitent avoir des ressources d'aide à proximité, et qui répondent simultanément à plusieurs besoins et à leur réalité de vie. Les jeunes mères vont vers les services d'aide dans le but d'améliorer leur qualité de vie, et surtout celle de leur enfant.

Mots clés : Maternité, grossesse précoce, adolescente, substances psychoactives, psychotropes, recherche d'aide et de services.

ABSTRACT

The maternity stage in a woman's life brings its load of challenges. This is even more so when maternity occurs during adolescence. The principal challenges facing adolescent mothers are : physical and mental fitness, a stable family environment, schooling, financial security, social integration. With the right or the wrong balance, the lives of young mothers can take a turn for the best or the worst, and often scarred for life. When you combine psychoactive substances use, which is sometimes common with female adolescents, it's fair to say that life will become even more complicated for these young mothers, and inevitably they will need help. At this stage, it is important to understand if these young mothers do go out and seek help through social programs and how do they perceive these: do they succeed in getting the help they require for their needs through social programs ?

The following thesis explores their point of view looking at their life paths before, during and after maternity through a dozen semi-structured interview consultations with young mothers aged 20 and below, and emphasizes on their quest for assistance and the resulting services available. Some of these young mothers revealed a history of psychoactive substances abuse, whereas others claimed that they only seldom or rarely consumed. However, a majority confessed that had experienced family and/or conjugal violence, a facet that was not expected out of these consultations.

Key Word : Motherhood, teen pregnancy, early parenthood, maternity, addiction, teen parent's life trajectories

REMERCIEMENTS

Je suis finalement arrivée à destination ! Ce n'est pas sans une certaine naïveté que j'ai entrepris ce périple. Son aboutissement n'aurait pas été possible si le temps et les efforts que j'y ai investis n'avaient été doublés de l'aide de toutes les personnes qui m'ont soutenue, sur différents plans, tout au long du trajet.

Il m'apparaît important d'adresser mes premiers remerciements à ma directrice Marie-Marthe Cousineau, professeure à l'École de criminologie, qui m'a continuellement encouragée et qui a toujours su me remonter le moral et me donner l'énergie pour poursuivre. Merci de m'avoir comprise, d'avoir su composer avec ma réalité et mes difficultés, d'avoir suivi mon rythme, même lorsqu'il ralentissait ! Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi.

Je souhaite aussi adresser des remerciements particuliers aux jeunes mères qui ont accepté de s'ouvrir et de partager leur vécu avec moi. Sans elles, ce projet n'aurait pas pu prendre vie. Chacune, à votre façon, vous m'avez touchée et inspirée par la force que vous déployez pour traverser les tempêtes, et par votre résilience.

Dans la même foulée, je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin au recrutement des participantes : L'Envolée des mères de Drummondville et L'Envol de Longueuil, qui m'ont accueillie chaleureusement dans leur milieu, le Centre de formation aux adultes de Terrebonne et mes collègues du Centre de réadaptation en dépendance.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance au Risq-aruc pour leur soutien financier, qui a facilité le recrutement d'une clientèle parfois difficile d'accès en plus de me permettre de m'offrir le luxe d'un soutien à la transcription. Cet encouragement financier a fortement contribué à l'aboutissement de ce beau projet.

Merci à mes amis qui ont toujours compris mes moments de non-disponibilité. Dans toute la durée de ce projet, dans ses longueurs, j'ai toujours senti que vous étiez derrière moi. Merci à mon amie Sophie Lussier pour son soutien dans les moments d'abattement et pour les pistes de solution dans ces périodes de découragement. Merci à mon amie Julie Fafard, qui m'a inspirée à poursuivre ma route et à ne jamais lâcher.

Un merci tout spécial à ma famille et tout particulièrement à mes parents, qui m'ont toujours soutenue, notamment en me permettant de rédiger dans la tranquillité et le confort du domicile familial. Vos petites attentions dans ces moments m'ont grandement aidée et encouragée. Vous avez été continuellement derrière moi, sans l'ombre d'un doute. Merci de m'avoir offert les conditions gagnantes pour faire avancer ma rédaction.

Enfin, il n'y a pas de mot assez fort pour exprimer ma gratitude envers mes enfants et mon conjoint, qui m'ont toujours soutenue dans cette grande aventure. Mes enfants ont grandi avec ce projet et ils sont partie prenante de cet accomplissement. Merci, Livia et Édouard, d'avoir compris mes moments d'absence les fins de semaine, les soirs de semaine ou encore pendant les longs séjours de rédaction. Je vous aime tellement. Je conclus ces remerciements avec un mot pour toi, mon complice, mon amoureux, mon ami, l'homme avec qui je partage ma vie depuis plus de dix-sept ans déjà. Merci de m'avoir permis d'actualiser ce projet. Sans toi, sans ton soutien, ton ouverture et tes encouragements, je n'y serais pas arrivée. Ce fut un long parcours, mais je suis enfin arrivée à destination. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
ABSTRACT.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES SIGLES.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS.....	3
Quand adolescence, maternité et consommation de substances psychoactives se rencontrent.....	3
1.1 L'adolescence.....	3
1.1.1 Consommation de substances psychoactives (SPA).....	5
1.1.1.1 La prévalence de la consommation des SPA chez les adolescents québécois.....	7
1.1.1.2 Les facteurs de risque et les conséquences de la consommation des SPA.....	8
1.1.2 Grossesse à l'adolescence.....	10
1.1.2.1 Prévalence des grossesses adolescentes au Québec.....	10
1.1.2.2 Facteurs de risque et facteurs de protection.....	12
1.1.2.3 Les conséquences possibles d'une grossesse précoce.....	13
1.1.2.3.1 Les conséquences pour la mère.....	13
1.1.2.3.2 Les conséquences sur l'enfant.....	15
1.1.2.3.3 Des conséquences positives.....	16
1.1.2.3.4 L'impact de la grossesse sur la trajectoire de vie.....	18
1.2 Les services pour jeunes mères adolescentes au Québec.....	21
1.2.1 Des services pour jeunes mères ayant une problématique de dépendance.....	21
1.2.2 Les obstacles à la recherche d'aide.....	24
1.2.3 Un aperçu des meilleures pratiques.....	25
1.2.3.1 Les interventions brèves.....	27
1.2.3.2 Une pratique de proximité et de liaison.....	27
1.2.3.3 Une stratégie de soins intensifs.....	28
1.2.3.4 Le soutien holistique.....	28
1.2.3.5 L'approche systémique impliquant famille et l'entourage.....	29
1.2.3.6 Des éléments gagnants.....	30

1.3	Problématique.....	31
1.4	Cadre théorique.....	34
1.4.1	L'interactionnisme symbolique.....	34
1.4.2	La théorie des parcours de vie.....	35
CHAPITRE 2 : Méthodologie		37
2.1	Objectif général et objectifs spécifiques de l'étude.....	37
2.2	Justification du choix de la méthodologie.....	38
2.3	La grille d'entrevue.....	40
2.4	La collecte des données.....	41
2.4.1	Stratégies de prise de contact.....	41
2.4.2	Le déroulement des entrevues.....	44
2.5	Le portait de l'échantillon.....	46
2.6	Stratégies d'analyse.....	53
2.7	Considérations éthiques.....	54
2.8	Les limites de l'étude.....	55
CHAPITRE 3 : Résultats		57
	L'expérience des jeunes mères de leurs points de vue.....	57
3.1	Trajectoire de consommation des jeunes mères.....	58
3.1.1	La consommation avant la grossesse.....	58
3.1.2	La consommation pendant la grossesse.....	62
3.1.3	La consommation après la venue de l'enfant.....	64
3.1.4	En somme.....	67
3.2	Des difficultés familiales au cœur du parcours de vie.....	67
3.2.1	L'absence de lien significatif avec le père.....	68
3.2.2	Des relations souvent difficiles avec la mère.....	69
3.2.3	Des responsabilités dès le jeune âge.....	72
3.2.4	L'intervention de la Direction de la protection de la jeunesse.....	73
3.2.5	En somme.....	75
3.3	Le parcours scolaire autour de la grossesse.....	76
3.3.1	Le parcours scolaire avant la grossesse.....	76
3.3.2	Impact de la grossesse sur le parcours scolaire.....	79
3.3.3	Les projets de vie après la grossesse.....	80
3.4	Un parcours parsemé de violence.....	81
3.4.1	La violence familiale.....	82
3.4.2	La violence conjugale.....	85
3.4.3	En somme.....	89
3.5	La maternité comme point tournant dans la trajectoire de vie.....	90

3.6 La trajectoire de recherche d'aide et de recours aux services.....	93
3.6.1 Les besoins des jeunes mères	95
3.6.1.1 Les besoins de base.....	95
3.6.1.2 Le besoin de sécurité	96
3.6.1.3 Le besoin d'appartenance	99
3.6.1.4 Le besoin d'estime de soi	101
3.6.1.5 Le besoin de réalisation	103
3.6.2 Obstacles et conditions favorables dans la recherche d'aide et recours aux services	104
3.6.2.1 Les difficultés rencontrées dans la recherche d'aide	104
3.6.2.2 Et des facilitateurs.....	107
3.6.3 En somme	111
CHAPITRE 4 : Discussion	113
4.1 Le parcours des jeunes mères avant la maternité.....	113
4.1.1 Des relations familiales difficiles	114
4.1.2 Un vécu de violence dans la famille, point tournant dans leur parcours	116
4.1.3 La consommation de substances psychoactives	117
4.1.4 Le rôle de la maternité dans la trajectoire de consommation la recherche d'aide et de services	121
4.1.5 En somme	122
4.2 La perception que les jeunes mères ont d'elles d'elles-mêmes	124
4.3 Ce qui amène les jeunes mères à chercher de l'aide	124
4.4 Ce que cherchent les jeunes filles et ce qu'elles trouvent.....	125
4.5 Les recommandations	126
CONCLUSION.....	129
RÉFÉRENCES.....	135
ANNEXE 1 : Présentation du projet de recherche aux milieux.....	ix
ANNEXE 3 : Canevas de présentation s'adressant aux intervenants pour le recrutement des participantes	xii
ANNEXE 3 : Grille d'entrevue semi-directive.....	xii
ANNEXE 4 : Fiche signalétique.....	xiv
ANNEXE 5 : Formulaire de consentement.....	xv
ANNEXE 6 : Certificat d'éthique.....	xviii

LISTE DES SIGLES

CAVAC : Centre d'aide aux victimes d'acte criminel

CRD : Centre de réadaptation en dépendance

CHUM : Centre hospitalier universitaire de Montréal

CISSS : Centre intégré de santé et services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et services sociaux

DEP : Diplôme d'études professionnelles

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

OLO : Œuf-Lait-Orange

RISQ-ARUC : Recherches et intervention sur les substances psychoactives Québec Alliance de recherche universités-communautés

RQAP : Régime québécois d'aide parentale

SCP : Société canadienne de pédiatrie

SPA : Substance psychoactive

SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

INTRODUCTION

La grossesse à l'adolescence soulève des préoccupations dans les milieux d'intervention médicale et psychosociale tout autant que dans la société en général, considérant les risques y étant associés tant pour l'enfant que pour la mère. En réponse à ces préoccupations, le gouvernement du Québec a révisé la politique périnatale 2008-2018 qui tient compte des parents en contexte de vulnérabilité, visant entre autres à prévenir la grossesse à l'adolescence et à offrir un soutien adapté aux jeunes parents.

Il est reconnu que les préoccupations liées à une grossesse à l'adolescence s'amplifient lorsque les jeunes mères en devenir consomment de l'alcool ou des drogues. La consommation de substances psychoactives (SPA) par les adolescents est plus généralement jugée préoccupante, considérant qu'elle arrive à une période critique du développement, qu'elle débute précocement et qu'elle tendrait, dans bien des cas, à s'intensifier avec l'âge. Les préoccupations suscitées par ces deux situations, grossesse et consommation de SPA à l'adolescence, portées au rang de problèmes sociaux, justifient l'importance de s'y attarder, encore plus lorsqu'elles se combinent.

Devenir parent est exigeant, devenir parent à l'adolescence l'est encore davantage et lorsque s'y ajoute une consommation de SPA, l'adolescente mère en devenir et subséquemment mère s'expose à devoir relever des défis supplémentaires dans la traversée de sa période d'adolescence souvent déjà fort turbulente. Dans ces circonstances, il est plus que probable que les jeunes mères aient besoin d'aide et de services. Or, la peur concernant la façon d'être reçue, jugée, voire moralisée peut influencer la recherche d'aide et le recours aux services. Comment les jeunes filles vivant une telle situation envisagent-elles la recherche d'aide et le recours aux services ? À qui s'adressent-elles ? Sont-elles satisfaites des résultats de leur quête ? Voici des questions auxquelles ce mémoire veut répondre, en s'intéressant plus spécialement au point de vue des principales concernées : des jeunes filles vivant une telle situation.

Ce mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre présente une recension des écrits qui aborde l'adolescence et ses enjeux associés à la consommation de substances psychoactives, à la prise de risques, et plus spécialement celle liée aux relations sexuelles et à la grossesse pouvant en découler, à la grossesse précoce et à ses conséquences, notamment liées à la consommation de SPA. Il débouche sur la présentation de la problématique et l'exposé du cadre théorique retenu pour en traiter. Le deuxième chapitre décrit la méthodologie qui a été mise à profit pour la réalisation de l'étude menée. Il y est question des objectifs de l'étude, de la justification du choix de l'approche qualitative privilégiée, des conditions entourant la cueillette de données, de la composition de l'échantillon, de la stratégie d'analyse, et des limites de l'étude. Le troisième chapitre présente le résultat des entrevues réalisées auprès de douze jeunes adolescentes récemment devenues mères. Il y est question 1) des difficultés vécues par les jeunes mères tout au long de leur parcours de vie, et plus spécialement autour de la maternité ; 2) des parcours académiques souvent entravés, au moins temporairement, par la grossesse ; 3) de l'histoire de leur consommation de substances psychoactives ; 4) d'un parcours parsemé de violence ; 5) de la maternité comme point tournant dans la trajectoire de vie; et finalement 6) des stratégies de recherche d'aide et de recours aux services déployées et de leur effet du point de vue des jeunes mères rencontrées. Un quatrième chapitre est consacré à la discussion des résultats et des recommandations qu'on peut tirer des récits obtenus des jeunes filles rencontrées. La conclusion constitue le cinquième chapitre qui insiste sur les leçons qu'on doit tirer des résultats obtenus et ouvre sur les avenues qui devraient être approfondies par ceux et celles qui s'intéressent au vécu des jeunes mères adolescentes, et plus spécialement à celles qui combinent grossesse puis maternité et consommation de SPA.

CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS

Quand adolescence, maternité et consommation de substances psychoactives se rencontrent

Soutenu par des recherches empiriques, ce chapitre fait état du phénomène de la grossesse à l'adolescence, des comportements à risque s'y rattachant, ainsi que des défis liés à la recherche d'aide et au recours aux services. Bien que ce mémoire ne s'intéresse pas directement aux facteurs associés à une grossesse précoce, il est apparu pertinent de faire état des connaissances développées à ce sujet afin de mieux comprendre la trajectoire des adolescentes aboutissant à une grossesse et, par le fait même, mieux orienter l'analyse. Plusieurs études portant sur la grossesse à l'adolescence ont été recensées, mais très peu s'intéressaient à la recherche d'aide et au recours aux services des jeunes mères de moins de vingt ans. Une attention particulière a été portée aux recherches réalisées au Québec, considérant qu'il est question de la recherche d'aide et de services d'une population de jeunes Québécoises, sans pour autant ignorer les études américaines et européennes pouvant inspirer de bonnes pratiques.

Tout d'abord, ce chapitre présente une recension ciblée des écrits portant sur les éléments caractérisant la période de l'adolescence, la consommation de psychotropes, et les comportements sexuels à risque à cette période charnière du développement de la personne. Un état des connaissances portant sur les services s'adressant aux jeunes mères adolescentes suit, mettant l'accent sur les services s'adressant aux jeunes mères ayant une consommation de SPA, les obstacles à la recherche d'aide ainsi que les meilleures pratiques identifiées. Cet exposé des travaux antérieurement réalisés conduit à la présentation de la problématique et du cadre théorique qui encadrent cette étude.

1.1 L'adolescence

Il est courant de référer à l'adolescence comme allant de soi ; une période de la vie donnée d'emblée. Or, si cette période de l'adolescence semble clairement circonscrite pour certains, cette notion, lorsqu'on cherche à la creuser, paraît beaucoup plus complexe qu'on l'imagine a priori. De fait, les définitions ou présentations de cette période de la vie varient considérablement, dépendant, entre autres, de la perspective dans laquelle on se situe : biologique, psychologique ou sociologique (Cloutier et Drapeau, 2008).

Dans l'encyclopédie Larousse, l'adolescence est définie, assez vaguement, comme « *une période de l'évolution de l'individu, conduisant de l'enfance à l'âge adulte* ». L'OMS (2014) la définit comme étant « *la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte (plus précisément) entre les âges de 10 à 19 ans* ». L'OMS précise : « *Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements* ». Sacks (2003) pour l'Association canadienne de pédiatrie, tout comme l'OMS, situe la période de l'adolescence entre dix et dix-neuf ans. Le début de cette période est marqué par des changements physiologiques associés au début de la période de la puberté. Ces changements vont se poursuivre jusqu'à la formation complète de l'individu correspondant à l'entrée de la personne dans l'âge adulte, précise l'auteur. Globalement, les chercheurs constatent que le début de l'adolescence apparaît aujourd'hui plus tôt qu'aux siècles précédents, et se termine plus tardivement.

L'adolescence constitue donc une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte caractérisée par le développement sexuel, une recherche d'identité personnelle et une distanciation du noyau familial résumant Atkinson, Atkinson, Smith et Bem (1994). Ces auteurs parlent d'une *crise* qui se manifeste par des bouleversements et est ponctuée d'une forte opposition aux modèles parentaux, scolaires et institutionnels. De leur côté, Cloutier et Drapeau (2008) parlent de *stade intermédiaire*, qui permet à l'adolescent de faire des expériences, d'explorer et de réfléchir à ses choix futurs et rapportent qu'il importe de tenir compte de la diversité des trajectoires adolescentes, faisant ressortir que si l'adolescence est souvent perçue comme une étape de crise, ce n'est finalement qu'une minorité des adolescents qui éprouveront des difficultés importantes durant cette période.

Weinberger Elveg, et Giedd (2005) soulignent l'importance que les adolescents soient guidés par un adulte lors de prises de décisions importantes considérant que leur cerveau n'a pas atteint son niveau de maturité, les amenant ainsi à faire des choix impulsifs :

La recherche scientifique sur le cerveau des adolescents a mis en lumière que le développement du cortex préfrontal, le siège du raisonnement qui nous aide à penser avant d'agir, n'atteint pas sa maturité avant l'âge adulte et même au-delà. L'ensemble de ces facteurs fait en sorte que les adolescents sont plus portés à agir de façon impulsive ou à s'engager dans des comportements à risque (Institut de la statistique du Québec, 2014 : 210).

C'est donc à cette période que peuvent survenir des comportements à risque, en particulier la consommation de substances psychotropes et les relations sexuelles non protégées, qui sont plus spécialement d'intérêt dans le cadre de ce mémoire.

1.1.1 Consommation de substances psychoactives (SPA)

Il importe de débiter cette section par la définition de ce qu'est un psychotrope ou substance psychoactive (SPA), nomenclature utilisée indistinctement dans ce mémoire, afin de préciser ce dont on parle. La définition retenue est celle donnée par Ben Amar (2015 : 20) indiquant qu'« *un psychotrope ou une substance psychoactive est un produit qui agit sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. Il peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques* ». Lorsqu'on parle de psychotropes ou SPA, dans le cadre du présent mémoire, il peut s'agir autant d'alcool que de drogues illicites (cannabis, cocaïne, amphétamines, ecstasy, etc.).

Comme pour les intervenants, il apparaît ici pertinent d'avoir un langage commun concernant la typologie de consommateurs et, pour ce faire, de préciser la terminologie utilisée dans ce mémoire. La typologie utilisée provient de l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES) de 2013 (Traoré, Pica, Camirand, Cazale, Berthelot, Plante, 2014), qui, elle, s'est inspirée de la grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) développée par le RISQ, laquelle identifie cinq catégories de consommateurs¹ qui se définissent comme suit :

- *abstinents* : personnes qui n'ont jamais consommé ;
- *expérimentateurs* : personnes qui ont consommé juste une fois, pour essayer ;
- *occasionnels* : personnes qui ont consommé a) moins d'une fois par mois (à l'occasion), ou b) environ une fois par mois ;
- *réguliers* : personnes qui ont consommé a) la fin de semaine ou une ou deux fois par semaine, ou b) trois fois et plus par semaine, mais pas tous les jours ;
- *quotidiens* : personnes qui ont consommé tous les jours.

L'ETADJES a résumé cette typologie basée sur la fréquence de consommation en trois catégories qui qualifient en quelque sorte ce dont il est question. Celle-ci s'établit ainsi (ISQ, 2013 : 82) :

¹ La période de référence pour établir la fréquence de consommation correspond aux douze derniers mois avant la tenue de l'enquête

- *aucune consommation* : regroupe les élèves qui n'ont jamais consommé ou qui ne l'ont pas fait au cours d'une période de 12 mois précédant le sondage. Cette catégorie correspond aux abstinents de la typologie à cinq catégories ;
- *consommation à faible fréquence* : comprend les élèves qui, au cours d'une période de 12 mois, ont consommé a) juste une fois pour essayer; b) moins d'une fois par mois (à l'occasion) ; ou c) environ une fois par mois. Cette catégorie regroupe les expérimentateurs et les consommateurs occasionnels de la typologie à cinq catégories ;
- *consommation à fréquence élevée* : comprend les élèves qui, au cours d'une période de 12 mois, ont consommé a) la fin de semaine ou une ou deux fois par semaine; b) trois fois et plus par semaine, mais pas tous les jours, ou c) tous les jours. Cette catégorie regroupe les consommateurs réguliers et les consommateurs quotidiens de la typologie à cinq catégories.

C'est cette dernière typologie qui sera utilisée tout au long de ce mémoire, permettant ainsi d'avoir le même cadre de référence pour qualifier la fréquence de consommation des jeunes.

La consommation de SPA chez les jeunes n'est pas un phénomène récent. Il s'avère néanmoins encore très présent et préoccupant. Les problèmes de consommation de psychotropes chez les adolescents inquiètent en raison de leur précocité, de leur survenance à une période charnière du développement humain, et des nombreuses conséquences y étant associées comme la violence, le suicide, les relations sexuelles à risque, le décrochage scolaire voire social (Bertrand, Beaumont, Durand et Massicotte, 2006; Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et la toxicomanie, 2007; Cloutier, 2008). L'Institut de la statistique du Québec (2013 :1) a d'autres préoccupations qui ont trait à la répercussion des problèmes liés à la consommation de SPA développés à l'adolescence l'âge adulte :

Plusieurs études indiquent qu'une initiation précoce à l'usage de substances psychoactives telles que le tabac, l'alcool ou le cannabis favoriserait leur usage ultérieur et la dépendance à l'âge adulte, et également l'adoption d'autres comportements à risque pour la santé.

Mais, avant de parler des conséquences de la consommation de SPA, il s'avère pertinent de faire un bref bilan de sa prévalence chez les adolescents.

1.1.1.1 La prévalence de la consommation des SPA chez les adolescents québécois

L'enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire de 2013 permet de dresser un portrait statistique de l'usage de la consommation de SPA de ces jeunes au cours des douze mois précédant l'enquête, et ce, depuis les quinze dernières années, soit depuis 1998.

La dernière enquête précédant celle de 2013 date de 2008 alors que les précédentes étaient réalisées tous les deux ans. L'enquête, faite en 2013, a été réalisée auprès de cinq milles étudiants québécois, fréquentant les établissements scolaires de secondaire 1 à 5. Il ressort de cette enquête que les proportions de consommateurs de SPA parmi les adolescentes auraient diminuée de façon significative passant de 41% en 1998, à 27% en 2008, et, à 22,5% en 2013 pour la consommation de drogues illicites (toutes drogues confondues) et successivement de 70,8% à 58,4% à 55,8% pour la consommation d'alcool. La proportion de consommateurs d'alcool chez les filles était plus élevée que chez les garçons (61,1% vs 58,4%) en 2008, alors qu'en 2013, celle-ci se maintient chez les garçons (57,8%), mais a diminué significativement chez les filles (55,8%). Ainsi, en 2013, la proportion des filles qui ont consommé alcool et drogue au cours de la dernière année précédant l'enquête rejoint la proportion des garçons faisant de même. Le tableau qui suit présente l'évolution de la consommation d'alcool et de drogues illicites chez les filles âgées de dix-huit et moins, pour une période de quinze ans.

	1998	2008	2013
Alcool	70,8%	58,4%	55,8%
Drogues	41,0%	26,7%	22,5%

L'enquête de l'institut de la statistique du Québec (ISQ, 2014) révèle aussi que 9% des filles ont consommé de l'alcool à une fréquence élevée au cours des douze mois précédant l'enquête, la majorité d'entre elles étant âgées de 15 à 17 ans. Enfin, 15,5% des filles qui ont consommé de l'alcool durant l'année précédant l'enquête révèlent avoir consommé de façon excessive et répétitive². Ceci étant, les filles montrent une consommation excessive d'alcool, de tabac et de drogues illicites comparable à celle des garçons au cours des dernières années (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, 2007).

² Consommation excessive et répétitive : le fait d'avoir pris cinq consommations standards ou plus lors d'une même occasion et le fait d'avoir eu ce comportement au moins cinq fois dans la dernière année. (ETADJES, 2013).

La consommation excessive et répétitive d'alcool est jugée préoccupante chez les jeunes de 5^e secondaire, touchant 30% d'entre eux, et il n'y aurait pas de différence significative selon le sexe; fait nouveau en 2013. La consommation d'alcool est aussi préoccupante chez les femmes âgées entre 18 et 24 ans, non seulement parce qu'elle ne concernerait pas moins de 88,5% des femmes de ce groupe d'âge, mais aussi parce que la consommation excessive de celles-ci augmenterait sensiblement chaque année entre 2000 et 2007 passant de 19,6% à 34,4% (April, Ouimet, Venne, Gagnon et Hein, 2011).

Cette augmentation a aussi été soulignée dans le portrait de la consommation d'alcool au Québec de 2000 à 2015 dressé par April, Bégin, Hamel et Morin (2016). Cependant, dans ce rapport, la consommation excessive chez les 12-17 ans tend à diminuer au cours des cinq dernières années.

En ce qui a trait aux drogues, la substance la plus consommée chez les jeunes s'avère être le cannabis pour 23% des jeunes sondés. Dans ce cas, les garçons consommateurs affichent une proportion un peu plus élevée que les filles (24,5% vs 21,3%). L'enquête montre que 7% des filles qui ont consommé du cannabis au cours des douze mois précédant l'enquête (soit 21,3%) consomment à une fréquence élevée (proportion comparable à celle de 2008). Les substances qui sont les plus consommées par les filles sont l'ecstasy (4,3%) et les amphétamines ou méthamphétamines (4,7%). Ces proportions ont significativement diminué depuis 2004 alors qu'elles étaient de 6,6% pour l'ecstasy et de 11,0% pour les amphétamines ou méthamphétamines. Néanmoins, plus elles avancent en âge, plus la proportion des consommatrices augmente tout comme la fréquence de leur consommation (ISQ, 2014).

1.1.1.2 Les facteurs de risque et les conséquences de la consommation des SPA

Tout d'abord, il importe de mentionner que la consommation de SPA par les adolescents amène des conséquences négatives sur leur développement psychologique et interagit sur les étapes normales du développement (Ridenour, Cottler, Robins, Compton, Spitznagel et Cunningham-William, 2002). C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est recommandé d'être abstinent ou d'avoir une consommation occasionnelle et sans abus à l'adolescence (Chauvet, Kamgang, Ngui, Fleury, 2015). La précocité de consommation, facteur de risque important menant à une problématique de consommation à l'âge adulte (CCLAT, 2007), est associée à l'apparition de divers problèmes tels des difficultés académiques, voire le décrochage scolaire, la commission de délits et l'adoption de comportements sexuels à risque (CCLAT, 2007; Gauthier, Bertrand et Nolin, 2010), qui seront vus plus loin.

Les auteurs associent différents facteurs de risque à la consommation, dont les expériences de victimisations passées, l'échec scolaire, la consommation dans la famille, la fréquentation de pairs consommateurs, un conjoint consommateur, des déficits personnels et autres motifs pour expliquer l'initiation et la progression dans les trajectoires de consommation et/ou de délinquance (Bernard et Le Blanc, 2002; Brunelle, Brochu et Cousineau, 2005; Bertrand et Nadeau, 2006; Fergusson, Boden et Horwood, 2008; Lanctôt, Peck, Vida et Eccles, 2008).

La cooccurrence de la consommation et de la violence au sein de la cellule familiale entraînerait une augmentation du rythme de consommation d'alcool et de drogues et des comportements violents chez les filles, alors que chez les garçons ces facteurs de risque influenceraient seulement la consommation de drogues et l'adoption de comportements violents (Chermack, Stoltenberg, Fuller et Blow, 2000).

Il est connu que la consommation de substances psychoactives est courante à l'adolescence et qu'un cumul de facteurs de risque augmente les probabilités de consommer ou d'abuser de ces substances, Fergusson et coll. (2008) en ont fait état dans les résultats de leur étude. Les facteurs de risque à l'adolescence sont individuels, interpersonnels ou contextuels, ces catégories n'étant pas mutuellement exclusives. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (2007) fait état de ces différents facteurs de risque résumés au tableau 1.

Tableau 1 Les facteurs de risque d'une consommation à l'adolescence

Facteurs individuels	Facteurs interpersonnels	Facteurs contextuels
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Âge ➤ Sexe ➤ Impulsivité ➤ Troubles de comportement ➤ Recherche de sensations fortes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Famille : manque de lien affectif, mauvaises pratiques parentales, surveillance inadéquate, violence, conflits, consommation, attitude laxiste des parents ➤ Pairs : pairs consommateurs. ➤ École : échecs dès le primaire, manque d'engagement face à l'école et lien affectif faible face aux enseignants et aux autres étudiants. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accessibilité du produit. ➤ Faible coût du produit

L'adolescence amène globalement les jeunes à agir de façon impulsive et à avoir des comportements à risque, notamment dans leurs rapports sexuels. L'étude québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 (ISQ, 2012) ainsi que l'étude de McGuire, Wang et Zhang (2012) montrent que la précocité des relations sexuelles est plus présente chez les adolescentes consommatrices de SPA, pouvant conduire à des grossesses non planifiées à l'adolescence.

1.1.2 Grossesse à l'adolescence

Les instances de santé publique agissant au Québec portent un grand intérêt à la grossesse à l'adolescence considérant les conséquences possibles qui y sont associées pour la mère et pour l'enfant. Selon l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 95 % des mères âgées de moins de 20 ans ont abandonné l'école avant d'avoir complété leur secondaire 5, ont un faible revenu (sans emploi ou précarité d'emploi), n'habitent pas avec le père biologique de l'enfant et ont eu au moins deux troubles de la conduite pendant l'enfance ou l'adolescence (données citées dans la Politique de périnatalité, 2008-2018). Les recherches mentionnent que les adolescentes mères risquent de vivre dans des conditions moins favorables que les femmes qui ont eu leur enfant après l'âge de vingt ans (Corcoran, 1998; Al-Sahab, 2012; Sellenet et Portier-Le Cocq, 2013).

Malgré une diminution significative des grossesses précoces depuis les vingt dernières années, la grossesse à l'adolescence suscite beaucoup de préoccupations, de jugements et est souvent perçue comme un problème social. Il n'est pas question dans cette partie de déterminer si la grossesse précoce est un problème social ou non. Il s'agit seulement d'établir la prévalence des grossesses à l'adolescence, les facteurs de risque et de protection qui y sont associés, les conséquences possibles, ainsi que l'impact de cette grossesse sur la trajectoire de vie des adolescentes, en référant aux études qui en ont traité, sans porter de jugement sur la vie des adolescentes vivant une telle situation.

1.1.2.1 Prévalence des grossesses adolescentes au Québec

Au Québec, les grossesses survenues à l'adolescence sont à la baisse de façon significative depuis les années 1990. Néanmoins, les grossesses précoces, c'est-à-dire avant l'âge de vingt ans (MSSS, 2004, 2008), demeurent une préoccupation considérant les conséquences qui y sont associées pour la mère ainsi que pour l'enfant (éléments qui seront abordés plus bas). D'ailleurs, un des objectifs de la Politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS, 2008) demeure de

diminuer le nombre de grossesses précoces à l'adolescence, et ce, malgré la diminution remarquée au cours des dernières années.

Lorsqu'on parle de grossesses, on parle de naissances vivantes, d'interruptions volontaires de la grossesse (IVG) et d'avortements spontanés. Le tableau qui suit présente la prévalence de chacune de ces situations en 2008, dernière année pour laquelle les chiffres sont publiquement disponibles, pour les jeunes filles de 14 à 17 ans et de 18 et 19 ans.

Taux de grossesses en 2008 au Québec chez les 14-17 ans et les 18-19 ans³

Âge \ Taux*	Naissances	IVG	Avortements spontanés	Grossesses totales
14-17	3,1	10,0	0,3	13,4
18-19	19,3	32,6	1,7	53,5

*Taux pour 1000 naissances en 2008

En 2008, on dénombrait 13,4 grossesses, toutes catégories confondues, pour 1000 jeunes filles de 14 à 17 ans au Québec au cours de l'année (Statistique Canada, 2011). De celles-ci, il y a eu 3,1/1000 naissances vivantes. La distribution fait un bond important pour les jeunes filles de 18 et 19 ans, s'établissant à 53,5 grossesses/1000 jeunes filles de cet âge, toutes catégories confondues, et 19,3/1000 naissances vivantes. Au Canada, une baisse significative des grossesses chez les adolescentes âgées de moins de 19 ans a toutefois été remarquée entre 1995 et 2005 (Statistique Canada, 2009 *in* ma sexualité.ca. Le Québec fait partie des provinces ayant un taux de grossesses à l'adolescence plus élevé à l'échelle nationale, mais enregistre aussi une baisse, de 10%, du taux combiné de naissances/avortements chez les filles âgées de 15 à 19 ans de 1995 à 2005, tout de même la baisse la plus faible, comparativement aux autres provinces. Enfin, toujours selon Statistique Canada (2011), le Canada afficherait un taux de grossesses et d'avortements plus faible qu'aux États-Unis et en Angleterre/Royaume-Uni pour ces tranches d'âge.

Ces données montrent clairement une baisse des taux de grossesse à l'adolescence et la raison de ces baisses pourrait être attribuée à différents facteurs comme : le fait que davantage d'adolescentes poursuivent leurs études avant de fonder une famille et la contribution des programmes de prévention incluant la contraception (ma sexualité.ca). Aucune donnée empirique n'appuie toutefois les explications associées à la baisse du taux de grossesse à l'adolescence constatée. Aussi, il faut bien voir que les données trouvées datent déjà de près d'une dizaine

³ Source: Santé et Services sociaux du Québec. Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe, 2011
<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques>

d'années. Reste à savoir si la tendance s'est depuis maintenue. Et quoi qu'il en soit, il est plausible d'avancer qu'on trouve, encore aujourd'hui, un nombre important de grossesses à l'adolescence.

1.1.2.2 Facteurs de risque et facteurs de protection

Plusieurs études concernant les facteurs de risque et de protection sont répertoriées en lien avec une grossesse précoce. Les facteurs de risque se définissent comme étant des événements, des conditions ou des expériences augmentant les probabilités d'apparition, de maintien ou d'aggravation d'un problème (Connolly, Heifetz et Bohr, 2012). Les facteurs de protection, quant à eux, font référence aux caractéristiques individuelles ou environnementales diminuant les risques d'apparition ou d'aggravation d'un problème (Connolly, Heifetz et Bohr, 2012). Bien qu'il ne soit pas question d'étudier directement les causes de la grossesse à l'adolescence, il apparaît pertinent d'aborder les facteurs de risque et de protection pouvant avoir un lien avec l'objet d'étude qui est, rappelons-le, plus spécifiquement l'expérience des jeunes mères face à la recherche d'aide et au recours aux services. Les facteurs conduisant à une grossesse précoce peuvent en effet aider à comprendre l'expérience des jeunes mères dans les services. Ceux les plus souvent relevés dans la littérature seront abordés dans les paragraphes qui suivent.

Tout d'abord, plusieurs études s'entendent sur le fait qu'une sexualité précoce est une caractéristique commune chez les mères adolescentes (Sipsma, Ickovics, Lewis, Ethier et Kershaw, 2011; Connolly et coll., 2012; Wendland et Levandowski, 2014). La méta-analyse de Connolly et coll. (2012) supporte les propos rapportés dans la section précédente concernant les comportements sexuels des adolescents, à savoir que les jeunes ayant une sexualité précoce ont davantage de comportements à risque augmentant, pour les filles, les probabilités de vivre une grossesse non planifiée.

La consommation d'alcool ou de drogues est aussi un facteur de risque couramment cité dans les études traitant de la sexualité des jeunes. Les jeunes qui font usage d'alcool et/ou de drogues auraient davantage de comportements sexuels à risque (McGuire et coll., 2012; Tucker, Ryan, Golinelli, Ewing, Wenzel, Kennedy, Green et Zhou, 2012; Wendland et Levandowski, 2014).

D'autres facteurs de risque liés à une grossesse précoce tels les comportements déviants, les difficultés familiales, la pauvreté, les difficultés scolaires ainsi que des abus sexuels et physiques vécus ressortent de plusieurs études (Boden et coll., 2007; Sipsma et coll., 2011; Connolly et coll., 2012; Madigan, Wade, Tarabulsky, Jenkins et Shouldice, 2014; Wendland et Levandowski, 2014).

À l'inverse, les jeunes ayant des buts, une bonne estime de soi, un milieu familial stable, ouverts et ayant des attitudes positives ainsi qu'un réseau de soutien supportant seraient davantage « protégés » d'une grossesse à l'adolescence (Charbonneau, 2003; Connolly et coll., 2012). Il s'agit là des principaux facteurs de protection trouvés dans les écrits recensés.

Globalement, les chercheurs s'entendent pour dire que c'est plus vraisemblablement un ensemble de facteurs de risque, parfois atténués, mais pas complètement neutralisés par des facteurs de protection, qui prédisposent les jeunes à une grossesse précoce et non pas la présence d'un seul facteur, comme ce peut être le cas pour la consommation et l'abus de SPA.

1.1.2.3 Les conséquences possibles d'une grossesse précoce

Les conséquences d'une grossesse précoce recensées dans la littérature sont essentiellement considérées comme étant négatives pour la mère et son enfant. Néanmoins, certaines recherches concluent autrement, montrant que la parentalité précoce peut amener aussi des conséquences positives. Après avoir abordé les conséquences négatives associées à la grossesse à l'adolescence, celles positives, un aspect méconnu pour ce que l'on en sait, seront présentées.

1.1.2.3.1 Les conséquences pour la mère

Plusieurs recherches montrent qu'il y a des conséquences importantes pour la mère lorsqu'une grossesse survient avant l'âge de vingt ans. Des conséquences sur le plan de la santé physique, économique et psychosociale sont constatées.

En ce qui a trait à la santé physique de la mère, certaines complications médicales comme un faible gain de poids, de l'anémie, de l'hypertension et des complications lors de l'accouchement sont remarquées chez les jeunes mères par Pinzon et Jones (2012). Ces auteurs rapportent que ces conséquences peuvent être attribuées au manque de soins prénataux causé par la pauvreté, une scolarisation défailante et le soutien inadéquat de la famille d'origine. Il importe

de souligner ici que la consommation de SPA lors de la grossesse augmenterait les complications médicales possibles pour les femmes enceintes, qu'elles soient mineures ou non (Finnegan, 2013).

Bien que les impacts des conditions de vie des mères adolescentes soient très présents dans les écrits scientifiques en lien avec une grossesse précoce, Goulet, Marcil et Kamdom (2001) citent des recherches qui tendent à montrer le contraire.

Ainsi, dans leur étude réalisée auprès de mères adolescentes juives et musulmanes âgées de moins de dix-neuf ans, sur l'issue de la grossesse (sans la présence des facteurs contributifs souvent relevés, soit la consommation d'alcool et de drogues, le manque de suivi médical et la pauvreté), Geist, Beyth, Shashar, Beller et Samueloff (2006) soutiennent qu'il n'y a pas de différences significatives entre l'issue d'une grossesse pour les adolescentes et pour des femmes de plus de vingt ans, mis à part l'anémie plus souvent présente chez les jeunes mères. Geist et coll. (2006) attribuent, pour leur part, les conséquences marquant l'issue d'une grossesse aux soins médicaux apportés à la femme plutôt qu'à l'âge de celle-ci.

De leur côté, les résultats de l'étude de Bensussen-Walls et Saewyc (2001) auprès de mères adolescentes ayant un suivi dans des cliniques traditionnelles et d'autres ayant un suivi dans des cliniques centrées sur les mères adolescentes, montrent que ces dernières vivent moins de conséquences négatives associées à leur grossesse, puisque les soins sont adaptés à leur âge. Les auteurs rapportent que celles qui ont reçu des soins dans les cliniques dédiées aux adolescentes ont démontré une plus grande assiduité aux rendez-vous, sont plus nombreuses à s'engager dans des programmes d'aide après l'accouchement et sont plus réceptives aux visites post-partum à domicile que celles qui ont reçu des soins dans des cliniques traditionnelles. Aussi, les auteurs ont relevé un temps de gestation plus long résultant en un bébé avec un poids plus élevé, plus d'accouchements naturels et partant, moins de séquelles, pour la mère et pour l'enfant, liées à l'accouchement.

Du côté des conséquences économiques et psychosociales, les études rapportent que les mères adolescentes risquent de vivre dans des conditions peu favorables (Boden et coll., 2007; Mollborn, 2007; Luong, 2008; Al-Sahab et coll., 2012) résultant de la monoparentalité et d'une faible scolarisation (Charbonneau, 2003; Boden et coll., 2007; Portier Le-Cocq, 2007;), et de vivre de l'isolement du fait qu'elles ne suivent pas les mêmes étapes de développement que les jeunes de leur âge, faisant qu'elles sont plus susceptibles de vivre une dépression que la plupart

des adolescentes (Morissette et Bélanger, 2005; Picard et Bourgoïn, 1997; Institut de la statistique du Québec, 2012; Noirhomme-Renard, Aujoulat, Gosset, 2013).

À ce sujet, Noirhomme-Renoir et coll. (2013) rapportent, à partir d'une recension d'écrits, que les mères de moins de vingt ans cumulent davantage de facteurs de vulnérabilité pouvant précipiter une dépression que les mères plus âgées. Ces auteurs identifient des facteurs sociodémographiques et psychosociaux, un réseau de soutien faible ou inadéquat et des événements négatifs vécus par les jeunes mères. Ils signalent un taux de dépression deux fois plus élevé chez les jeunes mères de moins de vingt ans que celles plus âgées.

Aussi, la probabilité d'être sans emploi, de vivre sous le seuil de la pauvreté et d'être dépendante de l'État est plus grande chez les mères adolescentes (Furstenberg, 1992; Jones et coll., 1999; Molnar et coll., 2005 cités par Vickers, 2013). Les résultats de l'étude de Deslauriers (2010) auprès de 30 jeunes pères dont la compagne était âgée de moins de vingt ans révèlent que les pères sont aussi sous-scolarisés et vivent sous le seuil de la pauvreté.

Donc, indépendamment d'une rupture avec le père de l'enfant, les conditions économiques entourant la naissance de l'enfant sont tout de même difficiles. Notons cependant que les dernières recherches sur la parentalité précoce apportent un regard différent à ce sujet en indiquant que la parentalité devient une motivation à poursuivre les études afin d'avoir de meilleures conditions de vie (Charbonneau, 2003; Portier-Le Cocq, 2007; LaRue, Malenfant, Lazure, Côté et Jetté, 2008; Deslauriers, 2010), même chez celles pour qui la poursuite des études n'était pas envisagée avant l'annonce de la grossesse (LaRue et Côté, 2010). Le soutien familial et les ressources d'aide à l'insertion s'avèrent ici importants, puisque c'est en grande partie ces ressources qui leur permettraient de poursuivre leurs études ou de se trouver un emploi (Molgat et Ringuet, 2004; LaRue et coll., 2008).

Enfin, les adolescentes mères seraient plus susceptibles de vivre de la violence de la part de leur partenaire lors de la grossesse et après la naissance du bébé que les adolescentes de la population générale qui vivent déjà, pour bon nombre, de la violence dans leurs relations amoureuses (Pinzon et Jones, 2012).

1.1.2.3.2 Les conséquences sur l'enfant

La préoccupation concernant les grossesses à l'adolescence part, en grande partie, du fait qu'il y a des risques pour la santé de l'enfant à naître. Le milieu médical s'est penché largement sur le sujet, établissant que les enfants nés de mères adolescentes sont plus à risque d'avoir un

faible poids à la naissance, d'être prématurés, de présenter des retards du développement, de mourir au cours de leur première année de vie et d'être atteints d'une maladie grave pendant l'enfance (Goulet et coll., 2001; MSSS, 2008a; Pinzon et Jones, 2012; Finnegan, 2013). Ces risques se révèlent encore plus présents lorsque la mère consomme de l'alcool ou des drogues (Carson, et coll., 2010; Finnegan, 2013). Il importe de rappeler ici que certaines enquêtes canadiennes révèlent que la consommation d'alcool, lors de la grossesse, est plus élevée au Québec que dans les autres provinces canadiennes (Gouvernement du Québec, 2009).

Une étude longitudinale s'échelonnant sur une période de 20 ans, auprès d'un échantillon de 221 mères adolescentes et 812 mères ayant eu leur enfant après l'âge de 19 ans, en Nouvelle-Zélande (Jaffe, Caspi, Moffit, Belsky, et Silva, 2001) rapporte que les enfants nés de mères adolescentes sont plus à risque de décrochage scolaire, de commettre des délits violents et d'être parent avant l'âge de 20 ans. Dans sa recension des études empiriques sur les conséquences d'être parent à l'adolescence, Corcoran (1998) rapporte des recherches arrivant aux mêmes conclusions (Brooks-Gunn et Furstenberg, 1986; Furstenberg, Brooks-Gunn et Morgan, 1987; Robin Hood Foundation Report, 1996; Maynard, 1996). À partir de son relevé des écrits, l'auteure ajoute à ces comportements que les enfants de mères adolescentes présentent deux à trois fois plus de risques de faire des fugues que les enfants dont la mère était âgée de plus de vingt ans à leur naissance.

Notons que bien que plusieurs auteurs s'entendent sur les conséquences possibles sur l'enfant d'une grossesse survenant à l'adolescence, des études (Goulet et coll., 2001; Bensussen-Walls et Saewyc, 2001; Pinzon et Jones, 2012) ont montré que les conséquences ne sont pas nécessairement liées exclusivement à l'âge de la mère, mais aussi à d'autres facteurs contributifs, en particulier le contexte de vie duquel ces mères proviennent et où elles évoluent. De la même façon, mais, plus largement, Connelly et coll. (2012) ainsi que Mollborn et Dennis (2012) soutiennent que ce n'est pas tant l'âge qui déterminerait les conséquences d'une grossesse à l'adolescence que les différentes conditions qui marquent la vie des jeunes filles avant, pendant et après l'accouchement.

1.1.2.3.3 Des conséquences positives

De nombreuses recherches ont souligné les aspects négatifs d'une grossesse précoce sur la mère et sur l'enfant. Aucune étude n'a été répertoriée, présentant des aspects positifs d'une grossesse précoce sur l'enfant. Il ne s'agit pas de conclure qu'il n'y a aucun aspect positif pour

l'enfant, mais plutôt de noter le manque de données empiriques en faisant état. Du côté des mères, par contre, on trouve des études, bien que rares, qui présentent des conséquences positives pour elles.

Tout d'abord, certaines études mentionnent que devenir mère permettrait aux adolescentes d'augmenter leur estime de soi (Geronimus, 1996; Reichman et Pagnini, 1997; Bailey, Bruno, Bezzera, Queiroz, Oliverira et Chen-Mok, 2001; Ross-Lavoie, 2015).

C'est aussi ce que Sellenet et Portier-Le Cocq (2013) rapportent suite à leur étude à devis mixte comprenant vingt-trois questionnaires complétés par des mères ayant quitté une institution d'accueil spécialisée dans l'accompagnement des mineurs (équivalent à la Protection de la jeunesse au Québec) depuis environ trois ou quatre ans, sur leur parcours et leurs souvenirs de cette période (corpus 1) et vingt-neuf entretiens auprès de jeunes mères recevant les services d'une institution d'accueil spécialisée témoignant de leur expérience (corpus 2). Les résultats de ces travaux montrent que, pour les jeunes mères, la venue d'un enfant est un moment heureux de leur vie :

L'enfant est parfois présenté comme le sauveur d'un parcours qui finalement aurait pu être pire, la bouée de sauvetage qui permet d'échapper à une réalité difficile ou comme celui qui donne accès à une attention particulière, à une qualité de vie jamais expérimentée, faite de petits soins (Sellenet et Portier-Le Cocq, 2013 : 27).

Une autre conséquence positive constatée chez certaines adolescentes est l'arrêt ou la diminution significative de la consommation de substances psychoactives (Sellenet et Portier-Le Cocq, 2013). Des auteurs se sont plutôt intéressés à l'étape de sortie des trajectoires déviantes, en expliquant comment des événements marquants ou *turning point* entraînent un arrêt des comportements marginaux, telle la consommation (Laub et Samson, 1993; Lanctôt et coll., 2002). Selon cette façon de voir, le fait de traverser une étape de vie telle se marier, vivre en conjoints de fait, avoir un enfant ou se trouver un emploi valorisant aurait comme impact l'arrêt et la sortie de la trajectoire déviante. Selon ces auteurs, le fait de sortir de l'adolescence en adoptant des comportements considérés adultes amènerait la personne à se sentir mieux et à cesser notamment sa consommation d'intoxicants; son enfant lui sert alors de point d'ancrage suffisant pour réussir cette sortie du cycle de l'assuétude (OMS, 2014).

Dans un autre ordre d'idée, il appert que le fait d'être dépendant de l'État au plan financier amènerait, paradoxalement, des conséquences positives pour les jeunes mères car :

Le fait de recourir à des prestations d'aide sociale amène ces jeunes mères à être autonomes financièrement, assurer une stabilité par rapport au revenu et assumer leur rôle de parents à part entière (Charbonneau, 2003 : 221).

Dans l'étude de Charbonneau (2003), la perception d'avoir une plus grande complicité avec leur enfant, résultant de la faible différence d'âge, aurait aussi été rapportée par les jeunes mères. Enfin, les résultats de l'étude de LaRue et Côté (2010) s'intéressant au parcours de quarante-huit mères ayant eu leur enfant avant l'âge de vingt ans montrent un portrait positif et réaliste de ces jeunes mères concernant leur projet scolaire, professionnel et familial.

1.1.2.3.4 L'impact de la grossesse sur la trajectoire de vie

Les conséquences possibles d'une grossesse précoce énumérées précédemment peuvent amener à concevoir la trajectoire probable d'une adolescente ayant eu un enfant avant l'âge de vingt ans comme étant chargée de difficultés. Cependant, Charbonneau (2003) a montré, à partir de ses résultats, qu'il y a plusieurs trajectoires possibles à la suite d'une grossesse précoce et que, malgré qu'elles vivent toutes des difficultés et qu'il n'y a rien de facile, la trajectoire de vie de plusieurs n'est somme toute pas négative. Le Van (2006) soutient aussi ce constat, suite à son étude qualitative réalisée en 1998 auprès de vingt-huit jeunes femmes âgées de moins de vingt ans, enceintes ou ayant vécu une première grossesse, disant que si la maternité donne un sens à leur existence, et bien celle-ci transformera positivement la vie de la jeune fille en difficulté.

LaRue et Côté (2010), dans leur étude de type qualitative réalisée entre 2005 et 2008 auprès de quarante-huit jeunes filles devenues mères avant l'âge de vingt ans, présentent également des trajectoires différentes. Tout en signalant que chaque parcours est singulier, les auteurs dégagent néanmoins quatre trajectoires types de mères adolescentes dont les profils présentent des similitudes à celles distinguées par Charbonneau (1999) près de dix ans plus tôt, qui identifiaient pour sa part trois trajectoires types, à savoir :

- *celles qui s'en sortent bien à long terme* malgré une adolescence bouleversée par des conflits familiaux et une révolte;
- *celles dont la vie est imprégnée de grandes difficultés à long terme* qui, marquées par une enfance très bouleversée, sont des mères plus isolées, ayant un faible niveau scolaire et ayant des difficultés socio-économiques; et,
- *celles qui se retrouvent entre les deux situations* qui présentent les caractéristiques de la trajectoire précédente, mais pour qui la maternité est source de remise en question marquée par une prise en charge de leur vie.

Les quatre trajectoires dégagées par LaRue et Côté (2010) se dessinent pour leur part de la manière suivante

- ***celles pour qui la maternité est un projet de plus.*** Celles-ci ont une capacité de se projeter dans l'avenir, elles ont un copain depuis quelque temps et, lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes, elles entreprennent rapidement la recherche de soutien dont elles auront besoin. Après l'accouchement, elles connaissent une séparation et s'adaptent à leur nouvelle réalité. Aussi, elles continuent d'utiliser les services d'aide, mais de façon plus ponctuelle que lors de la grossesse. Les jeunes filles de ce groupe démontrent, selon les auteurs, un désir d'avoir d'autres enfants, mais souhaitent stabiliser leur situation professionnelle avant;
- ***celles pour qui la maternité est le nouveau point d'ancrage souhaité.*** Ce sont de jeunes filles qui sont en relation stable avec un conjoint, souvent plus âgé, et qui ont peu d'intérêt pour les études et, par le fait même, aspirent à être femmes à la maison. La grossesse est soit planifiée ou rapidement acceptée. Le but ultime devient l'enfant à naître et le projet familial. Il va parfois en découler une rupture amoureuse, suscitée par diverses difficultés. Suite à cette rupture, pour certaines, la maternité va être source de désorganisation ou, à l'opposé, permettre aux jeunes mères de s'organiser et, ainsi, devenir un moteur de changement;
- ***celles dont la maternité est un de moteur de changement.*** Les jeunes mères identifiées dans cette trajectoire ont aussi peu d'intérêt pour des projets scolaires ayant connu des difficultés académiques liées à une problématique de consommation de psychotropes. Elles sont en couple, mais non pas sans conflit et, à l'annonce de la grossesse ou rapidement après l'accouchement, elles mettront fin à la relation. La maternité sera un point tournant dans leur vie et contribuera à lui donner un sens. En conséquence, vont survenir des changements permettant de subvenir aux besoins de l'enfant, en particulier un retour aux études afin d'obtenir un emploi stable et mieux rémunéré;
- ***celles dont la maternité est une source de désorganisation supplémentaire.*** Ces jeunes mères n'ont aucune motivation scolaire et n'ont aucun intérêt pour le marché du travail. Certaines ont eu un suivi de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), d'autres ont connu des problèmes de santé mentale (dépression, idéations et tentatives de suicide). Elles ne sont pas dans une relation de couple et vivent des difficultés dans leurs relations interpersonnelles (collègues, patron, amis). Elles manquent d'autonomie, semblent désemparées dans leur rôle de mère et sont généralement dépendantes de l'État et de leurs mères. Elles ont une idée négative des garderies et souhaitent demeurer avec leur enfant pour les deux premières années de vie.

La révélation de ces trajectoires montre que, pour certaines, la venue d'un enfant serait un vecteur positif et motivateur de changement amenant une trajectoire positive tandis que, pour d'autres, malgré que la venue de l'enfant soit considérée comme étant positive dans leur vie, il survient un lot d'embûches faisant que la trajectoire se révèle plus sombre qu'elles ne l'avaient imaginé.

Des chercheurs évoquent la présence de facteurs de protection, présents dans la vie de l'adolescente, comme le support de l'entourage et des services publics (Charbonneau, 2003; Herrman, 2006; Oxford, Gilchrist, Gillmore et Lohr, 2006; LaRue et Côté, 2010) pour expliquer

la tangente positive que prend la trajectoire de la mère adolescente notant qu'à l'inverse, certains facteurs de risque entraînent une trajectoire plus difficile. C'est ce que rapportent Oxford, Gilchrist, Gillmore et Lohr (2006) dans leur étude longitudinale faite en trois temps de mesure à partir d'entretiens réalisés lors de la grossesse, six mois après la naissance et six ans après la naissance, auprès de 227 jeunes mères âgées de 12 et 17 ans. Les auteurs rapportent que celles confrontées à une trajectoire plus difficile cumulent plus d'un facteur de risque avant la naissance de leur enfant tels des difficultés scolaires, des comportements déviants et la consommation de substances illicites.

Herrman (2006), dans son étude qualitative réalisée auprès de seize jeunes femmes âgées de seize à dix-neuf ans (dont deux attendaient leur premier enfant), souligne pour sa part que la pauvreté, la consommation de drogue, la violence et les abus vécus dans le passé peuvent influencer la trajectoire des jeunes mères de façon positive ou négative. Ainsi, certaines remarquent que leur vie s'est vue améliorée après la venue de l'enfant, alors que d'autres, au contraire, mentionnent que l'arrivée de l'enfant a rendu leur vie encore plus difficile, et finalement d'autres encore de voient aucune différence. Par contre, il ressort de cette même recherche, et de celle de LaRue et coll. (2008) que lorsque les jeunes mères sont soutenues par la famille ou des amis, l'expérience de la maternité s'en trouve positivement influencée, en faisant diminuer le stress associé à cette expérience.

En résumé, le fait de vivre une grossesse précoce peut influencer la trajectoire de l'adolescente, mais il ne s'agira bien souvent pas du seul facteur entrant en ligne de compte. Un ensemble de facteurs - et plus probablement leur cumul - est à considérer, s'il faut en croire Charbonneau (2002 : 182) qui identifie des éléments non seulement individuels, mais plus largement systémiques à prendre en compte :

[...] la maternité n'est pas la cause ultime de l'enchaînement des difficultés, il faut chercher des causes bien en amont, dans l'enfance, mais surtout dans le fait que ces mères sont issues de milieux de pauvreté. En bref, on dira que les causes sont sociales et globales, et qu'au lieu de stigmatiser davantage ces jeunes femmes, déjà victimes d'un contexte défavorable, il faudrait résoudre les problèmes d'inégalités des conditions de vie et de pauvreté. [...] C'est donc la société, responsable des inégalités, qui doit assumer la responsabilité des conséquences de celles-ci et fournir aux mères les ressources dont leur enfant et elles-mêmes ont besoin.

C'est de ces ressources qu'il sera maintenant question.

1.2 Les services pour jeunes mères adolescentes au Québec

Avant d'entrée dans le vif du sujet de cette section, il importe de faire le point sur ce que signifie « recherche d'aide et recours aux services » dans ce mémoire.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le sujet, mais la définition retenue est celle de Simmons, Farrar, Frazer et Thompson (2011) qui résume simplement que la recherche d'aide fait référence au soutien recherché auprès des ressources formelles et/ou informelles. Les ressources formelles qui réfèrent à l'aide professionnelle qu'on peut trouver dans le réseau public ou privé de prise en charge ; seront traitées ici comme étant le recours aux services, ceci afin de distinguer cette démarche de la recherche d'aide auprès des ressources informelles qui font référence à la famille ou au réseau social. Cette section traitera des ressources qui s'offrent aux jeunes mères, des obstacles à la recherche d'aide et au recours aux services et, enfin, des meilleures pratiques visant les mères adolescentes, et plus spécialement celles qui présentent un problème concomitant de consommation de SPA, ou autre, ceci en vue de guider les recommandations formulées en conclusion de ce mémoire, en tenant compte des récits des jeunes filles rencontrées.

Il y a un peu plus d'une douzaine d'années, Charbonneau (2003) constatait que les jeunes mères utilisaient peu les ressources publiques, et encore moins à long terme, à l'exclusion des prestations de la sécurité du revenu. Que peut-on offrir à ces jeunes mères aujourd'hui ? Et comment pourrait-on bonifier l'offre de services ? C'est essentiellement à cette question que cette étude cherche à répondre. Voyons d'abord ce que l'on trouve à ce sujet dans les écrits.

1.2.1 Des services pour jeunes mères ayant une problématique de dépendance

La fin des années 1960 est marquée par un revirement de pensée faisant passer la société québécoise, entre autres, d'un discours jugeant et répressif encouragé par l'église, à un discours plus compréhensif prônant la santé et le bien-être psychosocial des citoyens. À cette époque, la société reconnaît le besoin d'aide pour les jeunes mères désigné spécifiquement par le terme « besoin de services », tel que présenté par Côté (1997) dans sa brève généalogie du discours sur les jeunes mères. La reconnaissance de l'importance d'offrir de l'aide à ces jeunes femmes par le biais de différents services s'impose et se développe ensuite au fil des ans.

Reste que, réalisant un état de la situation des services offerts aux jeunes mères aux prises avec une problématique de consommation de SPA, L'Espérance et coll. constatent toujours, en 2013, le manque de ressources spécialisées et adaptées aux besoins des jeunes mères de moins de vingt-cinq ans, et a fortiori, paraît-il, aux mères adolescentes, et encore plus spécialement aux mères adolescentes consommatrices de SPA.

Ce constat est d'autant surprenant qu'en 2006, dans son plan d'action interministériel en toxicomanie (2006-2011), le ministère de la Santé et des Services sociaux souligne l'importance, entre autres, de détecter systématiquement les femmes enceintes quant à un éventuel problème de dépendance et d'améliorer l'accessibilité des services pour celles-ci en tenant compte de leurs contraintes (déplacements, services de garde, etc.). Ceci doit se traduire dans les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité et d'efficacité de l'offre de service 2007-2012 des programmes et services en dépendance⁴ qui s'attachent au plan d'action.

Une orientation ministérielle a effectivement été prise quant à la priorisation de l'accès aux services en dépendance. Les femmes enceintes ou ayant de jeunes enfants de moins de cinq ans qui souhaitent recevoir un traitement pour leur dépendance ont désormais un accès prioritaire dans les centres offrant des services de réadaptation en toxicomanie (April, Ouimet, Venne, Gagnon et Hein, 2011; L'Espérance, Bertrand et Ménard, 2013). Notons que, depuis déjà vingt-quatre ans, les États-Unis ont aussi adopté cette orientation, en plus d'offrir un service de garde et de transport à ces femmes dans le but de leur faciliter l'accès aux services (Finnegan, 2013).

Et même s'ils sont encore insuffisants, il n'en demeure pas moins qu'au Québec, plusieurs services et programmes sont maintenant offerts aux jeunes mères dans les organismes communautaires, publics et privés. Plus précisément, considérant les diverses conséquences associées à la condition de jeunes mères, des programmes ayant différentes cibles tels le développement des habiletés parentales, le rattachement scolaire, le soutien financier ont vu le jour au cours des dernières années.

⁴ L'*Offre de service en dépendances 2007-2012* précise ce que le réseau public de santé et des services sociaux peut offrir aux personnes qui éprouvent des problèmes liés à l'alcool, aux drogues, ainsi qu'aux jeux de hasard et d'argent. Le document identifie les rôles et responsabilités de chaque partenaire concerné : centres de santé et de services sociaux, centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, centres hospitaliers et groupes communautaires. L'offre de service favorise l'émergence d'une vision cohérente et partagée des services aux paliers local et régional, pour réduire la prévalence et la gravité des problèmes de dépendance. Elle tient compte des besoins des personnes les plus vulnérables et cible des clientèles particulières, comme les jeunes, les femmes enceintes et les mères avec de jeunes enfants, et les personnes ayant des problèmes de santé mentale (<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/politiques-et-plans>, consulté le 20 décembre 2016).

Le programme SIPPE (Services en périnatalité et pour la petite enfance) fait partie d'un de ces programmes offerts dans les centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS). SIPPE « est un programme développé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui réunit des professionnels de la santé et des intervenants de groupes communautaires pour offrir aux futurs parents ainsi qu'aux familles de jeunes enfants un coup de main durant la grossesse ainsi que lors de l'arrivée du bébé jusqu'à son entrée à l'école » (site internet : santémontréal.qc.ca).

Ce programme est offert aux mères de 20 ans et moins ainsi qu'aux pères et leurs enfants 0-5 ans. Les mères de 20 ans et plus qui sont sans diplôme de secondaire 5 et vivant sous le seuil de faible revenu sont aussi admissibles à ce programme (santémontréal.qc.ca). Plusieurs organismes communautaires offrent des services aux jeunes mères ayant ou non une problématique de consommation de substances psychoactives.

Aussi, deux centres œuvrant en dépendance soit le Centre Le Portage à Montréal et le Centre de réadaptation en dépendance Ubalde-Villeneuve (CRUV) à Québec offrent des services résidentiels permettant aux mères dépendantes aux SPA et leurs enfants d'être hébergés pendant le traitement (April et coll., 2011).

Le Centre Le Portage offre un traitement d'une durée de six à huit mois et a la possibilité d'accueillir vingt-cinq mères âgées de dix-huit ans et plus et leurs enfants. Un suivi postcure leur est offert suite à une démarche complétée. Le CRUV, quant à lui, offre un programme de traitement pour les mères âgées de plus de dix-huit ans ayant des enfants âgés entre 0-5 ans. Il travaille en partenariat avec un organisme communautaire qui offre le service d'hébergement, et ce, tout au long du traitement. Le centre offre aussi des services aux femmes qui ont une obligation de la cour de faire un traitement en toxicomanie (des appels faits auprès de ces organismes ont permis de recueillir l'information).

Certains établissements de santé offrent aussi des programmes adaptés aux besoins des mères aux prises avec une problématique de consommation de psychotropes, soit le projet, *main dans la main* du Centre des naissances du CHUM, qui a montré sa pertinence et le potentiel significatif de ce modèle d'intervention (Lavergne, Turcotte et Morissette, 2016) et le programme *Jessie* du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (April et coll., 2011). Aussi, il importe de souligner l'implantation du projet déployé dans la région Mauricie/Centre-du-Québec (MCQ) impliquant plusieurs organismes tels le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy/MCQ, le Centre jeunesse de cette région, et les CSSS (programme SIPPE) ayant

comme objectif commun de favoriser l'intégration de leurs services offerts aux femmes enceintes et mères consommatrices d'alcool et de drogue de cette région (L'Espérance et coll., 2013).

Le centre de réadaptation en dépendance (CRD) Lanaudière a lui aussi posé des actions concrètes afin de répondre aux objectifs du plan gouvernemental d'*Offre de service en dépendances 2007-2012* en actualisant un processus de liaison entre le CRD et les équipes de première ligne en périnatalité des CSSS de la région (Fréchette et Gagnon, 2013). Bien que les CRD aient le souci de répondre aux cibles du plan d'action interministériel en toxicomanie et d'offrir des services rapidement à cette clientèle hautement prioritaire, leurs programmes ou services ne s'adressent pas spécifiquement aux jeunes mères de moins de 25 ans (L'Espérance et coll., 2013) et, par conséquent, aux jeunes mères adolescentes. Pourtant, souligne L'Espérance et coll. (2013 : 13) : « *il est reconnu que les jeunes parents ont davantage besoin de soutien pour développer leur capacité à reconnaître les besoins de l'enfant et à y être sensible* ».

1.2.2 Les obstacles à la recherche d'aide

Quelques études répertoriées permettent de tracer un portrait des obstacles à la recherche d'aide et au recours aux services rencontrés par les femmes ayant une problématique de consommation de psychotropes. Par contre, aucune étude recensée n'a porté sur cette question en ciblant spécifiquement les jeunes mères adolescentes vivant un problème de consommation de SPA. Il s'agit donc d'inférer ce qu'il en est pour ces jeunes mères à partir des recherches réalisées auprès des femmes adultes enceintes ou nouvellement mères consommatrices de SPA.

Les femmes en général sont sous-représentées dans les services en dépendance (Santé Canada, 2006; Chauvet et coll., 2015). Bien que les études montrent un taux de consommation de SPA problématique comparable à celui des hommes, les femmes représentent seulement le tiers des usagers en traitement (Santé Canada, 2006). Par contre, celles présentes dans les services présenteraient un trouble plus sévère, seraient plus jeunes, sous-scolarisées et plus pauvres que les hommes qui utilisent les services d'aide en dépendance (Brady et Randall, 1999 *dans* Chauvet et coll., 2015; Wechsberg, Craddock et Hubbard, 1998; Arfken, Klein, Menza et Schuster, 2001). Ceci porte à croire que les femmes font face à des obstacles spécifiques à leur réalité qui s'avère différente de celle des hommes. Santé Canada (2006) rapporte, dans son rapport, que la stigmatisation de la société et le regard désapprobateur porté sur la consommation des femmes réduiraient leur désir de chercher de l'aide en réadaptation. Les femmes enceintes vivraient davantage de stigmatisation et de honte face à leur consommation problématique de

psychotropes, augmentant d'autant leurs probabilités de chercher et de recevoir des services d'aide (Santé Canada, 2006; April et coll., 2011; Finnegan, 2013).

Vu les obstacles spécifiques auxquels elles font face, il devient essentiel de prévoir une offre de service qui réponde aux réels besoins des mères, jeunes et moins jeunes, qui consomment (Center for Substance Abuse Treatment, 2009).

La honte, la culpabilité ou la peur de perdre la garde de leurs enfants constituent les premiers motifs exprimés par les mères liés au fait de ne pas demander d'aide par rapport à une problématique de consommation (Santé Canada, 2006; April et coll., 2011; L'Espérance et coll., 2013). Les femmes enceintes ou nouvellement mères confrontées à une consommation problématique de SPA auraient peur d'être jugées par leur entourage et par les professionnels et d'être considérées comme étant des mauvaises mères (Santé Canada, 2006; Guyon et Morissette, 2003; Lavergne et Morissette, 2012; DeKoninck). Aussi, le découragement des femmes n'ayant pas été capables de cesser leur consommation alors qu'elles étaient enceintes les amènerait à hésiter face à la recherche d'aide et de services; considérant qu'elles n'ont pas réussi alors qu'elles étaient enceintes, elles perdraient espoir face au changement. Enfin, étant donné le statut socio-économique précaire ainsi que le manque de réseau de soutien de ces femmes, le transport ainsi que la garde des enfants entraînant des frais supplémentaires nuiraient à la recherche d'aide et au recours aux services (Santé Canada, 2006; Center for Substance Abuse Treatment, 2009).

Il paraît plausible de présumer que ces obstacles sont aussi vécus par les jeunes mères adolescentes, et que s'ajoute, les concernant, un regard déjà stigmatisant auquel elles sont confrontées étant donné leur âge. À la suite de son étude, Charbonneau (2003 :218) rapporte que les jeunes mères veulent avant tout démontrer leur autonomie et leur débrouillardise en n'utilisant pas les ressources d'aide : « Les jeunes mères veulent encore davantage donner la preuve au monde entier qu'elles sont capables d'assumer leurs choix, leurs responsabilités et leurs erreurs de parcours ».

1.2.3 Un aperçu des meilleures pratiques

Un constat ressort dans les recherches concernant le traitement des femmes, quelle que soit la problématique à l'étude, à savoir qu'elles requièrent des services adaptés à leurs besoins qui

sont différents de ceux des hommes. Mais quand est-il des jeunes mères ? Ont-elles des besoins différents des mères adultes ?

Les résultats de l'étude de Bensussen-Walls et Saewyc (2001), réalisée auprès de mères adolescentes ayant un suivi dans des cliniques traditionnelles et d'autres ayant un suivi dans des cliniques centrées sur les mères adolescentes, montrent que ces dernières bénéficient davantage des soins qui leur sont proposés lorsque ceux-ci sont adaptés à leur âge et à leur réalité contextuelle. Ces chercheurs rapportent que celles qui ont reçu des soins dans les cliniques pour adolescentes ont démontré une assiduité aux rendez-vous, qu'elles sont plus nombreuses à s'engager dans des programmes d'aide après l'accouchement, sont plus réceptives aux visites post-partum à domicile et sont plus nombreuses à retourner aux études que celles qui ont reçu des soins dans des cliniques traditionnelles.

L'étude de Bensussen-Walls et Saewyc (2001) a fait ressortir l'importance d'offrir des services adaptés aux adolescentes enceintes. Par contre, la pertinence d'utiliser certaines approches et techniques d'intervention spécifiques avec les jeunes mères présentant une problématique ou une vulnérabilité associée à la consommation de psychotropes est, encore ici, peu ou pas documentée comparativement aux femmes adultes vivant une problématique de consommation. Aucune recherche répertoriée ne donne de lignes directrices spécifiques d'intervention auprès des jeunes mères adolescentes. Il faut donc s'en remettre aux études faites auprès des mères adultes et celles s'adressant aux jeunes ayant une problématique de consommation de SPA, pour tenter d'identifier de bonnes pratiques pouvant être, éventuellement, étendues aux jeunes mères adolescentes toxicomanes.

A priori, l'importance de repérer et détecter rapidement une consommation à risque ou problématique d'alcool ou de drogues fait l'unanimité autant pour ce qui est des femmes enceintes que pour les adolescentes (Center for Substance Abuse Treatment, 2009; OMS, 2014). La détection et l'intervention précoces font partie des objectifs du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 (Gouvernement du Québec, 2006). Ces démarches permettraient d'orienter la personne vers la ressource correspondant à ses besoins et d'intervenir rapidement pour prévenir ou maintenir sa santé. Plusieurs sont d'avis qu'il soit recommandé de détecter systématiquement les femmes enceintes ou celles en âge de procréer (Gouvernement du Québec, 2006; Carson et coll., 2010; Finnegan, 2013; OMS, 2014).

Lavergne et Morissette (2012) présentent quatre principales stratégies d'intervention s'adressant aux femmes ayant un problème attribuable à la consommation d'alcool et/ou de drogues. Ces stratégies d'intervention ne regroupent pas l'ensemble des programmes offerts aux

femmes enceintes ayant des problèmes reliés à la consommation de SPA au Québec, mais ils sont ceux identifiés comme étant efficaces ou prometteurs dans les écrits concernant cette clientèle.

1.2.3.1 Les interventions brèves

La première stratégie concerne les interventions brèves. Celles-ci ont comme objectif d'augmenter la motivation au changement, d'informer les jeunes mères sur différents sujets, entre autres les risques potentiels associés à la consommation lors de la grossesse et les services de soutien desquels elles peuvent bénéficier.

Cette stratégie d'intervention compte entre une et cinq séances et utilise, généralement, l'entretien motivationnel qui est « *un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement* » (Miller et Rollnick, 2013 :12). Il se traduit, dans un esprit de partenariat entre les deux parties, par le non-jugement, l'altruisme et l'évocation. Cette approche se fait dans un climat d'empathie et d'ouverture envers le client. Le lien thérapeutique est au cœur de cette approche (Miller et Rollnick, 2013). L'entretien motivationnel est considéré comme l'une des meilleures pratiques auprès des adolescents ayant des difficultés attribuables à la consommation d'alcool ou drogue (Santé Canada, 2008; Brunelle, Landry et Bertrand, 2008; Brunelle et Bertrand, 2010). Santé Canada (2008) mentionne que les récentes recherches appuient les stratégies d'intervention brève auprès des adolescents qui ont des problèmes reliés à la consommation de psychotropes. De leur côté, Carson et coll. (2010) recommandent les interventions brèves auprès des femmes enceintes qui consomment de l'alcool. Ainsi, considérant les obstacles à la recherche d'aide mentionnés précédemment (honte, culpabilité, peur du jugement, etc.), les interventions brèves pourraient aussi bien convenir aux jeunes mères ayant une problématique de consommation d'alcool ou de drogues, souvent réfractaires face aux ressources d'aide.

1.2.3.2 Une pratique de proximité et de liaison

Une seconde stratégie d'intervention suggérée par Lavergne et Morissette (2012) est la pratique de proximité et de liaison. Cette stratégie est aussi une intervention de courte durée qui vise à inciter les femmes à aller chercher l'aide dont elles ont besoin et les orienter vers les bons services.

Cette stratégie utilise aussi l'entretien motivationnel où l'importance d'établir un lien de confiance est prioritaire. Les intervenants misent en outre sur la présomption de compétence des femmes, considérant qu'elles sont leur propre moteur de changement (Venne et Morissette, 2009). Lavergne et Morissette (2012) mentionnent que plusieurs organismes au Québec comme les soupes populaires, les urgences en milieu hospitalier, les travailleurs de rue utilisent cette stratégie d'intervention. Ceux-ci ont d'ailleurs un mandat de repérage et de détection de la toxicomanie, notamment s'agissant des jeunes mères.

Des stratégies de réduction des méfaits sont aussi utilisées dans la pratique de proximité et de liaison. L'approche de réduction des méfaits invite les consommateurs, et notamment les jeunes mères, à se fixer des objectifs réalistes quant à leur consommation. La réduction des méfaits ressort également comme, étant une pratique gagnante auprès des adolescents (Brunelle, Landry et Bertrand, 2008; Santé Canada, 2008), et auprès des femmes enceintes (OMS, 2014).

1.2.3.3 Une stratégie de soins intensifs

Une troisième stratégie d'intervention dite de soins intensifs se traduit par le soutien holistique spécialisé offert dans un centre de jour. Cette stratégie comporte des interventions répondant à l'ensemble des besoins des mères dépendantes, c'est-à-dire autant la toxicomanie que les services d'obstétrique, de pédiatrie, de soutien concernant des problèmes reliés à la violence, au logement, etc. Les services sont d'une durée variable s'ajustant aux besoins de chaque femme. Les organismes offrant un soutien holistique spécialisé prônent une approche souple, respectueuse, sans jugement et sensible à la réalité de ces femmes, soutiennent Lavergne et Morissette (2012). La réduction des méfaits fait également partie des approches d'intervention utilisée dans les programmes de ce type (Lavergne et Morissette, 2012).

1.2.3.4 Le soutien holistique

Une quatrième stratégie d'intervention, rapporté par Lavergne et Morissette (2012) est le soutien holistique et spécialisé offert en centre résidentiel. Celui-ci cible particulièrement les femmes ayant des problèmes de dépendance sévère aux psychotropes et qui nécessite un milieu stable, sécurisant et encadrant afin de développer de nouvelles habitudes de vie pour elles-mêmes, et aussi pour leur(s) enfant(s). La durée des programmes adoptant cette stratégie est généralement plus longue, soit entre six et douze mois. Ces programmes visent davantage

l'abstinence plutôt que la réduction des méfaits. D'ailleurs, c'est une des recommandations qui ressort des directives cliniques de Carson et coll., 2010.

Certains organismes utilisant cette stratégie d'intervention vont permettre aux femmes d'être accompagnées de leurs enfants, permettant ainsi de surmonter des obstacles comme le transport et les frais de garde, vécus par les femmes s'adressant aux ressources d'aide. C'est le cas notamment, au Québec, du Centre Le Portage qui utilise ce type de stratégie d'intervention pour les mères ayant une problématique de dépendance. Aussi, des études ont montré un meilleur taux d'abstinence et de rétention en traitement associé à cette stratégie d'intervention (Finnegan, 2013).

1.2.3.5 L'approche systémique impliquant famille et l'entourage

Mis à part les stratégies d'intervention dites prometteuses, voire efficaces, l'implication de la famille dans les stratégies d'intervention est rapportée dans les écrits (Santé Canada, 2006; Center for Substance Abuse Treatment, 2009) traitant des meilleures pratiques autant pour les consommateurs de SPA que pour les adolescents.

Dans le rapport de Santé Canada (2006), ayant pour objectif de faire ressortir, les lignes directrices définissant les meilleures pratiques en intervention auprès des femmes aux prises avec une problématique de dépendance aux psychotropes, une recension de la documentation a été réalisée et des entrevues avec des experts et des groupes de discussion ont eu lieu. Il en ressort que lorsque la famille est impliquée dans la démarche des femmes la réadaptation se trouve facilitée du fait que la famille a une meilleure compréhension de la situation l'amenant, dans certains cas, à offrir un transport ou un support de gardiennage tout au long du suivi thérapeutique. Un lien peut être fait avec l'étude d'Herrman (2006) qui mentionne que la présence de la famille serait un vecteur positif dans l'expérience d'une maternité précoce.

Il en est de même pour les adolescents. Gauthier, Bertrand et Nolin (2010) ont aussi montré, dans leur étude à devis mixte, où ont été recueillies des données quantitatives sur le profil de consommation et des données qualitatives par le biais d'entrevues individuelles semi-structurées auprès de deux jeunes en traitement pour leur problématique de dépendance, que la famille joue un rôle primordial dans les étapes de traitement du jeune.

Les auteurs rapportent, dans leur recension de la documentation précédant leur enquête, qu'il y a un consensus dans les recherches quant au succès du traitement de la toxicomanie d'un adolescent lorsque la famille est impliquée dans la démarche (Szapocznik et Kurtines, 1989; Liddle et Dakof, 1995a; Farrington et Welsh, 1999; Bukstein, 2000; Deas et Thomas, 2001;

Liddle et coll., 2001 in Gauthier, Bertrand et Nolin, 2010). Brochu (2007) identifie l'approche systémique comme étant la plus prometteuse dans le traitement de la dépendance chez les jeunes.

L'hypothèse peut donc être faite, face à ces constats, que si l'approche systémique se situe dans les meilleures pratiques pour le traitement de la toxicomanie chez les femmes et les adolescents, elle l'est sans doute autant pour les jeunes filles mères.

1.2.3.6 Des éléments gagnants

Mis à part le repérage, la détection, l'intervention précoce et les stratégies d'intervention spécifiques aux femmes et aux jeunes mères ayant des difficultés attribuables à la consommation de psychotropes, il ressort, dans les meilleures pratiques, le souci de rassurer les femmes et non les culpabiliser et d'établir une relation respectueuse et honnête avec elles. En somme, il s'agit de créer un climat dans lequel les femmes peuvent se sentir comprises et non jugées Venne et Morissette, 2009; (OMS, 2014).

Aussi, l'importance de développer une collaboration étroite entre les organismes offrant des services à cette clientèle, et ce, peu importe le mandat de chacun, est soulignée. Les États-Unis ont, ainsi, développé un service de soins complet où sont regroupés au même endroit les soins psychosociaux (incluant un service de garde et de transport), obstétricaux et médicaux, répondant à tous les besoins des femmes enceintes aux prises avec une problématique de consommation (Finnegan, 2013). Au Canada, le programme de Vancouver « *Sheway* » (Poole, 2000) ainsi que celui de Toronto, « *Braking de cycle* » répondent aussi à cet objectif d'offrir une panoplie de services, sous un même toit, pour les femmes ayant une problématique de consommation de SPA. Au Québec, de plus en plus d'ententes de services entre les organismes prennent place, ce qui permet à la clientèle de recevoir des services d'aide répondant à leurs besoins et de surmonter les obstacles. Ces ententes de collaboration sont rapportées dans les meilleures pratiques citées dans le rapport de Santé Canada (2006). Un constat est fait concernant les efforts mis en place par les organismes du Québec visant à offrir des services d'aide aux mères aux prises avec une problématique de consommation de psychotropes concernant l'établissement d'un véritable continuum de services se rapprochant d'un service de soins intégrés (Santé Canada, 2006; Desrosiers et Ménard, 2010). Par contre, aucun service de soins intégrés n'a été répertorié au Québec, tel ceux mentionnés précédemment, et le constat est fait qu'« aucun programme ne cible spécifiquement les jeunes femmes âgées de 25 ans et moins » (L'Espérance et coll., 2013 : 13).

Enfin, bien que Finnegan (2013) rapporte que plusieurs études ont associé de nombreux avantages aux programmes tels « Braking de cycle » et Sheway », L'Espérance, Bertrand et Perreault (2016) signalent de leur côté que peu d'études ont établi globalement l'efficacité des programmes de soins intégrés.

Il est donc difficile de conclure à une ligne directrice à suivre auprès des jeunes mères consommatrices de SPA, mais un constat quant aux éléments gagnants paraît se dégager de l'analyse de la littérature. Notamment, la détection et l'intervention précoce, l'utilisation de certaines approches cliniques (approche systémique, approche de réduction des méfaits, notamment), l'adoption d'attitudes non jugeantes et respectueuses envers les jeunes mères, et la possibilité d'offrir plusieurs services en un même endroit, incluant un service de transport et des services de garde, paraissent s'imposer.

1.3 Problématique

La grossesse à l'adolescence est un sujet qui a suscité et qui suscite encore aujourd'hui beaucoup de préoccupations au sein de la communauté scientifique comme parmi les intervenants des milieux de la santé, des services sociaux et communautaires. Ces préoccupations concernent, entre autres, les risques de santé qui y sont associés pour la mère et pour l'enfant à naître, mais s'étendent aussi à l'entourage de la jeune mère et aux conditions dans lesquelles se vivra la maternité. On trouve un nombre important de recherches dans la littérature au sujet de la grossesse à l'adolescence.

Les études montrent que les jeunes parents ont ordinairement un statut socio-économique précaire engendrant des conséquences probables susceptibles de se répercuter tant sur le développement physiologique que psychologique de l'enfant et sur la trajectoire aussi bien personnelle que professionnelle de la mère. Notamment, les mères adolescentes seraient plus enclines à vivre de l'isolement social, de la pauvreté, du stress et une forme de dépression, et à adopter des habitudes de vie inadéquates.

Au Québec, on constate une stabilité du taux de grossesse et de naissances chez les jeunes filles de 15 à 19 ans depuis la dernière décennie, après qu'il ait connu une diminution

significative entre 1998 et 2003 (Statistique Canada, 2005). La maternité précoce est donc toujours présente et aussi préoccupante en 2015.

Les risques et conséquences d'une maternité à l'adolescence s'avèrent encore plus préoccupants lorsque les jeunes mères présentent un problème de consommation de substances psychoactives. La recension des écrits montre que la consommation de substances psychotropes est un des facteurs prépondérants chez les adolescentes augmentant la prise de risque dans les comportements sexuels et, conséquemment, la probabilité de vivre une grossesse précoce.

La combinaison de la grossesse à l'adolescence et de la toxicomanie a suscité l'intérêt des chercheurs, notamment en médecine. Plusieurs études ont montré les effets délétères sur l'enfant d'une consommation d'alcool et de drogues pendant et après la grossesse. Pourtant, l'expérience de la maternité chez les adolescentes ayant un problème de consommation de psychotropes reste peu étudiée jusqu'à maintenant.

À notre connaissance, le lien entre la grossesse à l'adolescence associée à la consommation de SPA et la recherche d'aide et de services des jeunes mères n'est pas documenté. Seule l'expérience des femmes âgées de 20 ans et plus a été étudiée, et encore, pas spécifiquement. De Koninck et coll. (2003) ont participé au développement des connaissances avec leur étude qualitative s'intéressant à l'expérience des femmes adultes consommatrices de SPA dans l'objectif d'améliorer les services à leur égard. L'âge moyen des participantes à leur étude était de 26 ans. De son côté, Charbonneau (2003), dans son étude qualitative, visait à améliorer les connaissances de l'expérience de la maternité sur une plus longue durée, en explorant la trajectoire des participantes qui ont eu un enfant à l'adolescence. Les participantes devaient avoir un minimum de quatre ans d'expérience de la maternité. L'auteur a donc rencontré des mères âgées de vingt et trente-quatre ans. Ce qui diffère de l'échantillon participant à la présente étude.

L'hypothèse peut être faite que la réalité et la trajectoire de consommation des mères adolescentes sont différentes de celles des mères adultes. Notamment, les mères d'âge mineur sont encore sous l'autorité parentale (ou sous l'autorité de la Loi de la protection de la jeunesse), elles sont, au moins théoriquement pour bon nombre d'entre elles, au cœur de leur parcours scolaire, la fréquentation scolaire étant obligatoire au Québec jusqu'à l'âge de 16 ans, et sont en phase intense de développement et de changement identitaire, comme de nombreux auteurs l'ont montré. Enfin, la majorité marque dans bien cas une cassure dans les services offerts aux

personnes mineures et adultes, notamment dans les domaines de la santé et des services sociaux. Il y a dès lors tout lieu de soupçonner que les enjeux liés tant la grossesse qu'à la recherche d'aide et au recours aux services seront, pour une bonne part, différents s'agissant d'avoir un enfant à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Plusieurs programmes sont implantés au Québec dans divers organismes publics et/ou communautaires, pour venir en aide aux jeunes mères. Toutefois, très peu de services répondant spécifiquement aux besoins des mères adolescentes ayant une problématique de consommation semblent offerts et adaptés à la complexité de leur situation. Aucune recherche recensée ne s'est penchée sur l'expérience des mères adolescentes à travers les services recherchés et reçus et sur l'impact des services dans la trajectoire de consommation des mères adolescentes. Est-ce que les services offerts aux jeunes mères qui consomment sont adaptés à leurs besoins et tiennent compte des enjeux spécifiques à leur réalité ? L'Espérance et coll. (2013) soulignent ce vide de connaissance après avoir présenté un projet novateur au Québec, offert aux jeunes mères ayant une problématique de consommation, et notent la pertinence d'approfondir les connaissances concernant l'expérience de cette clientèle cible dans les services.

Le sérieux des conséquences associées à une grossesse à l'adolescence, probablement amplifiées lorsque celle-ci est combinée à une consommation plus ou moins grave de substances psychoactives, justifie de s'intéresser à cette « polyproblématique » susceptible de se traduire par une expérience, plus ou moins épique, de recherche d'aide et de recours aux services marquant la trajectoire des adolescentes se retrouvant dans une telle situation. Mieux connaître l'expérience des jeunes mères conduira à suggérer des avenues visant à offrir à celles-ci, et à leur entourage, des services qui répondent à leur réalité et leurs besoins.

Pour ce faire, une recherche de type qualitative sera privilégiée afin d'explorer la représentation que les jeunes mères adolescentes ont de leur parcours de vie et aussi la représentation qu'elles font du rôle, facilitant ou entravant, des ressources. Principales concernées, des adolescentes qui vivent actuellement le statut de mères seront rencontrées.

L'objectif de ce mémoire est ainsi d'approfondir les connaissances sur la trajectoire des jeunes mères ayant eu ou non une expérience de consommation de psychotropes, en mettant l'accent sur la recherche d'aide et le recours aux services au fil de cette trajectoire, une dimension encore non spécifiquement fouillée, à notre connaissance. L'ajout de ces nouvelles connaissances permettra d'outiller les cliniciens qui travaillent auprès de cette clientèle et visent à offrir des

services adéquats répondant aux besoins de ces mères adolescentes, sachant qu'à ce jour, très peu de programmes implantés au Québec offrent des services spécifiques à ces jeunes mères faisant usage de substances psychoactives.

1.4 Cadre théorique

L'approche féministe est à la base de plusieurs recherches entourant la maternité et la consommation de substances psychoactives (SPA). Cette approche vise essentiellement à connaître le vécu des femmes et ultimement la transformation des rapports sociaux de sexe (Mayer et Ouellet, 1998). Cette étude se distingue des recherches courantes menées au Québec auprès des jeunes mères aux prises avec une problématique de consommation de SPA, en intégrant un double cadre théorique, soit l'approche interactionniste et celle des parcours de vie.

Sans rejeter les connaissances pertinentes sur le sujet ayant trait à l'origine, aux conséquences et aux risques associés à une grossesse précoce jumelée à une problématique de consommation de substances psychoactives, bien au contraire, il paraît désormais primordial de s'intéresser au sens que donnent les jeunes mères consommatrices à leur expérience afin de mieux comprendre comment s'articule leur trajectoire de recherche d'aide et de recours aux services, quasi inévitable dans une telle situation.

1.4.1 L'interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique, inspiré des travaux de Mead (1934) et Blumer (1966) « *s'interrogent sur le sens que les acteurs donnent à leur situation et à leurs actions, sens jugé essentiel pour comprendre leurs conduites sociales* » (Poupart, 2001 :82). Selon Blumer (1966), l'interactionnisme symbolique repose sur trois propositions principales : « *1) l'être humain agit sur les choses à partir des significations que ces choses ont pour lui; 2) le sens de ces choses dérive de l'interaction sociale qu'il a avec elles; 3) ces significations se modifient à travers un processus d'interprétation développé entre pairs* » (Blumer, 1966 dans Riot, 2004 :187).

Cette perspective théorique permettra de comprendre la réalité des jeunes mères à travers les interactions qu'elles ont autant avec leur entourage qu'avec les intervenants dans les services d'aide. Il importe de souligner que l'approche interactionniste appuie l'importance du rôle que joue le réseau social de l'acteur dans l'enchaînement de sa trajectoire de vie, car « le réseau et le

système de soutien naturel sont considérés comme une ressource importante mobilisable dans les stratégies sociales d'existence » (Groulx, 1998:37).

Aussi, cette perspective théorique permettra d'analyser le contenu des entretiens, réalisés auprès des jeunes mères, consommatrices ou non, à travers le point de vue de celles-ci et la signification qu'elles donnent aux interactions qui marquent leur expérience, afin de mieux comprendre leur trajectoire de vie. Malgré leur jeune âge, il importe de considérer ces jeunes filles comme des actrices engagées, qui ont fait le choix de mener leur grossesse à terme et de subvenir aux besoins de leur enfant. Elles doivent, dès lors, trouver des solutions et développer des stratégies pour y parvenir.

1.4.2 La théorie des parcours de vie

La théorie des parcours de vie s'insère très bien dans la perspective théorique de l'interactionnisme symbolique par ses concepts développés pour expliquer l'effet des événements marquants sur le parcours de vie, qui sont vécus différemment selon l'interprétation que les gens en font, comme l'exprime Truchon (2009 : 66) :

S'inspirant de l'interactionnisme symbolique et de l'approche phénoménologique, des chercheurs ont cherché à comprendre comment on peut interpréter et donner un sens aux expériences biographiques des parcours de vie à travers les interactions que les individus ont entre eux » (Truchon, 2009 : 66).

Trois concepts clés développés par Jacques et Wright (2008) sont à la base de la théorie des parcours de vie, soit le concept de *trajectoire*, celui de *transition* et celui de *point tournant*. Le concept de *trajectoire* fait globalement référence au parcours de vie de la personne, c'est-à-dire le parcours de vie à long terme, trajectoire normalisée par la société, tandis que la *transition* indique l'adaptation de la personne face aux événements (négatifs ou positifs selon le sens donné par la personne) qui surviennent dans sa trajectoire de vie et, enfin, le concept de *point tournant* renvoie à une rupture dans la trajectoire en réponse à un événement imprévisible (redirection de la trajectoire). Jacques et Wright (2008) citent Laub et Sampson (1993) résumant bien le concept des parcours de vie: « *A major concept in the life-course perspective is the dynamic process whereby the interlocking nature of trajectories and transitions generates turning points or a change in life course* » (in Jacques et Wright, 2008:1011).

Dans le cadre de cette étude, la grossesse précoce signifie a priori un tournant dans la trajectoire de l'adolescente alors que la transition renvoie à la façon de s'adapter au changement de son statut d'adolescente vers celui mère adolescente, cette expérience s'inscrivant pour plusieurs dans une trajectoire de consommation. La trajectoire prendra une direction différente dépendamment des événements passés et de l'interprétation de ces événements par l'adolescente, et des interactions qui contribuent à moduler cette interprétation.

La recherche d'aide et de services, pour sa part, devrait faire partie intégrante du parcours de vie de ces jeunes mères et, selon la réponse reçue et son interprétation, pourrait constituer un ou plusieurs tournants influençant une transition plus ou moins réussie entre les étapes de vie définissant la trajectoire de la jeune mère.

L'approche des parcours de vie permettra de mieux saisir le rôle de la grossesse dans la trajectoire de consommation et, plus largement, dans la trajectoire de vie des adolescentes rencontrées, en précisant le processus les conduisant vers la recherche d'aide et le recours aux services, et son utilité le cas échéant.

Le chapitre qui suit présente la méthodologie qui a soutenu cette étude avant que ne soient dévoilés, au chapitre 3, les résultats auxquels a mené la collecte des données.

CHAPITRE 2 : Méthodologie

Ce chapitre a pour but de justifier le choix de la méthodologie retenue aux fins de la présente étude, et plus spécialement le choix de l'entretien biographique rétrospectif comme mode de collecte des données, et de préciser comment celle-ci s'est déroulée. Les objectifs de la recherche seront d'abord présentés. Ensuite, les détails concernant la constitution de l'échantillon et la cueillette de données seront abordés, de même que la stratégie d'analyse utilisée. Enfin, la présentation des limites de l'étude et son utilité, au-delà de ces limites, compléteront le chapitre.

2.1 Objectif général et objectifs spécifiques de l'étude

L'objectif général poursuivi dans ce mémoire vise à approfondir les connaissances sur l'expérience des mères adolescentes vivant, pour certaines, une problématique de consommation de substances psychoactives, en mettant l'accent sur leur expérience de recherche d'aide et de recours aux services. Cet objectif général se découpe en différents objectifs spécifiques qui consistent à :

1. décrire la trajectoire de consommation de substances psychoactives des jeunes mères consommatrices, de leur point de vue ;
2. saisir la perception qu'ont les jeunes mères d'elles-mêmes comme adolescente, adolescente mère et adolescente mère consommatrice de psychotropes, le cas échéant ;
3. comprendre le rôle de la maternité dans la trajectoire de consommation de substances psychoactives et dans la recherche d'aide et de service liés soit à la consommation, soit à la maternité;
4. saisir les éléments « déterminants » infléchissant la trajectoire de recherche d'aide et de recours aux services des jeunes mères, et plus spécialement des jeunes mères consommatrices de psychotropes ;
5. formuler des recommandations en vue de faciliter la recherche d'aide et le recours aux services des jeunes mères, et plus spécialement des jeunes mères consommatrices de substances psychoactives, le cas échéant.

2.2 Justification du choix de la méthodologie

En raison des objectifs de l'étude et de la nature des informations nécessaires pour répondre à ceux-ci, le choix d'une approche qualitative s'est imposé d'entrée de jeu. En effet, cette approche allait permettre de laisser une place centrale aux jeunes mères dans la collecte de données et d'explorer en profondeur leur perception et leur compréhension de leur situation respective. De même, la nature exploratoire et compréhensive de l'étude entreprise dictait le recours à une démarche qualitative.

Le recours aux méthodes qualitatives permet d'étudier le phénomène social à l'étude, soit ici la recherche d'aide et le recours aux services des jeunes mères consommatrices de substances psychoactives, en tenant compte de la perspective des acteurs sociaux : *« L'entretien de type qualitatif s'imposerait parmi les "outils d'information" susceptibles d'éclairer les réalités sociales, mais surtout, comme instrument privilégié d'accès à l'expérience des acteurs »* (Poupart, Groulx, Deslaurier, Laperrière et Pierès, 1997 :175), et c'est incontestablement ce que vise la présente étude, c'est-à-dire avoir accès à l'expérience des jeunes mères de leurs points de vue. Les méthodes qualitatives permettent de saisir l'expérience vécue et le point de vue des personnes directement concernées, en permettant à celles-ci d'en faire personnellement sens, considérant, comme invoqué par Poupart et coll. (1997), que les perceptions sont aussi nombreuses que le nombre d'individus et de situations existantes.

Or, c'est effectivement le but de cette recherche que de recueillir les perceptions individuelles des mères adolescentes, notamment celles aux prises avec une problématique de consommation quant à leur expérience de vie et de recherche d'aide et de recours aux services. Les adolescentes rencontrées sont porteuses de leur culture, comme l'explique Michelat (1975 : 232), qui part de l'hypothèse *« que chaque individu est porteur de la culture et des sous-cultures auxquelles il appartient et qu'il en est représentatif »*. Dans cet esprit, les jeunes mères adolescentes paraissent les mieux placées pour livrer leur vécu et répondre aux questionnements sur les relations possibles entre les événements vécus, et plus spécialement, la grossesse, la consommation de substances psychoactives avant, pendant et après la grossesse, la recherche d'aide et le recours aux services s'inscrivant dans leur trajectoire de vie. Il s'agit, dès lors, de faire appel à leurs perceptions et à la signification qu'elles donnent à leur expérience, pour comprendre le phénomène à l'étude.

Le choix de l'entretien biographique rétrospectif, une forme d'entretien à tendance semi-directive, comme mode de collecte des données a été privilégié considérant qu'il « *part du principe que la personne interrogée est la plus apte à expliquer ses pensées et ses sentiments* » (Mayer et Ouellet, 1991 :314) et à les organiser de manière à en tirer son récit de vie. Cette forme d'entretien laisse aux jeunes mères interrogées la liberté nécessaire pour qu'elles puissent communiquer leur vécu à leur façon, en choisissant comment elles en parleront et interpréteront leur réalité, tout en tentant d'organiser leur récit en une ligne de vie intelligible pour le chercheur qui cherche à retracer l'enchaînement des événements et à en faire sens.

L'entretien biographique rétrospectif permet « *de collecter des matériaux dans les conditions les plus favorables possible, pour tenter de comprendre et de décrire les manières dont les membres d'une même catégorie sociale (par exemple : les mères adolescentes) racontent une période de leur vie, exposent leur situation, anticipent leur avenir* » (Demazière, 2007 :3).

L'entretien à tendance semi-directive se décrit comme une méthode d'entretien « *qui cherche à faire assumer par la personne interviewée le rôle d'explorateur habituellement tenu par l'enquêteur* » (Michelat, 1975 : 229). Il s'appuie sur le postulat que « *ce qui est d'ordre affectif est plus profond, plus significatif et plus déterminant des comportements que ce qui n'est qu'intellectualisé* » (Michelat 1975 : 231).

Demazière (2007) rapporte que la question de départ doit inciter l'interviewé à raconter son récit de vie et, ainsi, susciter un argumentaire sur la signification des événements de son parcours. Dans le cas présent, lors de l'entretien individuel, une question de départ large a été posée à chacune des jeunes filles interviewées pour amorcer l'entretien, après qu'une mise en contexte et l'installation d'un lien de confiance, en traitant de choses et d'autres, paraissait être établi. Cette stratégie devait permettre à la jeune interviewée de développer à sa guise autour de cette question. La question de départ se formulait de la manière suivante :

« *J'aimerais que tu me parles de ton expérience de la maternité ?* »

Une fois cette entrée en matière lancée, l'interviewée prenait elle-même la direction qu'elle souhaitait donner à son récit. Elle était dès lors simplement encouragée à poursuivre sur sa lancée, à préciser certains éléments de son récit, à les replacer chronologiquement sur sa trajectoire de vie, jusqu'à ce que le récit soit complété. Il s'agissait ainsi de préciser l'articulation des éléments du récit en les situant sur une ligne de temps qui rende compte de l'enchaînement des événements et du sens que l'interviewée donne à celui-ci.

Il est alors possible que des relances soient nécessaires afin d'orienter la personne interviewée vers des éléments peu ou pas abordés spontanément dans l'entrevue, qui sont néanmoins d'intérêt pour le chercheur. Il s'agit ici de pouvoir répondre aux objectifs spécifiques de l'étude. Ainsi, des relances voire des questions peuvent être posées vers la fin de l'entrevue pour la compléter.

2.3 La grille d'entrevue

Pour supporter la collecte des données, une grille d'entrevue (annexe 3) a été élaborée en vue de répondre aux objectifs de l'étude, ceci en s'appuyant sur le résultat de la recension des écrits. Cette grille devait permettre à la personne interviewée de s'exprimer ouvertement en respectant les événements significatifs pour elle, tout en maintenant l'accent sur l'objet d'étude.

L'entrevue s'ouvrait, on l'a vu plus haut, sur une consigne de départ très large visant à laisser l'interviewée débiter et mener le début de l'entrevue en fonction des événements subjectivement significatifs pour elle. Les relances à cette étape de l'entrevue avaient essentiellement pour but de préciser la chronologie des événements de manière à pouvoir les situer sur la ligne de vie de la jeune mère et comprendre leur enchaînement. Elle pouvait aussi avoir pour but de clarifier et approfondir certains événements relatés par l'interviewée. Cette première partie de l'entrevue prenait donc la forme d'un récit chronologique.

Une fois le récit chronologique apparemment épuisé, des thèmes de la grille d'entrevue n'ayant pas été spontanément abordés ou n'ayant été qu'effleurés pouvaient être introduits par l'intervieweuse. L'entrevue prenait alors une tournure plus thématique. La grille prévoyait ainsi que soit explorée l'expérience de la maternité du point de vue de l'interviewée, ses habitudes de consommation de son début jusqu'au moment de l'entrevue, et l'expérience de recherche d'aide et de recours aux services autant pour la maternité que pour la consommation de SPA. Enfin, était abordée, au moment jugé opportun, la perception que la jeune interviewée avait d'elle-même et des changements survenus dans sa vie face à l'événement de la maternité.

2.4 La collecte des données

La collecte de données s'est faite dans plusieurs sites où il y avait la possibilité de rencontrer des adolescentes mères faisant usage de psychotropes. Plusieurs organismes ont été sollicités afin de bâtir l'échantillon selon « la technique du tri expertisé, qui consiste à faire appel à des spécialistes pour rejoindre la population ciblée » (Fournier, Cousineau et Hamel, 2004 : 152). Cette technique favorise le recrutement considérant qu'un lien de confiance est déjà établi avec un expert du domaine.

2.4.1 Stratégies de prise de contact

Comme point de départ, une liste a été dressée, par le biais d'une recherche internet, des organismes communautaires, privés et publics, susceptibles d'être en contact avec de jeunes mères âgées de vingt ans et moins. Les territoires de la Montérégie, Lanaudière et du Centre-du-Québec ont été ciblés pour assurer la faisabilité de l'étude, car l'étudiante, procédant elle-même aux entrevues, était basée sur la Rive-Sud. Considérant que les organismes de Montréal sont souvent sollicités par les chercheurs, il s'agissait de se centrer sur les régions avoisinantes. De plus, l'étudiante intervieweuse ayant travaillé sur chacun de ces territoires, les contacts se voyaient facilités. Ont ainsi été sollicités des centres de réadaptation en dépendance du Québec (n=4), des organismes communautaires travaillant auprès des jeunes mères (n=4) et des milieux scolaires offrant des programmes spécifiques aux jeunes mères (n=6).

Bien que les centres jeunesse et les CLSC côtoient quotidiennement la population ciblée, les milieux nécessitant un long processus éthique pour la participation à une recherche n'étaient pas envisagés. Le contact convivial et facilitant des organismes communautaires et des milieux scolaires a été plutôt privilégié. De plus, il s'avère qu'une proportion importante de jeunes qui consomment ne se retrouvent pas dans les centres jeunesse ni dans les CRD, d'où l'importance de tenter de rejoindre cette population autre que dans le réseau de santé et de services sociaux. Les CRD ne rejoignent que 10% de la population qui a une consommation problématique SPA.

Les organismes œuvrant auprès des jeunes mères ont démontré de l'ouverture face au projet de recherche. Par contre, la difficulté de repérer de jeunes mères de moins de vingt ans a été l'obstacle principal du recrutement. Peu de jeunes mères, âgées de 20 ans et moins, se retrouvaient dans les organismes visés, les mères âgées entre 21 et 25 ans s'y retrouvant en nombre beaucoup plus important. La jeunesse de l'échantillon, proche de l'adolescence ou en plein dedans, formant la particularité de cette recherche, la participation des jeunes mères âgées entre 21 et 25 ans n'a quand même pas été sollicitée.

Deux éléments ont par ailleurs facilité le recrutement : 1) le fait que les filles mineures n'étaient pas tenues d'avoir le consentement de leurs parents pour participer à la recherche, détenant un statut d'adulte en étant mères, et 2) le fait qu'une compensation financière soit offerte aux participantes. Considérant que le groupe cible est propice à avoir un statut socio-économique précaire (mentionné dans la recension des écrits), la compensation était une incitative à la participation. Cette compensation a été possible grâce à l'obtention d'une bourse offerte par l'ARUC⁵ sur *les trajectoires addictives et les trajectoires de services de personnes toxicomanes* du RISQ.

Concernant la procédure de sollicitation des jeunes filles quant à leur participation à l'étude, des contacts téléphoniques ont d'abord été faits auprès des personnes responsables des organismes ciblés afin d'expliquer le projet de recherche et voir si elles montraient un intérêt face à l'étude.

Lorsque tel était le cas, une lettre (annexe 1) décrivant brièvement le projet, l'objectif général poursuivi ainsi que la contribution attendue de leur part advenant la participation de l'organisation à l'étude leur était envoyée par voie électronique. Certains organismes ont été sollicités suite à une référence des personnes contactées dans un premier temps, selon *la méthode boule de neige* (Pires, 1997). C'est-à-dire, que lorsqu'une ressource était contactée et que celle-ci mentionnait, pour différentes raisons, ne pas pouvoir participer à la recherche, elles pouvaient, en retour, indiquer d'autres personnes à contacter dans différents milieux. Plusieurs refus de collaboration ont été essayés, le plus souvent du fait qu'il n'y avait de participantes de moins de vingt ans, parfois pour des raisons administratives; par exemple un organisme a mentionné ne pas avoir le temps de s'occuper de recruter des participantes, considérant un manque d'effectif.

Quatre centres de réadaptation en dépendance ont été sollicités, mais un seul a mentionné avoir accueilli des jeunes mères de moins de vingt ans dans leurs services au cours de la dernière année précédant l'étude, et a accepté d'entrer en contact avec celles-ci afin de les informer de la tenue de la recherche. À partir de ces démarches, deux jeunes mères, ayant accepté d'être

⁵ Subventionnée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), l'ARUC est une alliance de recherche universités-communautés portant sur les trajectoires addictives et les trajectoires de services de personnes toxicomanes, qui regroupe plusieurs membres (chercheurs, partenaires, étudiants) tant des milieux universitaires que des milieux cliniques agissant au sein du RISQ (Recherche et interventions substances psychoactives, Québec

rencontrées ont participé à l'étude. Elles ont dans ce cas été référées vers la chercheuse pour prévoir une rencontre. Le CRD a accepté de prêter ses locaux pour l'entrevue.

Aussi, plusieurs milieux scolaires ont été contactés, mais un seul a recommandé une participante, et ce, pour les mêmes raisons que celles mentionnées précédemment. Un milieu scolaire a refusé de collaborer pour des considérations éthiques. Enfin, deux organismes communautaires œuvrant auprès des jeunes mères, chacun avec des mandats différents, ont participé au recrutement. Un de ceux-ci a participé très activement, permettant de recruter près de la moitié de l'échantillon.

Au final, quatre milieux ont contribué au recrutement de participantes pour l'étude. *L'envolée des mères* à Drummondville offre de l'hébergement à prix modique aux mères célibataires monoparentales, âgées de moins de trente ans, qui ont un projet de vie soit de retourner aux études ou à l'emploi. Trois jeunes mères provenant de cette ressource ont été sollicitées et deux d'entre elles ont accepté de participer à la recherche. *Le centre de formation professionnelle* (CFP) du Moulin situé à Terrebonne, qui offre divers programmes de formation professionnelle a référé une jeune mère qui a été rencontrée en entrevue. *Le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) Le Virage*, situé en Montérégie, un établissement public qui offre des services gratuits de réadaptation en dépendance à la population montérégienne de tous âges a aussi référé deux jeunes mères qui toutes deux se sont prêtées à l'entrevue. Ces deux jeunes mères n'étaient plus dans les services du CRD lors du recrutement. *L'Envol*, une ressource située à Longueuil qui offre divers services aux femmes enceintes et jeunes mères âgées de vingt-cinq ans et moins ainsi que leurs enfants de cinq ans et moins a permis que soient rencontrées sept jeunes mères, sollicitées préalablement par une responsable de la ressource. Dans ce cas, le nombre de jeunes mères sollicitées est inconnu, mais sept ont accepté de participer à la recherche.

Le fait de recruter dans divers sites permet d'éviter une surreprésentation d'un milieu, et possiblement d'une catégorie de jeunes mères présentant des caractéristiques ou des besoins particuliers. Michelat (1975) souligne l'importance d'avoir une diversité d'individus sélectionnés dans le cadre d'une étude qualitative attestant que ceci contribue à la richesse de l'étude.

Du moment où un milieu acceptait de participer au recrutement des participantes, un canevas de base (annexe 2) précisant les modalités de la recherche et les caractères des jeunes participantes recherchées, incluant les critères d'inclusion et d'exclusion, lui était remis permettant aux intervenants de la ressource de présenter le projet de recherche à la participante envisagée, et, du même coup, lui demander son consentement ainsi que ses coordonnées afin que

la chercheuse puisse communiquer avec elle. Dans la plupart des cas, le rendez-vous a été convenu directement avec l'intervenant du milieu dès ce moment. Ainsi, aucun contact préalable à l'entrevue, entre la participante et la chercheuse, n'avait lieu.

2.4.2 Le déroulement des entrevues

Avant même que ne débute formellement l'entrevue, une prise de contact sous forme d'échange informel était faite avec la participante afin de détendre l'atmosphère et créer un lien de confiance. Le lien de confiance est primordial afin que la participante se sente à l'aise de partager son vécu avec la chercheuse (Poupart, 1997).

Ensuite, la chercheuse présentait à l'interviewée le formulaire de consentement, approuvé par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences (CERFAS) de l'Université de Montréal. Le formulaire de consentement (annexe 5) contenait entre autres l'objectif général de la recherche, l'assurance de la confidentialité des propos confiés par l'interviewée, le droit de refuser de répondre à une question ou de se retirer à tout moment de l'entrevue, ainsi que l'indemnisation prévue en guise de remerciement. Chacune des participantes a signé le formulaire de consentement avant d'entreprendre l'entrevue et une copie du formulaire lui a été remise.

Toutes les entrevues ont été enregistrées afin 1) que l'intervieweuse, libérée de la prise de notes, puisse être entièrement disponible pour recevoir le témoignage de l'interviewée et favoriser les techniques d'entrevue (relances, reformulations, écoute active et encouragements) et 2) rendre possible la transcription du verbatim reproduisant le contenu de l'entrevue intégralement tel qu'il a été transmis.

Douze entrevues semi-directives de type récit biographique puis thématique ont été menées auprès de jeunes mères âgées de vingt ans et moins. Elles se sont échelonnées sur quelques mois, soit au cours des mois de novembre, décembre 2014 et février 2015. Le temps d'entrevue a oscillé entre une heure et une heure trente chacune, et toutes ont été réalisées en français.

Toutes les entrevues se sont déroulées dans les locaux des organismes référents qui s'assuraient d'allouer un local pour la période de l'entrevue. Certains locaux respectaient difficilement la confidentialité par manque d'insonorisation ou par manque d'intimité (bureaux vitrés). Néanmoins, les participantes n'ont pas démontré d'inconfort face à cette situation. Par moment, lors de certains entretiens, les mères étaient accompagnées de leur bébé, ou bien elles devaient prendre un temps pour nourrir leur enfant, pour celles qui allaitaient. Celles-ci ont tenu à

poursuivre l'entretien, sans égard à la présence ou non de leur enfant. Une interviewée s'est présentée à l'entrevue avec son conjoint et ses deux enfants. Le local était très grand et permettait d'y être confortable pour la tenue de l'entrevue, malgré la présence du conjoint et des enfants.

Dès que le contact était créé et que le consentement était signé, l'entrevue débutait avec la consigne de départ large présentée plutôt, laquelle se formulait de la manière suivante :

« J'aimerais que tu me parles de ton expérience de maternité... »

Cette consigne de départ n'avait pas de présupposé et laissait toute la place à une direction subjective de la part de l'interviewée dépendant de l'importance qu'elle accordait aux événements marquant l'expérience de la maternité. Par contre, toutes les participantes ont posé la question : *« je pars d'où ? »*. Il leur était alors répondu : *« tu pars d'où tu veux »*. La réponse est apparue, dans tous les cas, suffisante pour leur permettre de commencer leur récit. Des relances ont été faites au cours de l'entrevue, visant dans un premier temps à préciser l'enchaînement des événements narrés (portion chronologique de l'entrevue) et, dans un deuxième temps d'aborder des thèmes d'intérêt (annexe 3) pour l'atteinte des objectifs de l'étude (partie thématique de l'entretien).

Considérant l'âge des participantes, le tutoiement était utilisé lors de l'entretien permettant d'éviter de rendre celui-ci trop formel. À la fin de chacune des entrevues, une question générale, de clôture était posée, prenant la forme suivante :

« Y a-t-il autre chose que tu aimerais aborder concernant l'expérience de ta maternité ? »

Cette question permettait à l'interviewée d'ajouter à sa guise des événements, situations, émotions ou détails non abordés au cours de l'entretien. Certaines se sont prévaluées de cette occasion pour parler de leur expérience lors de l'accouchement, pour rappeler ou préciser certains événements déjà discutés plus tôt dans l'entretien, ou signifier certains faits nouveaux comme la consommation de leur partenaire intime. Après s'être assuré que la participante n'avait rien à ajouter, celle-ci était remerciée d'avoir accepté de participer à la recherche, et une carte-cadeau lui était remise en guise de remerciement. Enfin, l'entretien se clôturait avec une fiche signalétique, complétée par l'intervieweuse (annexe 4).

2.5 Le portait de l'échantillon

La stratégie présidant à la composition de l'échantillon est celle par cas multiples, c'est-à-dire qu'il s'agit de cibler plusieurs individus d'un groupe donné, qui, dans le cas de la présente étude, était celui des jeunes mères. Les deux principes qui sous-tendent l'échantillon par cas multiple sont 1) la diversification et 2) la saturation (Pires, 1997).

Pour favoriser la diversification, il importe de varier la provenance des individus appelés à participer à la recherche. Ceci étant, dans le cadre de la présente étude, des jeunes mères ayant ou non un parcours problématique connu de consommation de SPA, provenant de divers milieux d'intervention, de différentes villes, ayant ou non la garde de leur enfant, etc., ont été ciblées, formant au fur et à mesure de la constitution de l'échantillon, le groupe diversifié qui sera présenté un peu plus loin.

Les critères d'exclusion établis dès le départ étaient soit la présence d'une problématique de santé mentale non stabilisée empêchant la participante de collaborer à l'entrevue ou une problématique de consommation non stabilisée permettant difficilement à la participante de se présenter à l'entrevue à jeun, les deux situations n'étant pas mutuellement exclusives.

Aucun autre critère d'exclusion n'a été imposé au début du recrutement. Cette stratégie devait permettre de diversifier l'échantillon tout au long de la collecte des données. Ceci a toutefois fait en sorte qu'un nombre important de participantes ont indiqué, lors de l'entretien, n'avoir jamais eu de problématique de consommation de SPA, alors que c'était là un critère d'inclusion sous-entendu dans la problématique, mais non explicitement exprimé au moment du recrutement. Ceci étant, pour les quatre dernières entrevues, un critère d'exclusion a été introduit qui était de n'avoir aucun antécédent de consommation de SPA. Ceci a fait en sorte qu'une participante sélectionnée par un milieu a été exclue de la recherche, car elle mentionnait n'avoir jamais consommé.

Les entrevues ont cessé au moment où il apparaissait qu'une certaine saturation empirique était atteinte. La saturation empirique survient lorsque « *le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique* » (Pires, 1997 :67). Au total, douze entretiens ont été complétés avant qu'une saturation empirique jugée suffisante étant donné les objectifs poursuivis dans le cadre de l'étude, soit atteinte, et aussi étant donné le fait qu'il s'agissait d'un mémoire de maîtrise.

L'échantillon se compose finalement de douze jeunes mères âgées de vingt ans et moins, dont deux de dix-sept ans, une de dix-neuf ans et neuf de vingt ans. Le niveau de scolarité complété est, dans tous les cas, de niveau secondaire, secondaire 2, 3, 4, ou 5 et un diplôme d'études professionnelles. Les participantes reçoivent toutes une forme d'aide au moment de l'entretien. À une exception près, toutes les participantes avaient la garde complète de leur enfant au moment de l'entrevue. Dans un seul cas, la garde de l'enfant avait été confiée à la grand-mère paternelle par la DPJ. Cinq des participantes habitent avec le père biologique de leur enfant.

La majorité des participantes affirment avoir une consommation occasionnelle de substances psychoactives au moment de l'entretien alors que quatre d'entre elles mentionnent plutôt avoir une consommation d'alcool et/ou drogues régulière ou quotidienne à ce moment. Trois confient avoir eu une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues dans le passé.

Il importe de mentionner que la perception de ce qui est considéré comme étant une consommation occasionnelle ou non problématique versus une consommation problématique, selon les mères, diffère de ce que la littérature indique. Les mères mentionnaient avoir une consommation occasionnelle lorsqu'elles faisaient usage de psychotropes une fois par semaine, alors qu'il est plutôt question d'une consommation régulière dans la littérature. Une consommation problématique chez les participantes signifiait pour elles une consommation quotidienne et abusive. Il a donc été nécessaire de reprendre les faits apportés par les interviewées concernant leur fréquence de consommation, en vue de les « catégoriser » selon la typologie mentionnée dans la recension des écrits. L'expérience clinique de l'étudiante chercheuse (plus de quinze ans en intervention en dépendance) a permis d'identifier assez facilement et plus « justement » le profil des participantes à l'étude, la consommation de SPA.

Bien qu'une réflexion préalable au recrutement concernant l'utilisation d'un outil de détection (exemple : DEP-ADO ou le DÉBA-Alcool/Drogue) a été soulevée, le choix de ne pas utiliser ces outils a été privilégié, et justifié par plusieurs arguments exposés ici.

1. Les organismes n'utilisent pas les outils de détection lors de la demande de services; aucun outil n'était au dossier.
2. Les intervenants ne sont pas nécessairement habilités à compléter ces outils, et ne voulaient pas briser le lien de confiance déjà établie.
3. Même si la ressource référente acceptait de faire passer un outil de détection avant le recrutement, il n'y avait aucune garantie quant à la justesse de l'information transmise par les jeunes mères. La peur d'être étiquetée, de décevoir, de se voir refuser des services, ou d'autres motifs encore pourrait biaiser l'information transmise. Les jeunes mères auraient pu accepter de passer l'outil, pour « faire plaisir à leur intervenant(e) »,

sans toutefois, dire la vérité. Certaines auraient donc été exclues alors qu'elles auraient pu y participer.

4. La passation de l'outil par la chercheuse n'était pas de mise considérant qu'il n'y avait pas de lien de confiance préalablement établi et, de ce fait, un doute pourrait subsister quant à l'information transmise par la participante.
5. Une attitude d'ouverture lors de l'entrevue concernant le ou les produits consommés, le mode d'administration, la fréquence et la durée a été privilégiée afin d'avoir le plus d'information possible et ainsi, dresser le portrait de la consommation de SPA de la participante, tout en ayant sa perception sur celle-ci.

Voyons un peu plus précisément comment se dessine le portrait des jeunes filles qui ont accepté de confier leur histoire, étant entendu que tous les prénoms utilisés sont fictifs.

❖ *Alexandra*

Alexandra est âgée de dix-sept ans. Elle a un enfant de quatre mois. Elle est québécoise et habite en appartement supervisé (ressource de la DPJ). Elle est en couple, mais n'habite pas avec son conjoint, car cela n'est pas permis dans les appartements supervisés. Alexandra a complété un secondaire 2. Elle souhaite poursuivre ses études.

Au moment de l'entretien, Alexandra bénéficie du programme OLO du CLSC, et des services d'une ressource dédiés aux jeunes mères. Elle est prise en charge sous la *Loi de la protection de la jeunesse*, et une travailleuse sociale la supporte. Alexandra confie avoir eu une problématique de consommation à l'adolescence se traduisant par une consommation quotidienne et affirme qu'elle est maintenant abstinente de toutes substances.

❖ *Anabelle*

Anabelle est âgée de vingt ans. Elle a deux enfants de deux mois et demi et de trois ans et demi. Elle est québécoise. Elle vit présentement en appartement avec ses deux enfants et son conjoint, père des deux enfants. Elle est à la maison, en congé maternité. Anabelle a complété un secondaire 4.

Au moment de l'entretien, Anabelle bénéficie des services du CLSC avec le programme OLO, et elle reçoit des services d'un organisme d'entraide (aide alimentaire, vêtements, etc.). Anabelle signale qu'elle a connu une problématique, quotidienne de consommation à l'adolescence, mais affirme avoir cessé depuis sa première grossesse, et maintenir son abstinence. Elle indique que son conjoint consomme du cannabis quotidiennement.

❖ *Barbara*

Barbara est âgée de vingt ans. Elle a un enfant de trois ans, et est enceinte au moment de l'entrevue. Elle est québécoise et vit avec son fils et son conjoint, le père des deux enfants, avec lequel elle est mariée. Elle raconte qu'elle et son conjoint ont habité chez ses parents jusqu'à tout

récemment. Des complications concernant sa grossesse ont fait en sorte qu'elle a dû cesser l'école, alors qu'elle était à l'éducation aux adultes afin de compléter son secondaire.

Au moment de l'entretien, Barbara bénéficie de services d'aide, entre autres le programme OLO, et un éducateur de milieu provenant du CLSC. Elle ne relate aucune consommation régulière d'alcool ou de drogue. Elle mentionne que son conjoint consomme du cannabis, mais ne fournit pas de détails à ce sujet.

❖ *Clara*

Clara est âgée de vingt ans. Elle a un enfant de huit mois dont elle a la garde complète. Elle vit en appartement seule avec son enfant, et se dit célibataire. Clara a complété son secondaire 5 et a fait un an de Cégep dans un programme techniques. Elle indique que ce n'est pas la grossesse qui l'a fait décrocher.

Au moment de l'entretien, Clara bénéficie de l'aide du CLSC, des services d'une ressource spécialisée pour jeunes mères et reçoit du support financier sous forme d'aide au logement. Elle indique n'avoir eu aucune problématique de consommation de drogue, mais confie qu'avant la grossesse, elle consommait abusivement de l'alcool de façon quotidienne.

❖ *Corine*

Corine est âgée de dix-sept ans, elle a un enfant de trois mois. Elle est québécoise, et vit en appartement avec son enfant et sa sœur. Elle a la garde complète de son enfant. Elle est célibataire et n'a aucun contact avec le père de l'enfant. Corine a complété un secondaire 3, et est présentement mère à la maison.

Au moment de l'entretien, Corine bénéficie des services d'une ressource spécialisée, un centre de jour, pour jeunes mères. Elle relate avoir fait quelques expériences, avant sa grossesse, avec l'alcool et la drogue, mais sans plus. Elle n'aurait eu aucune consommation depuis son accouchement. Elle indique que sa sœur, avec qui elle habite, présente pour sa part une consommation d'amphétamines.

❖ *Julie*

Julie est âgée de vingt ans, elle a un enfant de huit mois. Elle est québécoise et habite en appartement seule avec son enfant dont elle a la garde complète. Julie a complété un secondaire 5 et avait amorcé des études au Cégep. Elle a mis fin à ces études dès l'annonce de la grossesse.

Au moment de l'entretien, Julie bénéficie des services d'une ressource spécialisée pour jeunes mères. et d'aucun autre service d'aide. Elle ne relate aucune consommation de drogue dans sa vie, mais confie qu'elle consommait régulièrement, sans abus, de l'alcool avant la grossesse. Le père de l'enfant était en détention au moment de l'entrevue. Elle signale que celui-ci aurait un problème de dépendance à l'alcool, qui le mènerait vers des comportements délictueux.

❖ *Lucie*

Lucie est âgée de vingt ans. Elle a un enfant de dix-neuf mois. Elle est québécoise et vit présentement en appartement seule avec son enfant. Elle précise qu'elle a très peu de contact avec le père et confie avoir un copain depuis quelques mois, mais ils n'habitent pas ensemble. Lucie a la garde complète de son enfant. Elle poursuit des études dans le but d'obtenir un diplôme d'études professionnelles.

Au moment de l'entretien, Lucie bénéficie d'un appartement à prix modique réservé exclusivement aux mères monoparentales de moins de trente ans, et ayant un projet de vie (retour aux études ou recherche active d'emploi). Elle rencontre une fois par mois une intervenante afin, entre autres, de faire le suivi sur son projet de vie. Aussi, elle bénéficie d'un soutien financier d'emploi-Québec. Enfin, son enfant est dans un centre de la petite enfance où elle a obtenu une place grâce à un programme s'adressant aux jeunes parents ayant des besoins particuliers. Son statut de jeune mère monoparentale lui permet d'avoir accès à cette place en CPE, pour une période d'essai d'un an afin de voir si elle respecte bien les règles établies par ce dernier.

Lucie mentionne avoir eu une consommation régulière et abusive d'alcool à l'adolescence et aucune consommation sérieuse de drogue à cette même période, seulement quelques expériences, ici et là. Au moment de l'entretien, elle affirme consommer occasionnellement de l'alcool et ne pas faire usage de drogue.

❖ *Macha*

Macha est âgée de dix-neuf ans. Elle a un enfant de vingt et un mois. Elle est québécoise, et, bien qu'elle soit en couple depuis quelques mois, elle vit seule en appartement. Elle n'a pas la garde de son enfant qui est confié à la grand-mère paternelle suite à un signalement à la DPJ. Elle a complété un secondaire 3, et travaille à temps partiel.

Macha doit, d'ici quelques mois, remplir des exigences particulières afin d'avoir la garde de son enfant. Elle a droit à des visites supervisées afin de voir son enfant. Elle reçoit des services d'une travailleuse sociale de la DPJ. La consommation de SPA a été un des motifs de signalement. Macha consomme alcool et drogues depuis le début de l'adolescence à une fréquence élevée quotidiennement. Elle affirme que depuis qu'elle s'est vu retirer la garde de son enfant, elle ne consomme de l'alcool qu'à l'occasion et des amphétamines une fois par semaine.

❖ *Maude*

Maude est âgée de vingt ans. Elle a un enfant de vingt-deux mois. Elle est québécoise et vit présentement en appartement seule avec son enfant duquel elle a la garde complète. Elle annonce qu'elle déménagera sous peu avec son conjoint, qui est le père biologique de son enfant. Elle est aux études, et est en voie d'obtenir son deuxième diplôme d'études professionnelles.

Au moment de l'entretien, Maude bénéficie d'un appartement à prix modique, s'adressant aux mères monoparentales de moins de trente ans, tout comme Lucie. Elle ne reçoit aucune autre mesure institutionnelle d'aide, mais mentionne que la famille de son conjoint les aide beaucoup. Elle affirme n'avoir jamais consommé de SPA sauf de l'alcool à l'occasion. Elle signale que son conjoint serait nymphomane, et que des conflits entre eux ont découlé de cette problématique. Elle ne s'étend toutefois pas sur le sujet.

❖ *Mégane*

Mégane est âgée de vingt ans. Elle a un enfant de deux ans et quatre mois. Elle est québécoise et habite seule en appartement. Elle est en couple depuis quelques mois, mais n'habite pas avec son conjoint. Elle affirme n'avoir aucun contact avec le père de l'enfant. Mégane a complété un secondaire 2, et elle poursuit les cours de base aux adultes (service offert en collaboration avec une ressource d'aide dédiée aux jeunes mères) en vue de compléter un secondaire 5.

Au moment de l'entretien, Mégane bénéficie des services d'aide de deux ressources pour jeunes mères, dont un organisme qui vise à favoriser la relation mère/enfant, et d'un suivi avec un psychologue. Elle dit avoir diminué beaucoup sa consommation, et même avoir arrêté plusieurs substances, dont l'alcool. Elle dit consommer du cannabis quotidiennement avant et après la grossesse.

❖ *Olivia*

Olivia est âgée de vingt ans. Elle a un enfant de trois mois. Elle est québécoise et vit chez ses parents. Elle est célibataire et a obtenu une restriction de contact avec le père de son enfant. Ce dernier ne peut également pas voir l'enfant. Olivia a complété un secondaire 2, et est présentement mère à la maison.

Au moment de l'entretien, Olivia bénéficie des services d'une ressource spécialisée pour jeunes mères, du CLSC (rencontre avec une travailleuse sociale et une infirmière du programme OLO). Elle participe aussi à des groupes au CLSC pour la stimulation du bébé. Elle confie qu'avant la grossesse, elle consommait de l'alcool régulièrement les fins de semaine, alors qu'aujourd'hui sa consommation est plutôt occasionnelle, et non abusive.

❖ *Véra*

Véra est âgée de vingt ans. Elle a un enfant d'un an. Elle est québécoise d'origine libanaise. Elle habite en appartement avec son enfant et son conjoint, père de l'enfant. Véra a complété un secondaire 2, et elle est maman à la maison.

Au moment de l'entretien, Véra bénéficie des services d'aide d'une ressource spécialisée pour jeunes mères et d'aucun autre service d'aide. Elle confie consommer du cannabis et de l'alcool à l'occasion, mais estime n'avoir jamais vraiment eu de problématique de consommation de SPA. Elle confie que son conjoint consomme du cannabis quotidiennement, mais demeure discrète à ce sujet.

2.6 Stratégies d'analyse

Avant d'entreprendre l'analyse des données, l'intégralité des entrevues a été retranscrite sous forme de *verbatim*. Le fait d'avoir enregistré les entrevues a grandement facilité la transcription des propos tenus par les participantes et a permis de rapporter fidèlement les données recueillies. Chaque participante s'est vu attribuer un prénom fictif afin d'assurer la confidentialité promise.

Ensuite, chacune des entrevues a été réécoutée en suivant le verbatim écrit. Ceci a permis de s'imprégner du matériel en se remémorant les propos confiés lors des entrevues réalisées quelques mois précédant l'analyse. Les *verbatim* ont fait consécutivement l'objet de deux formes d'analyse : d'abord une analyse chronologique visant à reconstituer le parcours de chacune des interviewées en situation les événements marquants de leur parcours les uns par rapport aux autres; et ensuite une analyse thématique permettant de ressortir les thèmes abordés par chaque interviewée, en tentant de retracer les thèmes prévus à la grille d'entrevue construite essentiellement en regard de la recension des écrits, et en montrant une ouverture à voir surgir des thèmes non prévus dans la grille, amenés spontanément par les interviewées.

Par la suite, une analyse transversale, consistant à comparer le contenu de l'ensemble des entrevues de manière à faire ressortir les convergences et divergences entre les expériences relatées par chacune des participantes et en tirer des leçons notamment utiles à la réalisation de l'ultime objectif poursuivi par la présente étude, à savoir : formuler des recommandations en vue de faciliter la recherche d'aide et le recours aux services des jeunes mères, et plus spécialement des jeunes mères consommatrices de substances psychoactives, en s'inspirant des récits obtenus.

Enfin, un travail de reconstitution du sens donné à l'enchaînement des événements dans la trajectoire des personnes interviewées, et leur répercussion les uns sur les autres dans la recherche ou non d'aide et de recours aux services a été réalisé. Guyon et coll. (2003) et plus tard Brunelle et Bertrand (2010) ont aussi adopté une telle perspective d'analyse qui permet de ne pas considérer que les faits, mais aussi la signification que leur donnent les interviewés et les répercussions de cette lecture personnelle sur la suite de leur parcours. Paillé et Mucchielli (2003) décrivent « *la rédaction de récits phénoménologiques reprenant la narration des témoignages ou la chronologie des événements* » (p.89-90) comme étant une des trois étapes importantes dans l'analyse de données qualitatives, les deux autres étant une série de lectures et relectures des entretiens, et la production d'énoncés représentant l'essence du discours de l'interviewé.

2.7 Considérations éthiques

Dans le cadre de ce mémoire, un seul certificat d'éthique a été nécessaire pour procéder aux entrevues, car les milieux sollicités pour le recrutement n'avaient pas comité d'éthique leur étant propre. Le certificat d'éthique a donc été émis par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal (CERFAS) (annexe 6), et les entrevues ont respecté les exigences de celui-ci. Habituellement, lorsque la population ciblée est âgée de moins de dix-huit ans, il est nécessaire d'obtenir le consentement écrit des parents ou du tuteur légal pour que la personne mineure puisse participer à une recherche. Dans le cas présent, la population ciblée âgée de moins de dix-huit ans était considérée émancipée, étant donné le statut de mère des participantes pressentie. Dès lors, le Comité d'éthique a établi que le consentement des parents n'était pas nécessaire.

Les participantes ont été assurées que les informations transmises demeureraient strictement confidentielles et qu'aucune donnée nominative permettant de les identifier ne serait publiée. Cependant, il a été mentionné aux participantes qu'un bris de la confidentialité pouvait survenir si les propos rapportés lors de l'entretien laissaient entrevoir une compromission de la sécurité ou du développement de leur(s) enfant(s). Cet élément leur a été transmis avant de commencer l'entrevue, lors de la signature du formulaire de consentement. Les participantes ont aussi été informées que leur participation était entièrement volontaire et qu'elles pouvaient refuser de transmettre certaines informations, et se retirer à tout moment de la recherche sans aucun préjudice. Enfin, un filet de sécurité a été instauré avec les intervenants référant les participantes, dans le cas où celles-ci vivraient un malaise émotif à la suite de l'entrevue, considérant que le fait de décrire certains événements de leur parcours de vie pouvait susciter des souvenirs désagréables, voire troublants. Si tel était le cas, une référence était envisagée auprès de l'intervenant de suivi ou, autrement, des ressources d'aide, répertoriées préalablement à l'entrevue, étaient à leur disposition. Le formulaire de consentement rappelant ces indications était signé par l'interviewée et l'intervieweuse avant de commencer l'entrevue. Aucune situation nécessitant une intervention ne s'est finalement présentée au cours de la cueillette de données.

2.8 Les limites de l'étude

La principale limite de l'étude est sans doute en lien avec la généralisation des résultats. L'expérience des douze jeunes mères qui ont été interviewées ne peut être considérée comme représentative de la réalité de toutes les adolescentes mères consommatrices plus ou moins régulières de psychotropes face à la recherche d'aide et de service. D'autant que plusieurs des interviewées ne témoignaient pas, au moment de l'entrevue, d'une consommation de substances psychoactives problématique, de leur point de vue. Par contre, le fait que toutes ne présentaient justement pas un profil de consommation problématique peut être vu comme une force, puisqu'il est alors permis d'explorer dans quelle mesure cette condition peut constituer un obstacle supplémentaire dans la démarche de recherche d'aide et de recours aux services. De plus, bien que le fait de ne pas utiliser d'outil de détection de la consommation de SPA chez les participantes puisse apparaître comme une limite à l'étude, il a été pris en compte que l'utilisation d'outils aurait pu nuire au processus de recrutement de celles-ci en les alertant sur les visées de la démarche sous couvert d'une étude de maîtrise. Le contact honnête, simple et respectueux avec les participantes lors de l'entrevue a plutôt favorisé une certaine transparence dans les propos de la personne rencontrée du fait de la confiance naissant envers l'étudiante chercheuse ne cherchant pas à l'étiqueter d'entrée de jeu.

Par ailleurs, malgré le fait qu'il ait été visé à l'origine de couvrir différents secteurs géographiques, le nombre de jeunes mères par région est insuffisant pour prétendre être représentatif d'une diversité régionale d'expériences. Le fait de couvrir différents coins géographiques comme critère de diversité de l'échantillon demeure toutefois pertinent, car les ressources diffèrent d'une région à l'autre, ce qui peut avoir un impact sur l'expérience des jeunes mères quant aux services d'aide reçus.

Aussi, le fait de recruter de jeunes mères consommatrices dans différents milieux (centre de réadaptation en dépendance, organismes communautaires et milieux scolaires) permet de diversifier les expériences recensées. Mais encore ici, le petit nombre de participantes à l'étude ne permet pas de prétendre à la représentativité des données selon les différents milieux, ce qui n'était d'ailleurs pas recherché dans le cadre de cette étude exploratoire.

Le sujet abordé lors de l'entretien a pu aussi constituer une limite de l'étude considérant que parler de la consommation d'alcool et de drogues, plus spécialement pour de jeunes mères, peut amener la participante à s'autocensurer par crainte de représailles face à un éventuel signalement à la DPJ, ou par peur d'un jugement négatif de la part de la chercheuse. Le fait de minimiser l'information quant aux habitudes de consommation présentes ou antérieures à la maternité peut rendre les données incomplètes. Aussi, le fait que le recrutement s'est fait en premier lieu par les intervenants des organismes peut amener un risque de biais dans l'information transmise, par crainte que les propos abordés leur soient transmis suite à l'entrevue.

Il est apparu, en cours de collecte des données, que la terminologie utilisée par rapport à la consommation de SPA laissait place à l'interprétation de la part de la participante. Si celle-ci ne considérait pas sa consommation comme étant problématique, alors que, selon les profils de consommateurs évalués par les outils diagnostics connus de l'intervieweuse, celle-ci aurait pu s'avérer telle, l'effet a pu être que la jeune mère ne parle pas de sa consommation, laissant croire que cet aspect de sa vie n'avait pas d'importance. Malgré les réticences soulevées précédemment, l'utilisation d'outils de détection aurait pu révéler un profil différent de consommation de celui révélé par l'interviewée. N'empêche que la perception qu'à la jeune mère de sa consommation influence nécessairement ses comportements, entre autres la nécessité qu'elle peut ressentir, ou non, de demander de l'aide, ce qui ressortira de son récit.

Malgré les limites soulevées soit par rapport à la représentativité de chacun des milieux qui n'est pas atteinte et la minimisation possible des problèmes de consommation de SPA vécus révélés par les jeunes mères rencontrées, il reste que les récits des adolescentes sur leur expérience face à la recherche d'aide et le recours aux services demeurent un matériel de recherche novateur, permettant de contribuer à faire avancer les connaissances sur le sujet, et même, de formuler quelques suggestions se voulant utiles pour l'intervention auprès de cette clientèle.

CHAPITRE 3 : Résultats

L'expérience des jeunes mères de leurs points de vue

Comprendre l'expérience de recherche d'aide et de recours aux services des jeunes mères à travers l'histoire de vie qu'elles dévoilent et selon leurs points de vue sera le défi de ce chapitre qui présentent le résultat d'une lecture verticale, dans un premier temps, et transversale, dans un deuxième temps, des entrevues de types récits biographiques qui ont été réalisées auprès des douze jeunes mères rencontrées. Il importe de traiter les propos des jeunes mères de façon dynamique en vue d'en tirer un portrait global le plus près de leur réalité. Ce chapitre traite ainsi de la trajectoire de consommation des adolescentes conjuguée à leur histoire de maternité, en s'en remettant à leurs perceptions des événements qui ont marqué leur parcours de vie, et en mettant l'accent sur leur expérience de recherche d'aide et de recours aux services en lien avec leur vécu de jeunes mères, ce qui constitue l'objectif central de ce mémoire, à savoir : faire la lumière sur ce parcours de recherche d'aide, les embûches et les facilitants rencontrés et, ultimement, la réponse à leurs besoins obtenue.

Il s'agit essentiellement de mieux comprendre, de leurs points de vue, l'insertion de la maternité dans leur trajectoire de vie, et comment s'inscrit la recherche d'aide et le recours aux services au travers de cette trajectoire. L'analyse des données recueillies se fera dans le plus grand respect des propos et points de vue exprimés par les participantes, en visant à en rendre compte le plus fidèlement possible de manière à mieux comprendre leur réalité, tel qu'elles la vivent et la comprennent, et en ressortir des recommandations visant à faciliter la recherche d'aide et le recours aux services, en tenant compte, encore là, de leur lecture de la situation. Il sera tour à tour question de leur trajectoire de consommation, des événements marquants leur parcours de vie (relations familiales et conjugales, et parcours scolaire), et de la maternité comme point tournant et de recherche d'aide et de recours aux services.

3.1 Trajectoire de consommation des jeunes mères

Les participantes ont dressé un portrait de leur parcours de consommation de substances psychoactives, avant, pendant et après la grossesse, de leurs points de vue. La plupart n’y voient pas là un grand problème, pas plus avant qu’après la grossesse, et ce, même si la consommation y est régulière et en quantité importante. Toutefois, elles ressentent bien le poids de leur adolescence couramment associée à une période de consommation active, sinon problématique, aux yeux de l’entourage, et même des professionnels de la santé et des services sociaux. Ce qui porte à croire que les jeunes mères sont soit en précontemplation, c’est-à-dire qu’elles sont dans le déni concernant leurs habitudes de consommation présentes et antérieures et qu’elles n’y voient aucun problème attribuable aux substances psychoactives, soit elles ont peur du jugement et atténué l’information qu’elles laissent filtrer, ou il y a un écart entre la définition de ce qu’est un problème pour elle et pour l’entourage, qu’il reste à circonscrire.

3.1.1 La consommation avant la grossesse

Des propos rapportés par les jeunes mères, trois portraits de consommation de substances psychoactives, incluant l’alcool, se dessinent en ce qui a trait à la période avant la grossesse : celles qui ont connu une période de surconsommation et/ou d’abus de substances psychoactives, celles pour qui la consommation était régulière, mais non abusive, et, finalement, celles pour qui la consommation était occasionnelle ou est même restée expérientielle.

Selon les propos des filles rencontrées, seulement six d’entre elles auraient connu une période de surconsommation ou d’abus de substances psychoactives⁶ avant la grossesse. Elles parlent du début de leur consommation, des substances consommées ainsi que de la fréquence de leur consommation permettant ainsi d’en tracer un portrait qui paraît donner raison à leur auto-évaluation, tout en dessinant des profils assez différents.

Pour Clara et Lucie, la consommation se serait limitée à l’alcool, mais en grande quantité et prit régulièrement, dans le contexte particulier de la fréquentation des bars ou des clubs :

⁶ Récemment, le DSM-V introduisait la notion de trouble d’utilisation de substance. Comme il ne s’agit pas ici d’établir un diagnostic, nous nous en tiendrons au vocabulaire utilisé dans les écrits précédents cités en recension des écrits, notamment à travers les typologies de Traoré et coll., 2014 et du RISQ, ou par les participantes à l’étude elles-mêmes.

Moi c'est beaucoup l'alcool. La drogue, j'en ai pris une fois, c'était pour essayer. Puis l'alcool, j'en prenais à chaque fois que je sortais dans les clubs. Des fois j'ai abusé un peu trop. /.../ Ça a vraiment été : quand que je sortais, je buvais. Clara

J'ai été veiller la première fois à 16 ans. Puis là j'étais tout le temps dans les bars jusqu'à 18 ans. De 16 ans à 18 ans, quand je suis tombée enceinte, j'étais tout le temps dans les bars, je rentrais par en arrière ou je rentrais avec d'autres cartes. J'aurais pu me faire pogner, mais c'est pas arrivé. /.../ Je buvais beaucoup. Je rencontrais gros des gars, puis je buvais beaucoup. Lucie

Pour Alexandra, Macha et Anabelle, c'est plutôt la drogue de différentes sortes qui occupait une place prépondérante dans leur consommation de SPA :

Moi j'étais placée en centre jeunesse quand j'ai su que j'étais enceinte, mais j'étais dans la drogue puis tout ça avant d'être enceinte. /.../J'ai commencé à consommer quand je suis rentrée au secondaire, secondaire 2 à peu près. /.../ Ça fait que j'ai commencé par du pot. Puis après ça, ça a gradué. Ça fait que là, j'ai commencé avec les pilules, après ça j'ai commencé avec de la poudre, après ça je suis allée dans le crack. Alexandra

Moi j'ai commencé à consommer à mes 14 ans. J'ai jamais fumé de pot, c'était vraiment du chimique que je consommait. /.../ Ça fait que j'étais gelée, je m'en foutais. Ça fait que je fuguais. Macha

Dans l'fond, j'ai commencé à sortir avec le père de mes enfants j'avais 14 ans /.../ pis lui y'était en appartement pis eux autres ils consommaient déjà, faque là, moi j'ai dit : « j'va essayer un joint ». J'ai essayé un joint pis finalement : « ah c'est cool, là ». J'ai commencé à fumer des joints. Pis-là, qui parle de joint parle de cigarette, j'ai commencé à fumer la cigarette. Au courant d'l'année, yé déménagé dans un autre appartement avec un autre de ses amis, pis j'pense que c'est à partir de là, la pilule. J'pense... c'est ça, l'autre ami prenait d'la « i »⁷ pis toute ça pis là, moi j'me suis faite une amie à l'école qui prenait d'la « i » aussi. Pis là, comme nous on sortait déjà ensemble, mon amie a sorti avec son ami, pis là on a commencé à faire d'la « i », pis là on en faisant la fin d'semaine, tsé c'est pas si pire que ça pas pendant la s'maine mais là, plus ça l'allait... Elle, elle en faisait tout l'temps à l'école, pis moi j'ai goûté à du speed et j'ai ben aimé l'effet, pis là ben les choses s'en suivent. J'étais rendue que j'prenais vraiment beaucoup trop d'speed là. /.../ à tous les jours... plusieurs par jour là, trois ou quatre par jour là...tsé pas toutes les jours, mais plusieurs fois par semaine. Anabelle

⁷ Fais référence à de l'ecstasy.

Mégane, quant à elle, rapporte une polyconsommation où l'alcool et les drogues faisaient également partie de son histoire :

Je pense ben que j'ai commencé à treize. Ouais...treize. Je n'habitais plus chez ma mère. J'étais en famille d'accueil. Pis là, je fumais juste pour être cool. Comme mes amis fumaient, je fumais avec eux. Jamais que je me serais roulé un joint pis que j'aurais fumé un joint. A quatorze ans, j'ai commencé à faire des pilules là (speed, ecstasy). Je fumais encore, mais je faisais ça à l'école. J'habitais avec mon oncle dans c'temps là, je faisais pas ça chez mon oncle là. Après ça, j'en ai fait pas mal longtemps, j'en faisais tous les jours aussi. /.../ Eh, je buvais en plus de ça, alcoolique fini. Je buvais tous les jours aussi là. /.../ plus vers quinze là. Quatorze ans, je buvais un verre une fois de temps en temps, mais je me saoulais pas, mais je me gelais en tout cas. Après ça, quinze ans, je prenais encore d'la pilule, je buvais, je fumais du pot pas mal souvent. Les fins de semaine aussi, ce n'était plus juste à l'école avec mes amis, c'était la fin de semaine aussi.

Tout en permettant de mieux comprendre le parcours des participantes pour lesquelles la consommation faisait partie intégrante des habitudes de vie avant la venue de l'enfant, y tenant même une place importante, les deux derniers extraits, d'Anabelle et de Mégane, permettent également d'illustrer l'importance de l'influence des pairs dans le processus d'initiation à la consommation de SPA, ainsi que dans la poursuite et l'augmentation de cette consommation.

Julie et Olivia, pour leur part, décrivent une consommation d'alcool régulière, mais qui, selon leur récit, n'aurait pas été abusive. De leur point de vue, elles n'ont aucun problème de consommation :

Ben avant d'être enceinte, surtout, j'avais l'habitude peut-être de prendre un verre de vin le soir, peut-être deux jours par semaine, parce que je n'allais pas en acheter dès que je n'en avais plus. Ça fait qu'une bouteille à quatre ça ne dure pas longtemps. Ça fait que quand on faisait l'épicerie, on achetait une bouteille, puis une bouteille à deux par semaine mettons. /.../ Si j'avais du vin chez moi, ben là je pouvais prendre un verre, deux verres, mais pas tous les jours. Ça finissait que j'avais peut-être une bouteille dans la semaine puis... Parce qu'admettons c'est ça, si je n'en avais plus, je ne faisais pas : « Mon Dieu je n'en ai plus, je vais aller m'en acheter ». Mais si j'en ai dans le frigidaire, je vais le boire. Julie

C'est peut-être quoi... deux, peut-être trois verres, c'est tout. /.../ C'est plutôt aux occasions que je bois, comme dans les clubs, /.../ parce que je suis déjà beaucoup allée au bar /.../, mais je suis pas vraiment une buveuse. Trois ou

quatre verres, pis c'est tout. Je suis pas du genre à prendre 7-8-9-10 verres, toute la soirée, non, vraiment pas. Olivia

Enfin, pour les autres participantes, quand on aborde la question de la consommation de substances psychoactives soit elles rapportent avoir fait des expériences qui se sont avérées être plutôt négatives, soit elles affirment n'avoir aucun attrait pour la consommation :

J'étais à jeun, je consommait pas. Non, j'aimais pas ça, j'étais pas capable de consommer, ça m'écœurerait. Maude

J'consomme pas, pis j'fume pas, j'suis... j'suis vraiment total zéro. Corine

Ben moi... (rire), j'suis p't'être rare, p't'être une des seules là... Mon premier verre d'alcool a été à dix-huit ans, faque c'est très tard là, j'ai jamais fumé la cigarette pis j'ai jamais pris d'drogue. J'ai essayé à dix-neuf ans un joint pis j'ai pas aimé ça, mais sinon, j'ai jamais rien essayé d'autre pis la cigarette j'suis asthmatique. /.../ J'trouve pas nécessaire dans une vie, tu peux avoir du plaisir sans l'alcool. J'vois pas la nécessité de ... c'est peut-être par rapport à ma mère aussi, j'veux pas non plus devenir alcoolique comme elle. Barbara

La majorité des participantes à cette étude ont parlé spontanément des raisons qui les ont amenées à consommer ou, comme Barbara, Corine et Maude, à ne pas consommer. Que ce soit pour le plaisir, oublier leurs problèmes ou pour faire comme les autres, chacune a son histoire et ses raisons de consommer. Il n'est pas question ici de juger les participantes en lien avec leurs habitudes de consommation, mais bien d'exposer leurs perceptions face aux motifs de leur consommation.

Macha et Alexandra font entre autres un lien entre leur consommation et les difficultés familiales vécues. Elles relatent que la consommation de SPA leur permettait de s'évader, réellement pour Macha qui y puisait du courage pour fuguer, ou dans sa tête pour Alexandra :

Quand que j'étais plus jeune, je consommait parce que mes parents... Dans le fond ma mère m'avait envoyée vivre chez mon père. J'haïssais vraiment ça être chez mon père. Il était toujours gelé, il était violent puis tout. Ça fait que, moi, je me disais ; « si je consomme, je vais être capable de fuguer de là ». /.../ Macha

Les raisons de ma consommation, c'est super ridicule là... J'ai un TDA puis j'avais mes petites pilules, puis là, un moment donné, une influence là : « Ah essaye ça! ». Ça fait que j'ai essayé du pot. Puis là je trouvais que c'était comme : « Ah, c'est le fun puis tout ». Puis là j'ai comme réalisé que je ne

pensais plus aux problèmes familiaux que j'avais, /.../ Ça a été une des grosses raisons de ma consommation, pour fuir. Alexandra

Macha tient à préciser qu'après avoir quitté le milieu familial, elle consommait uniquement pour le plaisir, pas pour oublier

Après ça (après avoir quitté la vie familiale), je consommais pour le plaisir, toujours pour le plaisir, jamais pour oublier. Macha

Un autre motif de consommation de SPA qui émerge du récit des participantes paraît en lien avec la gestion des émotions. Il ressort en effet du récit de Clara et de Julie que suite à des événements pouvant générer des émotions négatives, la consommation permet de mieux gérer ces situations et de ne plus ressentir la tristesse, être moins stressée, pouvoir dormir :

Ça dépendait des fois, comment que je me sentais... Mais quand que je me sentais triste du fait que je me séparais, on se séparait souvent, on revenait, ben là j'en buvais plus. Clara

C'est sûr, je n'étais pas accro au vin...j'aime l'effet dans les jambes. Ça calme puis là, tu t'en vas te coucher puis c'est tout...Julie

C'est également le cas de Véra qui rapporte avoir vécu une situation où elle vivait du stress et n'arrivait pas à dormir. Elle mentionne entre autres que la consommation de cannabis, après la venue de l'enfant, lui a alors permis de dormir :

C'était la fête à mon gars la semaine passée, ça fait que là, j'tais pas capable de dormir, gros stress, on n'arrêtait pas de se réveiller pis on dormait pas beaucoup. Ça fait que, oui, j'ai eu besoin de quelques puffs, mais pas aussi intense que... Je suis pas une droguée mettons quand même ! Véra

De cet extrait, Véra non seulement évoque une raison de consommer, mais elle laisse aussi entendre la peur de l'étiquette, c'est-à-dire la crainte d'être considérée comme droguée. Cet élément est aussi ressorti dans le discours d'autres participantes, laissant penser qu'elles pouvaient minimiser leur profil de consommation pour éviter l'étiquette de « droguée » ou de « mauvaise fille ».

3.1.2 La consommation pendant la grossesse

La consommation pendant la grossesse est majoritairement absente dans le récit des mères interrogées qui expriment clairement que la protection du bébé était prioritaire à leurs yeux. La

conscience face aux conséquences de la consommation d'alcool ou de drogue sur le fœtus était présente. Les propos de Clara font état non seulement de l'absence de consommation pendant la grossesse, mais aussi du souci de l'état de son bébé, qu'il y ait ou non consommation de SPA :

Des fois j'avais peur parce que j'étais tellement stressée, que je me suis dit peut-être qu'il va y avoir des problèmes puis tout. Mais finalement non, c'est un bébé normal. Je ne fumais pas puis je ne buvais pas d'alcool, vraiment pas. Ça fait que tout était correct.

Bien que cet extrait montre que la peur de Clara était associée au stress qu'elle vivait, le fait de ne pas boire ni fumer semble la rassurer sur l'état normal de son bébé à venir.

Des participantes mentionnent avoir consommé en début de grossesse, mais avoir cessé dès lors que la venue de l'enfant a été confirmée. Lorsqu'elles en parlent, elles justifient spontanément leur geste montrant qu'elles ne sont pas d'accord avec le fait de consommer pendant la grossesse :

Dans ma grossesse, j'ai consommé jusqu'à un mois de grossesse, parce qu'au début, je n'étais pas supposée le garder. Macha

J'avais consommé un peu dans les débuts parce que ma vie, c'était de la marde. Mais quand j'ai su que j'étais enceinte officiellement (premier rendez-vous médical), j'ai fait : « fuck off, je n'ai plus besoin de ça dans ma vie. Je ne donnerai pas ça à mon enfant ». Ça fait que c'est à partir de quand que j'étais enceinte que j'ai su... j'ai arrêté la drogue complètement. Alexandra

Alexandra et Corine rapportent avoir eu un épisode de consommation excessive d'alcool lors de la grossesse. Alexandra soutient avoir consommé de l'alcool une seule fois après avoir arrêté complètement la consommation de drogue. Elle aurait été influencée à le faire, alors que Corine, pour sa part, indique qu'elle ne savait pas qu'elle était enceinte. On peut voir dans leur propos, comme pour Macha et Alexandra plus tôt, le souci de se justifier :

Ben l'alcool, j'ai eu...je m'ai fait vraiment influencer. J'ai viré une cristie de brosse. J'étais enceinte de lui. Mais tsé, c'était correct, ce n'était pas rien de dangereux, puis le médecin était au courant. Alexandra

Je venais juste de virer une brosse avec mon père...j'me sentais mal parce qu'en même temps, je n'savais pas que j'étais enceinte. Les quatre tests de grossesse étaient négatifs. Corine

L'expérience de Mégane face à la consommation de SPA est quelque peu différente. Elle

affirme avoir cessé de consommer dès l'annonce de la grossesse, mais qu'à la suite de problèmes de santé pour lesquels elle ne pouvait pas prendre de médicaments, son médecin lui aurait suggéré de reprendre la consommation de cannabis, pour l'aider à mieux dormir, et que c'est à son corps défendant, mais en suivant l'avis du médecin qu'elle s'est résolue à « fumer un joint avant de dormir », se trouvant justifiée par la caution du médecin :

Je suis allée voir un médecin et là, j'étais pu capable de dormir...pentoute là ! Il m'a dit : « recommence à fumer ». Je fumais du pot. Mon médecin y m'a dit de recommencer à fumer, j'étais là : « té tu malade toé! » et y dit : « je ne peux pas te prescrire de somnifères, d'affaires pour que tu dormes! Ça va être moins dommageable pour ta santé pis la santé du bébé ». Moi, dans ma tite tête : « ehh, ça va pas dans ta tête de ... tsé, fumer du pot pendant j'suis enceinte ! ». Je l'ai quand même fait, j'ai fumé. A place de comme... fumer plein de drogues, je fumais un joint avant de me coucher, faque que... c'est ça ! /.../ Je prenais juste deux, trois puffs. Ma résistance était moins grosse qu'aujourd'hui. J'essayais de prendre du pot un peu plus naturel que les autres. J'avais un ami qui en faisait pousser, faque j'essayais de prendre ça à place du pot, que je ne sais pas de où il vient. /.../ je faisais vraiment attention.

Malgré le fait que Mégane ait consommé alors qu'elle était enceinte, cet extrait traduit son malaise face à la consommation lors de la grossesse, comme pour les autres participantes de l'étude précédemment. Un consensus paraît ainsi se dégager chez les participantes, soit un malaise généralisé en regard de la consommation de SPA lors d'une grossesse. Qui n'est toutefois pas toujours suffisant pour empêcher la consommation.

3.1.3 La consommation après la venue de l'enfant

La consommation de SPA après la venue de l'enfant a été abordée lors des entretiens avec les jeunes mères. Au moment des rencontres, le portrait tracé par celles-ci présente une consommation à fréquence faible, de leur point de vue. Une seule mentionne avoir une consommation quotidienne de cannabis, plusieurs indiquent des habitudes de consommation occasionnelles et non abusives, alors que d'autres, comme Annabelle, mentionnent être abstinentes de toutes substances.

Annabelle dit avoir cessé la consommation dès l'annonce de sa première grossesse, et n'avoir pas repris par la suite. Elle raconte avoir essayé à une occasion suite à la venue de son premier enfant, et n'aurait pas aimé du tout l'effet :

J'ai essayé une fois avec lui (le père de ses enfants) après la naissance de mon gars là, j'ai pris genre trois poffs, pis j'dormais su'l divan là faque j'ai faite : « non, ça c'est juste ridicule » faque, j'ai jamais retouché à ça. J'en parle là pis

chu comme dégoûtée de t'ça, ça m'a tellement traumatisée la drogue pis toute ça, là j'veux même pas prendre des médicaments qui cause de la somnolence parc'que l'effet, j'aime pas ça, j'me sens pas ben. /.../ J'pas capable de boire non plus parc'que l'effet de m'sentir saoule, j'aime pas ça. Faque, ça m'a comme vraiment traumatisée pour de vrai, c'est cave là, mais autant j'prenais d'la drogue comme une défoncée avant, autant aujourd'hui chu même pas capable de prendre des médicaments à cause de la somnolence là.

Tout comme Anabelle, Alexandra, qui a connu une période problématique de consommation de SPA avant la grossesse, rapporte être abstinente de toutes substances depuis la naissance de son enfant, et ce, malgré les sensations de manque qu'elle a vécu :

Je n'ai pas retouché, puis là, ça ne me manque pas, je suis bien de même. Je vois tout ce qui se passe comme il le faut. /.../ J'ai eu des bouts assez rough que ciboire là, j'aurais fait n'importe quoi pour l'avoir cette ostie de dope-là. Même si je n'ai pas une cenne, j'aurais fait n'importe quoi. Puis j'ai fait : « ah mon Dieu, non, j'ai mon bébé là ». Puis là je me disais : « il est là, je ne peux pas lui faire de mal, il n'a pas demandé à être là. Prends tes responsabilités, sois forte, tu es capable ». Ça fait que je me rappelais tout le temps : « tu es capable, tu es forte, pense à ton bébé ». C'était tough. J'en ai pleuré des sales shots là. Mais j'ai passé à travers, puis je suis fière.

Il apparaît évident, dans cet extrait, que la présence de l'enfant ait été un élément incitatif à cesser toute consommation. Aussi, on peut y voir la fierté qu'a Alexandra d'avoir poursuivi ses efforts, et le courage qu'elle a eu, relativement aux tentations de la drogue. Le récit de plusieurs participantes, comme Clara et Olivia, témoigne d'une autre réalité :

Comme chez moi, j'ai encore deux bières, puis je pense que ça fait trois mois qu'elles sont là. Je n'ai jamais le goût de les prendre. Clara

C'est vraiment aux occasions. Quand il y a des situations particulières. Olivia

Clara et Olivia font partie des participantes qui relatent avoir une consommation occasionnelle, et non abusive depuis la naissance de l'enfant, tout comme Véra :

Je t'avouerais que j'en refume de temps en temps juste pour m'aider à dormir. Sinon j'en fume pas vraiment. Je suis pas une accro. J'ai pas besoin de pot ou de... De speed, j'en ai jamais repris. J'ai trouvé tellement dégueulasse que non, j'en ai jamais repris.

Mégane, de son côté, raconte avoir repris la consommation du moment qu'elle a cessé d'allaiter, et avoir alors repris ses anciennes habitudes de consommation. Toutefois, elle indique s'être reprise en main et avoir modifié à nouveau ses habitudes de consommation. Elle rapporte

qu'elle était très irresponsable lorsqu'elle consommait, et qu'elle n'offrait pas ce qui était le meilleur à son bébé, malgré le fait qu'elle s'en occupait. On peut sentir du regret dans son témoignage lorsqu'elle repense à cette période :

À 17 ans...té comme plus dans fêter pis...pis à cause que pendant un bout de temps justement, j'ai rien fait là ...à part fumer mon joint le soir là ! (fait référence à sa grossesse). Quand j'ai arrêté d'allaiter là, c'était la débauche ! C'était...j'aurais été à la DPJ, je me serais fait enlever mon enfant là ! Je m'en occupais, mais...je fumais en dedans ! Tsé, aujourd'hui, j'fais pu ça là fumer en dedans ! Là... je suis comme : « ben voyons à quoi t'avais la tête là ! » eh...pis je bois pu! Tsé...j'ai bu comme en fin de semaine. Ça faisait depuis ma fête que j'avais pas bu, pis avant, ça faisait un an que je buvais pu.

C'est également le cas de Lucie qui raconte comment elle regrette les lendemains d'une sortie avec des amies, alors qu'elle était très fatiguée et qu'elle s'occupait à peine de son enfant :

On allait veiller, on allait s'amuser, on buvait jusqu'à trois heures du matin puis des fois je me couchais à six heures, puis je me disais : « Comment je vais faire pour m'en occuper? ». Mais il fallait que j'aïlle le chercher à huit heures là. Ça fait que là, j'allais le chercher à huit heures, mon fils, puis, pauvre lui, je le faisais manger... je faisais juste changer sa couche, je lui donnais du lait, mais je n'étais pas vivable. J'étais couchée sur le divan puis j'avais mal à la tête puis au cœur, mais j'espérais tellement qu'il le sente pas que je sois comme ça. Mais sûrement que oui, il me voyait couchée. Ça ne devait pas être drôle pour lui. Mais non, je me sentais... je regrettais à chaque fois.

Macha montre aussi du regret concernant sa consommation. Tout comme pour Lucie, la fatigue prenait le dessus lorsqu'elle consommait, et s'occuper de son enfant devenait difficile. Les conséquences sont encore plus graves pour elle, car suite à la reprise de la consommation, elle s'est vu retirer la garde de son enfant :

Ouin, c'est la gaffe que j'ai faite, j'ai recommencé une fois. Puis là, j'avais de la misère à me réveiller, j'avais de la misère à m'en occuper, mais jamais j'ai perdu patience. C'est juste, vraiment, je dormais tout le temps, j'avais de la misère à me rattraper. /.../ C'est sûr que si je récupérais ma fille, je ne ferais pu ça pantoute, parce qu'avoir un enfant puis consommer, asteure, dans ma tête, ça ne fonctionne pu. Ça ne va pas ensemble !

Macha confie, lors de l'entretien, avoir une consommation d'amphétamines les fins de semaine. Elle mentionne consommer encore à l'occasion, car elle n'a plus la garde de sa fille,

donc aucun risque pour son enfant. Par contre, elle mentionne que si elle retrouvait la garde de son enfant, elle cesserait complètement sa consommation. Pour l'instant, elle ne voit toutefois pas l'intérêt de cesser de consommer.

3.3.4 En somme

Il ressort des propos des participantes une trajectoire de consommation à fréquence élevée, pour la plupart de celle-ci, avant la maternité. Cependant, il n'est pas question de parler de problématique de consommation, de leur point de vue, elles s'en défendent clairement, faisant ressortir, dans une certaine mesure, un écart plus ou moins important entre la description qu'elles font de leur consommation et le jugement qu'elle porte sur celle-ci, amenant à penser que, pour certaines, elles seraient en phase de précontemplation telle que décrite par Prochaska et DiClemente (1984) dans leur modèle transthéorique des étapes du changement.

La majorité des participantes soutiennent ensuite n'avoir pas consommé de SPA durant la grossesse considérant les risques associés.

Toutes mentionnent l'importance qu'elles accordent au bien-être de leur enfant et le sentiment de responsabilité qu'elles portent envers celui-ci. Aussi, leur discours montre un désaccord évident avec la consommation en période de grossesse et par la suite, alors qu'il s'agit de s'occuper d'un enfant.

Enfin, toutes laissent entendre, chacune à sa façon, que la maternité a été un point tournant dans leur trajectoire de consommation de SPA. Elles ont toutes mentionné avoir effectué un changement significatif dans leurs habitudes de consommation. Ainsi, la grossesse se révèle avoir été un vecteur de changement positif dans leur trajectoire de consommation, pour la plupart.

Par ailleurs, la consommation de SPA, c'est bien connu, peut-être un symptôme lié à des difficultés sous-jacentes, qu'il importe de connaître pour intervenir efficacement. Dans les sections suivantes, il sera question des difficultés familiales, du parcours scolaire plus ou moins chaotique ainsi que du vécu de violence rapportée par les participantes de l'étude, autant de facteurs de risque associés de longue date par les chercheurs aux trajectoires de consommation.

3.2 Des difficultés familiales au cœur du parcours de vie

A priori, les adolescentes rencontrées ont une trajectoire comportant des similitudes quant au vécu familial. Pour la plupart, elles parlent d'un vécu familial rempli d'embûches, voire de déceptions dans les périodes de l'enfance et/ou de l'adolescence, c'est-à-dire avant l'arrivée de la maternité.

On associe aux difficultés familiales, notamment, les relations conflictuelles à la maison entre les différents membres de la famille et plus spécialement dans la relation mère-fille ou père-

filles empreintes de négligence, rejet, violence, et dans certains cas, même l'absence de lien avec le père. Dans cette étude, certaines interviewées établissent explicitement un lien entre leur vécu familial et leur maternité, alors que d'autres en font fi totalement. Les premières évoquent notamment l'absence de lien significatif avec le père, des relations difficiles avec la mère, une responsabilisation ou « parentalisation » vécue à un jeune âge, jusqu'à l'entrée en scène de la DPJ.

3.2.1 L'absence de lien significatif avec le père

L'absence de lien significatif avec le père biologique paraît être un élément prépondérant dans le parcours de bon nombre des participantes à cette étude. Celles-ci parlent soit d'un père absent ou très peu présent, soit d'un père inconnu. Les propos d'Alexandra, de Mégane et de Julie reflètent la façon dont la majorité des participantes décrivent le lien qu'elles ont avec leur père :

Je n'ai pas eu de père présent dans ma vie. Je n'ai pas eu vraiment de famille réunie, mon enfance... c'est de la cristie de marde. Alexandra

Moi, j'ai tout fait pour que mon père me donne de l'attention. J'ai été un petit gars manqué pendant, je sais pas trop combien de temps. À quatorze ans, je jouais à la balle molle et il est jamais venu voir une seule de mes games. Mégane

Ça fait plus que dix ans que je n'ai pas de contact avec lui (son père). [...] j'ai passé deux ans sans le voir, après ça je le voyais une fin de semaine sur deux quand il venait. Il disait « Ah, je vais venir te chercher » puis il ne venait pas. Ça fait qu'après ça j'ai passé un quatre ans sans le voir, puis là un dix ans sans le voir. Julie

Il paraît pertinent de mentionner ici que la moitié des participantes signalent ne plus avoir de contact, ou sinon très peu, avec le père de leur enfant. Néanmoins, aucune ne fait de liens avec ce qu'elles ont vécu avec leur père comme enfant et ce qui paraît se reproduire avec le père de leur enfant. Par ailleurs, elles relatent toutes qu'elles souhaitent être avec un homme qui les aimera et aimera leur enfant comme un père. Certaines sont déjà en couple avec un nouveau conjoint et se disent satisfaites, car ce dernier agit comme un père pour l'enfant. Le désir de bâtir une famille unie apparaît comme étant présent chez toutes les participantes, le témoignage de Véra en est un bon exemple :

Moi, je ne veux jamais, jamais, jamais qu'il vive qu'est-ce que moi j'ai vécu. Mon chum lui, au contraire, lui il a eu une belle enfance. C'est un bébé gâté, c'est le plus jeune de la famille. Ils sont trois. C'est le plus jeune de la famille, il pétait

une coche au magasin pis il l'avait son truc, ça fait que... Pis moi, je ne l'ai pas vraiment eu ma belle enfance, ça fait que je veux qu'il aille une belle enfance comme son papa, mais pas péter une coche... il ne pétera pas des coches, je pense, il aura pas tout le temps toute ce qu'il veut, Mais il vivra pas l'enfer comme que moi j'ai pu la vivre.

Ainsi, même si elles ne l'expriment pas explicitement, il ressort assez clairement du témoignage des participantes que pour bon nombre d'entre elles les difficultés vécues dans l'enfance, notamment avec leur père biologique, soutiennent le souhait exprimé de bâtir une vie de famille positive, avec un père présent et aimant pour leur enfant.

3.2.2 Des relations souvent difficiles avec la mère

Bien que chaque participante ait sa propre histoire familiale, il ressort de l'ensemble des récits recueillis une particularité quant aux difficultés relationnelles vécues avec leur mère. Plus de la moitié des participantes rencontrées racontent avoir eu, non seulement dans le passé, mais encore aujourd'hui, une relation difficile ou instable avec leur mère.

Pour certaines, comme Barbara, les chicanes étaient au cœur des relations mères-filles créant ainsi, une distance entre elles :

J'me chicanais beaucoup avec ma mère, on a tous les deux l'même caractère, donc j'me suis beaucoup chicanée avec ma mère. Ma mère a pas un très beau langage, j'dirais tsé des insultes pis des bêtises pis toute ça... Moi, j'ai jamais été magasiner avec ma mère tsé une journée ent' filles, puis mettons pour ma rentrée scolaire on va aller magasiner... non c't'avec mon père, c'tait mon père qui m'emmenait magasiner. Barbara.

Alexandra raconte pour sa part s'être sentie mise à l'écart par sa mère. Pour elle, le fait que sa mère ait refait sa vie avec un autre homme que son père aurait fait en sorte qu'elle a été rejetée par celle-ci. Alexandra confie qu'à l'adolescence, elle tentait de fuir et partait à tout moment de la maison pour habiter avec les garçons qu'elle rencontrait. Dès l'âge de 14 ans, elle partait et revenait à tout moment, jusqu'au jour où sa mère lui a intimé de partir :

C'est ça, dans le fond, moi mes 14 ans, je n'habitais plus avec ma mère... Mais plus à 15 ans. J'habitais plus avec ma mère, ça fait que les chums pis toutes ces affaires-là... ben moi, j'étais plus attirée vers les gars plus vieux que moi. Ça fait que ça virait super mal. C'est ça, je retournais chez ma mère, je partais, je

retournais, je repartais, ça fait qu'un moment donné elle a dit : « Ça suffit. Regarde, tu veux partir, tu pars. C'est fini, on ne se reparle plus ».

Alexandra est par ailleurs l'une des rares à faire explicitement un lien entre les conflits vécus avec sa mère et son nouveau conjoint, et, ici, sa consommation :

J'ai plus été mis à part. Ma mère, c'était plus mon grand frère son chouchou si tu veux. Puis là, mon petit frère, c'était son père (le conjoint de sa mère), veux, veux pas, mon p'tit frère, c'était le chouchou à papa. Puis moi, j'étais au milieu, puis c'est tout le temps moi qui mangeais la marde puis qui accumulais toute la... Genre, toi tu es en crise contre lui, mais c'est moi qui mangeais la marde. Ça fait que, tsé, c'était n'importe quoi. Ça a été une des grosses raisons de ma consommation pour m'enfuir.

Certaines racontent aussi avoir eu beaucoup de peine suite à l'expulsion du domicile familial. Véra, notamment, vivait des difficultés relationnelles avec sa mère et, au moment où elle a menacé sa mère de quitter le domicile, elle a été confrontée à un rejet de sa part : au fond d'elle-même, elle souhaitait que sa mère lui dise de rester, mais ce ne fût pas le cas. Véra indique clairement comment elle s'est sentie lorsqu'elle a quitté le domicile familial suite à une altercation avec sa mère :

À mes 17 ans, j'ai pris mes jambes à mon cou, pis j'ai dit à ma mère : « C'est ça, tu veux que je sacre mon camp! », elle fait « Oui! prends tes sacs pis va-t-en! ». Mais ça, ça m'a brisé le cœur.

Lorsque les participantes s'expriment sur la relation qu'elles ont eue avec leur mère, leur récit est parfois marqué de déceptions et de regrets. Certaines, comme Lucie, mentionnent qu'elles souhaiteraient revenir en arrière afin de « réparer les pots cassés », sans, vraiment, y croire :

À chaque fois que je parle de ma mère, j'ai toujours le goût de pleurer. Parce que je regrette... Comme là, ça se peut que les larmes me coulent. Je regrette qu'est-ce que j'avais dit dans le temps, toute qu'est-ce qui s'était passé, mais je le sais que ça pourra jamais se rattraper.

D'autres, comme Mégane, espèrent un rapprochement, qui soit initié par les parents :

Maintenant, je m'en crée plus d'attentes. Avant, je courrais après mes parents, c'était incroyable! Pis c'est pas normal que c'est l'enfant qui court après son parent; d'habitude, c'est le parent qui court après son enfant pour passer du temps avec. Non, moi j'ai couru après mes parents pis...ça jamais rien donné. Faque... maintenant, courez-moi après !

alors qu'une minorité des répondantes, parmi lesquelles se trouve Alexandra, n'ont aucune attente de reconstruction de la relation avec leur mère :

Il fallait que je fasse un deuil de la relation que j'aimerais avoir avec ma mère, parce que je l'aurai jamais. Ma mère ce n'est pas une personne de même. C'est comme elle ne me dira jamais « Félicitations, je suis fière de toi ». Là, elle commence à le dire. Là elle me dit, mettons : « Je suis fière de toi ma fille, tu es capable de t'occuper de ton gars ». Puis ciboire, mon petit cœur de bébé il fait : « Oh, ma mère m'a dit félicitations ». Mais elle ne me l'aurait jamais dit avant. Je ne me fie pas vraiment sur ma mère. Je me fie plus à moi-même. Alexandra

Les propos des jeunes filles concernant la relation mère-fille montrent la présence de difficultés relationnelles dans leur parcours de vie. Ces difficultés n'entraînent pas nécessairement un point tournant dans la trajectoire, mais semblent néanmoins avoir influencé la direction du parcours de vie de l'adolescente.

Deux participantes de cette étude mentionnent que lorsqu'elles ont eu leur enfant, elles ont connu, à leur grand bonheur, un rapprochement avec leur mère. C'est le cas de Clara :

Tout le monde l'adore (son enfant), puis on dirait que même ça a créé avec ma mère plus de liens.

Mais pour Lucie, ce rapprochement aura été de courte durée et la relation qu'elle avait avec sa mère, préalablement à la grossesse, est redevenue sensiblement la même, estime-t-elle :

J'ai l'impression que ça reviendra jamais, puis j'y dis : « Pourquoi asteure tu viens pu me voir? Pourquoi? ». Puis si j'aurais pas mon fils, elle serait peut-être même pas venue, parce que quand qu'elle est venue me voir, elle est venue me voir pour lui. Au début, après mon accouchement, on se voyait plusieurs fois par semaine. C'a pas changé.

On a pu sentir, dans ce témoignage, une grande déception face à cette nouvelle rupture, rappelant celle déjà vécue dans le passé. Est-ce que cette rupture est prédicteur de difficultés ou bien, au contraire, prédicteur d'une résilience dans le parcours à venir ? À partir du récit des jeunes filles rencontrées, notamment cet extrait de Véra qui confie :

Quand je me suis séparée, j'étais enceinte et ma mère m'a beaucoup aidée, j'ai habité chez elle pendant deux mois. J'tais partie de la maison à 17 ans, on se chicanait tout le temps /.../ aujourd'hui, sérieusement ma mère pour moi, je n'ai comme pas de mère. On peut dire je n'ai pas de mère, parce que même encore là

aujourd'hui je ne suis pas capable d'avoir une réponse au téléphone. /.../, Mais, j'ai ma petite famille..., puis je suis heureuse.

L'hypothèse favorisée serait que cette nouvelle rupture est prédictive d'une certaine résilience de la part des jeunes mères. Toutefois, cette hypothèse mériterait d'être explorée plus avant en fouillant plus systématiquement le lien entre la relation mère-fille et le parcours de vie de l'adolescente avant, pendant et suite à la venue de l'enfant.

3.2.3 Des responsabilités dès le jeune âge

Les trajectoires de certaines participantes montrent que le fait d'avoir vécu des difficultés familiales durant l'enfance les a amenées à quitter le domicile familial très jeunes, pour la plupart, avant l'âge de la majorité. Le fait de quitter le domicile tôt les a conduites à se responsabiliser et être autonomes hâtivement.

Mes parents, ils m'aidaient pas plus, ils m'écoutaient pas plus, ils m'aidaient pas plus. Ça fait que c'est pour ça qu'il a fallu que je me rende forte toute seule, et que je sois responsable, j'avais 15 ans dans ce temps-là. /.../ « Tu arrêtes tes études? On t'aide plus. Fais ce que tu veux, tu es lousse, fais ce que tu veux de ta vie ». Lucie

Dans la foulée, la venue de l'enfant a pu leur paraître comme une façon d'avoir une stabilité, de se prendre en main et avoir une vie de famille comme elles l'avaient désirée :

J'ai été enceinte pis là, ça m'a comme calmée. Ça comme été bon pour ça. Ça m'a calmée. Maude

J'ai ma petite famille, puis c'est toute qu'est-ce que... j'ai toujours voulu ça, puis je suis heureuse. Je suis quand même heureuse, malgré les chicanes qui peut se passer avec mon copain, mais je suis heureuse dans ma petite vie. Véra

Si certaines ont eu à se responsabiliser dès l'adolescence ayant quitté le domicile familial, d'autres rapportent des expériences différentes concernant la prise de responsabilité en plus bas âge. Véra révèle qu'elle s'est occupée de sa sœur et qu'elle assumait les responsabilités parentales étant elle-même enfant, puisque sa mère travaillait le soir et la nuit. Une fois enceinte, elle se sentait prête à assumer le rôle de parent étant donné qu'elle s'était déjà occupée de sa sœur :

Ils se sont laissés à sa fête (sa mère et son conjoint), ma petite sœur, elle avait même pas un mois. Ça fait qu'à même pas un mois, c'est moi qui l'a élevée, parce que ma mère elle a dû retourner au travail pour pouvoir nous élever. Ça fait que c'est moi qui n'avais comme pu vraiment de vie. J'allais à l'école, j'allais à la garderie chercher ma petite sœur, je revenais chez nous, je m'en

occupais. Le matin je l'entendais pleurer, c'est moi qui allait se lever, pas ma mère.

D'une façon ou d'une autre, la plupart des jeunes filles mentionnent qu'elles se sentaient prêtes à assumer le rôle de parent. Elles se considéraient autonomes avant la venue de l'enfant. Ce n'est toutefois pas le cas de Mégane qui confie que, malgré le fait qu'elle tenait à garder le bébé et qu'elle a su être capable de s'en occuper, elle n'était pas prête à vivre l'expérience de la maternité. Elle estime qu'à dix-sept ans, ce n'est pas le moment de vivre ça :

C'était comme pas une si bonne nouvelle que ça que j'sois enceinte. Mettons que j'étais vraiment pas prête là! Tsé, j'ai été capable de m'en occuper, mais je pense pas que tu sois prête à 17 ans de s'occuper d'un enfant là...n'importe qui! À 17 ans...té comme plus dans fêter pis...pis à cause que pendant un bout de temps justement, j'ai rien fait là... à part fumer mon joint le soir! Quand j'ai arrêté d'allaiter là, c'était la débauche ! C'était...j'aurais été (signalée) à la DPJ, je me serais fait enlevé mon enfant. Je m'en occupais, mais...je fumais en d'dans. Tsé, aujourd'hui, j'fais plus ça fumer en d'dans. Là...chu comme : ben voyons à quoi t'avais la tête!

Il s'avère ainsi que la prise de responsabilités provoquée hâtivement par des difficultés familiales peut être précurseur d'une maternité précoce. Malgré le fait que les participantes ne le disent pas clairement, c'est ce qui se dégage des propos de plusieurs jeunes mères rencontrées. Ce n'est toutefois pas un facteur de risque trouvé dans les recherches répertoriées dans la recension d'écrits.

De même, pour certaines adolescentes participant à cette étude, un sentiment de solitude ressenti face au rejet vécu de la part de leur famille a pu conduire à envisager d'avoir un enfant comme une solution face à cette solitude. L'enfant est vu, dans ce cas, comme un « sauveur » face au besoin émotionnel ressenti.

3.2.4 L'intervention de la Direction de la protection de la jeunesse

Comme mentionné précédemment, chacune des participantes a son propre parcours de vie. Pour certaines, qui représentent une minorité des jeunes mères de l'échantillon, les difficultés familiales les ont menées vers un placement en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse.

Lucie mentionne avoir été ainsi placée un mois en famille d'accueil en lien avec ses comportements à l'adolescence. Elle dit ne pas avoir accepté la séparation de ses parents et s'être révoltée. Le fait d'être placée, selon ses dires, n'aurait pas résulté en un rapprochement avec ses

parents, au contraire. Elle signale être retournée vivre chez sa mère, tout en indiquant que le fossé s'est alors creusé davantage, dit-elle. Par ailleurs, elle estime que le placement en famille d'accueil l'a fait grandir :

Ça m'a fait réveiller, ça m'a fait mûrir, ça m'a dit : « regarde, tu es toute seule dans la vie, tu ne peux pas faire confiance à personne ». Tu es toi, c'est toi. Si toi tu veux te rendre loin, c'est ton problème. Si tu ne veux pas te rendre loin, c'est ton problème aussi. Mes parents ils m'aidaient pas, ils m'écoutaient pas.

De son côté, Barbara raconte avoir vécu un placement temporaire en foyer de groupe parce qu'elle ne se présentait pas à l'école. Elle devait y rester un mois, mais elle y est restée une semaine seulement, car le motif de ses absences scolaires était lié à de l'intimidation vécue à l'école, et non à un trouble de comportement. Elle mentionne qu'elle devait changer d'école, mais qu'elle est finalement allée travailler :

Ils m'ont envoyée dans un foyer d groupe pendant une semaine. C'était censé être un mois, mais après une semaine mes parents sont venus m'chercher, puis finalement y'ont compris que c'était vraiment de l'intimidation; j'étais malheureuse, j'pleurais. Finalement j'étais censée changer d'école, mais ça a pas eu lieu. Finalement j'ai été travailler au McDo à 15 ans puis heu... jusqu'à 16 ans, puis à 16 ans j'voulais reprendre mes cours à l'éducation aux adultes, mais j'ai tombée enceinte faque j'ai pas repris mes cours...

L'intervention de la Protection de la jeunesse s'inscrit dans un contexte plus large, et n'est pas en lien direct avec la grossesse de Barbara. Elle n'en influence pas moins sa trajectoire.

Plus spécialement au moment de leur grossesse, Alexandra et Mégane étaient placées en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse. Elles mentionnent que le choix de garder l'enfant n'était pas bienvenu de la part des intervenants, mais qu'elles n'ont tout de même pas eu de pression vers l'avortement et qu'elles ont fait le choix de poursuivre leur grossesse. Elles indiquent avoir eu du soutien de la part des intervenants du centre jeunesse.

Malgré qu'elles étaient toutes deux placées en institution, elles relatent une expérience différente. Alexandra d'elles était en appartement supervisé, qu'elle a dû quitter pour se trouver un appartement parce qu'elle était âgée de dix-sept ans et demi, et que les services de la protection de la jeunesse cessent lorsque l'adolescent atteint dix-huit ans. Mégane était en foyer de groupe et a été transférée en appartement supervisé où elle vit présentement avec son garçon. Malgré les défis qu'elles ont vécus, elles se disent toutes deux aujourd'hui satisfaites de leur cheminement.

Macha a eu aussi un contact avec la DPJ, mais d'un tout autre ordre. Elle s'est vu enlever la

garde de sa fille à la suite d'un signalement en lien avec sa consommation. Bien qu'elle mentionne n'avoir jamais manqué de patience envers son enfant, elle concède que la consommation faisait en sorte qu'elle était très fatiguée, et qu'elle était peu disposée à s'occuper de sa fille :

J'avais pas consommé tout le long de la grossesse. Ça fait que c'est ça, j'ai fait cette erreur-là, puis ça a fait ma première trace dans mon dossier de DPJ. Ça fait que là, après ça, j'ai arrêté de parler au père puis j'ai pu reconsumer jusqu'à tant que ma fille elle ait à peu près, je te dirais, un an. Ouin, c'est la gaffe que j'ai faite, j'ai recommencé une fois. Puis là, j'avais de la misère à me réveiller, j'avais de la misère à m'en occuper, mais jamais j'ai perdu patience. C'est juste, vraiment, que je dormais tout le temps, j'avais de la misère à me rattraper.

Il s'avère donc que cinq des douze participantes ont été, dans leur parcours, en contact avec la Direction de la protection de la jeunesse, et ce, à différents moments et pour différentes raisons. Pour deux d'entre elles, le placement a été de courte durée, une autre a été placée à l'âge de quinze ans et demi et est encore sous le coup de la Loi de la protection de la jeunesse, alors qu'une autre a vécu son adolescence soit en foyer de groupe, soit en centre de réadaptation. Elle est maintenant âgée de vingt ans, faisant qu'elle n'a plus droit aux services fournis par la Direction de la protection de la jeunesse. Pour trois des jeunes filles prises en charge par la DPJ, les signalements et les placements en centre jeunesse résultent des difficultés familiales auxquelles elles ont fait face. Une seule des participantes a eu des contacts avec la DPJ en lien avec sa maternité, parce qu'elle consommait. Celle-ci a perdu temporairement la garde de son enfant et dispose de quelques mois pour se reprendre en mains. Elle n'a pas eu de contact avec la DPJ avant la maternité, bien qu'elle ait vécu aussi des difficultés familiales dans l'enfance.

3.2.5 En somme

Cette section trace un portrait du segment de la trajectoire des jeunes mères interviewées lié à leur vécu familial, avant la maternité. Il ressort que les difficultés familiales sont au cœur du parcours de vie des participantes rencontrées. Elles ont toutes vécu des difficultés relationnelles avec au moins un de leurs deux parents. Plusieurs mentionnent l'absence de leur père, ou indiquent, lorsque celui-ci était présent, qu'il n'y avait pas de lien significatif père-fille. Plusieurs rapportent avoir eu des relations difficiles avec leur mère ; relation marquée de conflits ou de rejet de la part de celle-ci. Il est apparu que, pour plusieurs, les difficultés familiales auxquelles elles avaient été confrontées dans leur enfance ont résulté en d'autres difficultés telle la prise de responsabilités en bas âge, c'est-à-dire le fait de jouer un rôle de parent à l'adolescence auprès

des autres enfants de la famille, ou le fait de devoir se responsabiliser suite à leur départ du domicile familial, alors qu'elles n'avaient pas encore atteint l'âge de la majorité. Ces difficultés familiales ont aussi conduit, pour certaines, à des interventions de la Direction de la protection de la jeunesse pour différents motifs, entraînant pour certaines une prise en charge par l'institution ou le placement en foyers de groupe et famille d'accueil. Une seule des jeunes participantes relatent que l'intervention de la DPJ a conduit à la perte de la garde de son enfant.

3.3 Le parcours scolaire autour de la grossesse

Il importe de mentionner que le parcours académique des participantes n'a pas l'objet de questions posées directement aux participantes. Ce sont elles qui ont abordé le sujet lorsqu'elles parlaient de leur vécu en lien avec la maternité, indiquant par là qu'il s'agit d'une dimension significative, pour elles, de leur parcours. Il apparaît dès lors pertinent de faire un bilan de leur parcours scolaire, de leur point de vue, afin de bien comprendre leur trajectoire.

3.3.1 Le parcours scolaire avant la grossesse

Tout comme le vécu familial, le parcours scolaire des participantes diffère de l'une à l'autre. Deux profils se dégagent toutefois : plusieurs avaient abandonné l'école avant la maternité alors que, pour d'autres, c'est la maternité qui les a conduites à l'abandon scolaire. Néanmoins, elles ont toutes un point en commun, soit le souhait de retourner aux études à court, moyen ou long terme.

Pour différentes raisons, plusieurs avaient cessé l'école avant l'annonce de la maternité. Pour certaines, le décrochage est lié à une démotivation scolaire. Pour Clara, la démotivation s'est concrétisée dans la foulée d'une grève étudiante. En effet, lors de la grève étudiante, elle était au Cégep dans un programme technique, et elle révèle avoir décroché et avoir perdu la motivation d'y retourner lorsque la grève a été terminée. C'est à ce moment, dit-elle, qu'elle a abandonné ses études :

J'allais au cégep aussi en technique. J'aimais ça, mais après ça j'ai arrêté, j'ai réalisé que ce n'était pas moi, puis avec la grosse grève qui est arrivée de trois mois, ben là... C'est à ce moment-là qu'il y a eu une pause de trois mois. Ça, ça

m'a tellement démotivée. Il fallait recommencer. Puis on avait un oral, puis je pense que personne ne l'avait fait, parce que pendant trois mois tu ne penses plus à faire tes devoirs et tout. Tu as le temps de les faire, mais tu n'y penses plus trois mois après. Ça fait que je ne suis pas retournée.

Pour Corine, la démotivation est apparue à la suite à un enchaînement d'événements négatifs. Elle a connu un déménagement de région provoquant plusieurs changements d'école. À cette occasion, son dossier scolaire a été égaré et elle aurait été classée dans un niveau inférieur alors qu'elle mentionne avoir de la facilité à l'école. À la même époque, une mononucléose a forcé son hospitalisation, provoquant une absence prolongée à l'école. Tous ces événements auraient fait en sorte de la démotiver :

Ça fait deux ans que j'suis ici. Donc d'la Gaspésie à ici j'ai fait tellement d'écoles que rendu ici ils sont trompés d'dossier avec ma jumelle, y'ont comme effacé mon dossier donc j'ai été dans l'même degré qu'ma soeur parce qu'elle, elle a fait du cheminement continu donc ils m'ont placé là en disant que c'est ma jumelle donc j'ai le même degré qu'tout ça fait que après quand y'on vu après que j'tais plus forte que ma sœur. Ils m'ont r'mis en secondaire 3 pis j'ai toute lâchée parce que j'ai rentrée à l'hôpital pour une mononucléose oui pis heu... il était trop avancée donc j'ai dû rester à l'hôpital une couple de semaines pour mettre mon état stable pis /.../ j'ai lâchée.

Pour d'autres, comme pour Mégane et Olivia, le décrochage paraît en lien avec des difficultés académiques :

Je travaillais là, je m'étais fait renvoyé de l'école. On était trois élèves à subir l'harcèlement sexuel. Pis c'est, ces trois élèves qui se sont fait mettre dehors. Ridicule! Moi, ça faisait deux, trois fois que je faisais mon secondaire trois. Faque, fuck off! Check, je me réinscris pas à l'école là. Je suis allé travailler.
Mégane

J'ai arrêté... en secondaire 2, ils m'ont placée dans une école des adultes. Ça fait qu'il avait fallu que je fasse toute mon pré-secondaire au grand complet. Moi je suis... excuse-moi l'expression, mais je suis pourrie à l'école, à part en français. En français j'étais bonne. En maths, en sciences humaines j'étais pourrie, j'étais pas vraiment bonne. Je comprenais rien parce que j'ai un trouble d'apprentissage. Même avec les médicaments je comprenais rien. Ça fait que là ils m'ont placée en pré-secondaire à l'école Le Moyne-D'Iberville. Mais là j'ai arrêté l'école, pour m'en aller à Macadam. Olivia

Barbara, elle, raconte avoir abandonné l'école à quatorze ans suite à de l'intimidation qu'elle a subie. Elle révèle qu'elle attendait d'avoir atteint seize ans pour aller à l'école aux adultes au moment où elle est devenue enceinte :

J'avais déjà lâché l'école moi, j'ai lâché l'école à quatorze ans, parce que j'ai subi de l'intimidation. /.../ C'était dans mes projets de retourner aux adultes à seize ans, mais là, j'ai eu un autre parcours.

Enfin, pour Lucie, il s'agissait de vivre d'autres expériences que la vie d'école :

Je ne pensais pas avoir un enfant aussi tôt, c'était pas prévu dans ma vie. Puis surtout que j'étais pas mal olé-olé, dans le sens que j'étais indépendante, je faisais ce que je voulais quand je voulais puis c'était pas mon genre de m'occuper, de rien faire puis avoir un enfant. /.../ J'étais encore dans ma phase de ... je voulais faire d'autres choses, je voulais profiter de la vie. /.../, Mais ça a changé beaucoup, du jour au lendemain ! /.../ J'étais partie à Ottawa, j'ai déjà étudié à Québec. J'étais tout le temps en mouvement. Puis là astheure ça stagne. Je suis aux études.

Trois des participantes relatent, pour leur part, avoir cessé l'école suite à l'annonce de la maternité. Anabelle était à ce moment en secondaire 5 et elle a abandonné l'école avant la période des fêtes; elle était enceinte depuis la fin septembre. Elle rapporte avoir du regret face à sa décision.

J'ai décidé d'arrêter l'école avant Noël. Chu tombée enceinte en septembre début octobre pis heu... c'est ça, là j'ai arrêté l'école, en décembre en secondaire 5. Tsé il m'restait la fin d'année. J'aurais quand même pas pu finir mon année, mais si j'mettais rendue jusqu'en mai il m'aurait probablement laissé faire mes examens après mon accouchement, mais j'ai pris une mauvaise décision en décidant d'arrêter l'école.

Julie était au Cégep et Maude faisait un DEP au moment d'apprendre qu'elles étaient enceintes. Elles mentionnent toutes deux avoir cessé leur programme d'études à cause de la grossesse :

J'étais au cégep aussi, ça fait que là, j'arrêtais le cégep, c'était un revirement de situation. Julie

Chu tombé enceinte, j'habitais avec ma mère à temps plein, j'allais à l'école, je faisais un DEP en comptabilité/secrétariat. /.../ ben chu tombé enceinte au mois de juin, c'était l'été et au mois d'août je r'commençais l'école. Fèque, j'ai comme pas recommencé l'école. Maude

Ce qui se dégage des propos des participantes quant à leur parcours scolaire est que peu importe le moment où elles ont quitté l'école, leur itinéraire était alors parsemé d'obstacles et la

venue de l'enfant amène, selon leurs dires, des défis supplémentaires dans la poursuite du cheminement scolaires, qui seront maintenant révélés.

3.3.2 Impact de la grossesse sur le parcours scolaire

On l'a vu, plusieurs des jeunes mères ont dû ou ont choisi d'abandonner l'école pour vivre leur grossesse. La reprise du parcours scolaire peut paraître difficile pour certaines, néanmoins elles démontrent du courage et de l'espoir devant cette perspective. C'est notamment le cas d'Alexandra et de Maude :

Ça se peut que ma technique, ça soit plus long que prévu, puis que maman soit à l'école et que mon fils aussi soit à l'école en même temps. Mais, au moins, ça va lui montrer que : « regarde, moi je vais à la garderie, maman va à l'école pour travailler ». Pis, c'est une vie ben normale comme toute famille. Alexandra

Si j'aurais pas tombée enceinte, j'aurais déjà fini l'école. Mettons chu tombée enceinte à dix-huit ans, il me restait un an d'école. À dix-neuf ans, là j'aurais fini. J'aurais fini là aujourd'hui, je travaillerais pis toute. Mais j'ai comme... Je m'en venais ben, là j'ai toute stoppé, chu tombée enceinte, là j'ai comme reculé pas mal, pis là chu en train de remonter la pente tranquillement. Maude

Celles qui, comme Julie, confient avoir abandonné l'école « à cause de la grossesse », y voient un impact négatif sur leur parcours scolaire :

J'étais au cégep aussi, ça fait que là, j'arrêtais le cégep, c'était un revirement de situation. Moi, j'ai un peu de peine de ça, parce que je me dis, au secondaire j'ai terminé l'élève de l'année, j'ai eu des bourses, ça fait que j'étais tellement l'élève modèle numéro 1, qu'on dirait qu'avoir fait tout ça, puis de ne pas avoir plus... Lucie

L'impact de la grossesse n'est pourtant pas négatif pour toutes, il peut aussi être vu comme étant positif. En effet, si Maude, Julie et Anabelle disent avoir dû cesser leur parcours scolaire lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes, d'autres, comme Mégane, mentionnent qu'elles n'auraient peut-être pas pensé retourner à l'école si cet événement ne leur était pas arrivé :

Je suis retournée à l'école... chose que je ne pensais jamais faire. Encore moins avec un bébé. Mégane

Pour certaines, comme Barbara, la grossesse les aurait amenées à formuler des projets futurs afin d'assurer un avenir meilleur à leur enfant, même si elles envisagent qu'un retour à l'école ne sera pas facile :

J'suis quand même assez bonne à l'école, tsé faut que j'fasse queq'chose aussi pour pouvoir donner une belle vie aussi à mes enfants. Moi, mon plan était d'attendre un an parce que j'trouve qu'avant un an, c'est tôt quand même pour

mettre un enfant à la garderie. Pis après ça, j'aimerais ça obtenir mon diplôme d'études secondaires, aller au Cégep soit faire une technique en éducation spécialisée ou heu... soit aller à l'université être travailleuse sociale. Ça s'rait vraiment mon rêve là, pis j'espère que j'vais être capable de m'organiser même en ayant des enfants.

Aussi, celles qui estiment que leur parcours scolaire était déjà affecté au moment où elles sont devenues enceintes, voient davantage de conséquences positives à leur maternité. Certaines mentionnent qu'elles ne voyaient plus d'intérêt à poursuivre leurs études. La venue de l'enfant devient alors, selon leurs dires, un vecteur de changement positif, et offrir ce qu'il y a de mieux pour l'avenir de la famille apparaît alors comme une motivation au retour à l'école, et ce, malgré les difficultés scolaires vécues dans le passé. Alexandra en témoigne :

Je m'ai réveillée, j'ai comme fait : « mon Dieu, faut que je montre l'exemple à mon enfant, il ne faut pas que je fasse les mêmes erreurs que me mère elle a faites ». Ma mère est une bonne mère, mais elle n'a pas fait certaines affaires que pour moi, c'était important. Ça fait que c'est là que j'ai fait : « Ben, je vais retourner à l'école ». Je vais commencer par finir mon secondaire, puis après j'avais ça dans la tête. Là, je vais aller faire ma technique, je veux lui montrer l'exemple.

On l'a déjà mentionné, toutes indiquent qu'elles aspirent à un retour aux études afin d'avoir de meilleures conditions de vie. Les aspirations sont différentes pour chacune d'elles, toutefois elles en ont toutes.

3.3.3 Les projets de vie après la grossesse

Des projets de vie, elles en ont. Beaucoup de jeunes mères souhaitent poursuivre leurs études et avoir un bon travail. Les projets d'avenir vont de l'obtention d'un diplôme d'études professionnelles à un diplôme d'études collégiales. Parfois même, leurs aspirations vont jusqu'à l'obtention d'un baccalauréat.

Elles démontrent néanmoins un certain réalisme face à leurs ambitions et une capacité à reconnaître leurs limites personnelles, comme en témoigne Lucie :

Au niveau scolaire, par contre, dans ma vie moi je voulais devenir psychologue, je voulais devenir médecin, je voulais aller au cégep faire un DEC, je voulais aller à l'université. Je pouvais pas choisir ça. Il y en a qui le font, mais moi, j'aimais mieux pas prendre de chances. S'il aurait fallu que j'aille au cégep faire philo, français, math, éducation physique, j'aurais tu vraiment réussi à faire mon cours et finir? Non. Même aujourd'hui : infirmière auxiliaire, je rush parce que, oui, j'essaie de comprendre, je suis quand même intelligente, mais il faut que j'étudie, il faut que je me couche tard pour étudier, ça fait que c'est ça qui est

plus dur. Je veux pas rester avec un DEP. Je veux aller plus loin que ça, me spécialiser à l'université ou aller faire le DEC soins infirmiers.

Corine aussi confie qu'elle a l'ambition d'avoir une profession, et qu'elle a fait le choix de retourner à l'école quand une opportunité s'est présentée à elle : ses parents lui ont offert de la supporter dans ses projets d'étude, une offre qu'elle ne pouvait refuser.

Mes parents, ma mère, m'a donné le choix de r'commencer les études, donc je r'commence mes études le 6 janvier comme infirmière auxiliaire. Ma mère va garder l'bébé pis a va m'aider dans mes études donc c'est pas une aide que j'allais refuser parce que j'suis consciente que pour un bébé, c'est bon d'avoir des études pour avoir un travail à la hauteur pour un bébé. J'ai accepté.

Pour Olivia, le retour aux études n'est pas prévu à court terme, elle aspire plutôt reprendre son parcours scolaire lorsque son enfant sera plus âgé, et ce, malgré les difficultés d'apprentissage qu'elle a vécues précédemment :

Plus tard, mème que qu'à soit vieille, que je fasse mon... c'est sûr que je suis pas vraiment bonne à l'école, mais je vais essayer de faire des efforts pour être dans un DEP en coiffure, parce que c'est vraiment ça, ma passion. Que ça prend des années, je m'en fout là.

3.3.4 En somme

Deux profils se dégagent du récit des jeunes mères rencontrées quant à leur parcours scolaire : plusieurs avaient abandonné l'école avant la maternité alors que, pour d'autres, c'est la maternité qui a conduit à l'abandon scolaire. Il s'avère en bout de course que malgré les conséquences, positives ou négatives, qu'elles associent à leur grossesse survenue à l'adolescence en regard de leur parcours scolaire, les participantes convoitent un diplôme - différents pour chacune - dans un but ultime, qui est de montrer l'exemple, offrir un milieu de vie sain à leur enfant et aller au bout de leur rêve.

3.4 Un parcours parsemé de violence

Bien que l'intérêt initial de cette étude n'était aucunement porté vers le vécu de violence des jeunes mères à explorer dans le cours des entretiens, celles-ci l'ont abordé spontanément et sans malaise. Considérant les objectifs de ce mémoire et la technique d'entretien utilisée, il s'avère plus que pertinent de rapporter les propos des participantes en lien avec cet élément qui, de leur point de vue, s'est avéré un point tournant dans leur trajectoire en lien avec la recherche d'aide et de services. Cette section permet de mieux comprendre l'histoire de vie d'une majorité

des participantes, et de mieux saisir les événements « déterminants » infléchissant la trajectoire de recherche d'aide et de services.

Comme il a été mentionné précédemment, une majorité des participantes de l'étude ont connu un ou plusieurs épisodes de violence dans leur vie, soit familiale, conjugale ou les deux. Elles révèlent avoir vécu de la violence verbale, psychologique ou même physique. Il ne sera pas question dans cette section de dresser un portrait exact de la violence vécue par les jeunes mères rencontrées, mais bien de s'intéresser à cette dimension de leur vie afin de mieux comprendre leur réalité.

3.4.1 La violence familiale

Des neuf participantes ayant subi de la violence, sept ont vécu de la violence familiale. Chacune a, encore ici, sa propre histoire. Julie rapporte avoir vécu de la violence à la maison de façon indirecte, car son père était violent envers sa mère et non envers les enfants. Il était violent lorsqu'il buvait de l'alcool, précise-t-elle. Elle souligne que ce vécu a eu un impact positif sur sa relation conjugale, car elle ne souhaite pas vivre une même situation, ni le faire vivre à son enfant. Elle déclare que ce n'est pas l'idéal comme climat familial :

Il (son père) était violent avec l'alcool. Donc, si mon chum se mettait à boire de la bière puis tout le temps, je serais comme : « non, arrête de boire. Je ne voudrais pas... Je ne veux pas embarquer dans le même processus »... /.../ c'était surtout envers ma mère, mais devant nous. Ça fait que ce n'est pas l'idéal.

Cet extrait montre que Julie associe la consommation d'alcool avec la violence, d'où l'importance, pour elle, que son conjoint ne consomme pas d'alcool de façon abusive.

Alexandra raconte pour sa part avoir vécu dans un climat de violence où sa mère et son beau-père se chicanaien continuellement. Son expérience paraît semblable à celle de Julie, mais Alexandra paraît moins clairement en avoir été affectée :

Il (son beau-père) a été 14 ans de temps avec ma mère. Ils se sont séparés parce que ça ne marchait juste pas là. Moi, je lui disais tout le temps : « Ça ne marchera jamais vous deux », puis ça ne marchait juste pas. Il y avait de la violence, puis toutes ces patentes-là.

Pour Lucie, Macha et Olivia, la violence de leur père leur était plus directement adressée :

J'avais peur de mon père parce qu'il m'a déjà frappée... pas frappée, mais il me poussait, puis il m'a rentrée dans un cadrage de porte. Moi j'étais traumatisée. Il m'avait déjà claqué une cuisse un moment donné, j'avais sa trace de main sur la cuisse. J'avais peur puis ça en prend pas gros pour m'effrayer dans ce temps-là, mettons quand tu vois ton parent faire ça... Lucie

J'haïssais vraiment ça être chez mon père. Il était toujours gelé, il était violent puis tout. Macha

Mon père... j'allais à l'école [nom de l'école] pis moi je rouspète souvent, je suis pas mieux. Ça fait que lui, il aime pas ça le rouspétage, ça fait que lui m'a déjà rentrée dans le mur. J'avais déjà eu une fente ici, pis ma mère m'avait dit « Va-t'en pas à l'école, tu vas te faire poser des questions ». Olivia

L'extrait d'Olivia signale non seulement la violence physique manifestée par son père à son égard, mais aussi le fait qu'elle considère que sa mère endossait, d'une certaine façon, les gestes de son conjoint. Olivia ne fait toutefois pas mention de violence commise par sa mère. En fait, seule Véra dévoile avoir subi de la violence de la part de sa mère qui lui fait regretter son enfance :

Ma mère m'a pas... Je sais pas si on peut dire ça, me battait, mais elle était violente envers moi. Parce que je suis la plus vieille de la maison. Ça fait que c'est moi.../.../ Même avant 11 ans. Ma mère, plus jeune, quand j'étais au primaire... à la maternelle, je pense, j'étais assise sur la chaise de cuisine, elle a levé la chaise pour me faire tomber. Ça fait que non, j'ai pas eu une très belle enfance.

Enfin, Mégane fait part aussi de son vécu de violence, et ce, sans retenue. Elle révèle avoir vécu de la violence de la part de son beau-père, violence qui, selon ses dires, aurait perduré pendant huit longues années marquées de peur et de souffrance :

Moi, je me faisais battre par mon beau-père, je me suis fait battre pendant huit ans pis eh.../.../ De cinq jusqu'à temps que j'aïlle treize. Pas juste une claqué derrière la tête là, les photos dans mon dossier sont assez horribles. Comme Aurore, pis je suis comme un peu en bas d'Aurore là. J'avais des brûlures sur mes jambes. J'étais maganée ! /.../ J'avais des marques, j'étais maganée sérieux. Mes profs capotaient, j'avais tout le temps des chandails à manches longues parce que...des bleus là. Il m'a déjà renversé un chaudron de soupe bouillante sur mes jambes. Il m'a déjà pitchée en bas des escaliers. Il m'a donné un coup derrière la tête, j'ai fait une commotion cérébrale là. J'étais maganée ! /.../ J'avais tellement peur de mon beau-père qui s'approchait de moi que je me mettais à saigner du nez. Je faisais pas de drogue dans l'temps là (rire) C'était

pas la drogue qui me faisait saigner du nez. Il me faisait pipi dessus des fois, c'était intense là !

Mégane mentionne qu'elle n'en parlait pas au début, et qu'elle mentait lorsqu'elle se faisait questionner par le personnel de l'école qu'elle fréquentait sur l'origine de ses plaies. Cependant, du moment où elle a avoué être victime de violence à la maison, l'école a fait une plainte à la Protection de la jeunesse.

Je l'ai pas dit tout de suite que je me faisais battre. Au début, je disais « ha! je me bats dans la rue ». J'étais quand même violente quand j'étais plus jeune. Je me battais à l'école. Aux volées que je mangeais... Même encore aujourd'hui, c'est dur de me contrôler. Maintenant je le fais (fait référence au contrôle), avant je le faisais pas. /.../ Ça pris un an avant qu'ils me sortent de là. D'un coup que j'ai fait ma plainte... D'un coup que l'école a porté plainte, ça pris un an avant qu'ils me sortent de là. /.../ C'est après ça que ça été plus difficile, mais à l'école je me battais tout le temps. Nombre de fois que j'ai été mise au local de retrait pour ça. À la fin, ils appelaient même plus mes parents parce qu'ils savaient que moi, une fois rendue chez nous, je te mangeais une tabarnak de volée !

Tout comme Julie, Mégane mentionne qu'elle n'accepterait pas d'être en relation avec un homme violent, surtout pas envers son enfant :

Je serais jamais avec un gars qui est violent, soit envers moi soit envers mon enfant. Je la trouverai pas drôle la journée que ça va arriver. J'habite au cinquième là, il va passer par-dessus le balcon. Qui me touche moi ! Moi, je trouve pas ça acceptable, mais tsé, ça serait juste moi, tout dépendamment de la forme de violence, peut être que je l'accepterais. /.../, Mais, dès que ça touche à mon garçon par exemple, houuu, je risque de faire de la prison, c'est sûre et certain ! Qu'on touche à mon gars, là !

Mégane raconte que la violence familiale a été l'élément déclencheur de son départ de la maison familiale. Elle n'est pas la seule qui établit ce lien direct. C'est aussi le cas de Véra et Olivia.

J'ai tellement eu peur de ma mère que je suis partie, pis je me suis retrouvée comme à la rue. Véra

Je suis partie plus tôt à cause de mes parents. Olivia

Comme il a été mentionné précédemment, la violence familiale fait partie du vécu de la majorité des participantes rencontrées. Le fait d'en parler spontanément montre l'importance qu'elles y accordent dans leur trajectoire.

Enfin, notons que, pour certaines, la violence familiale a été un point tournant dans leur trajectoire, précipitant un départ hâtif du domicile familial, et pouvant être, d'une certaine façon, un facteur de protection pour l'enfant.

3.4.2 La violence conjugale

Comme le vécu de violence familiale, la violence dans les relations amoureuses est ressortie spontanément dans le récit de huit participantes à cette étude. Six de ces jeunes femmes ont aussi vécu de la violence familiale. Et tout comme la violence familiale est considérée comme un point tournant de leur parcours par certaines, la violence conjugale l'est tout autant pour ces jeunes mères. De fait, plusieurs ont mentionné que la présence de l'enfant a permis de briser le cycle de la violence en provoquant une rupture amoureuse. Le bien de l'enfant paraît alors au cœur de leurs préoccupations.

Clara raconte que la violence de son copain est apparue au moment de la grossesse. Elle était en relation avec lui depuis trois ans, et elle n'avait jamais vécu de violence auparavant. Elle n'a pas non plus vécu dans un climat familial où il y avait de la violence. Dans ses propos, on peut voir le souci de ne pas faire vivre une situation de violence à son enfant qui devient, dès lors, le vecteur de motivation la menant à vouloir mettre fin au cycle de la violence en quittant son conjoint :

Au début il ne l'a pas été (fais référence à la violence de son conjoint), c'est vraiment vers la fin, quand que j'ai eu mon fils que là, il l'a été, puis on s'est séparés à cause de ça. Là ça fait sept mois qu'on n'est plus ensemble. /.../, Mais au début... Il avait été une fois violent quand j'avais été enceinte. J'étais enceinte de trois mois, puis là je me suis dit : « OK il ne l'a jamais fait en trois ans, il ne va pas le refaire ». Mais quand il l'a refait, quand j'avais mon fils, après j'ai dit : « non, pas question que..., mon fils... » dans les bras puis tout, j'ai dit : « je ne veux pas qu'il voie ça ». Ça fait que là, on s'est séparés après. Puis en plus de l'alcool puis tout, ça fait que j'ai dit : « non, ça ne peut pas marcher ».

Clara transmet aussi, dans ses propos, le courage qu'elle a eu de dénoncer la violence de son conjoint aux autorités, courage qu'elle dit avoir été provoqué par la peur que son fils reproduise les mêmes comportements violents que son père :

Il était agressif aussi avec mon fils qui était à côté, qui pleurait. Il avait juste un mois. Mais je ne voulais pas qu'il aille plus... Je ne voulais pas qu'ils deviennent comme ça aussi. Ça fait que je pense que ça, ça m'a donné tout le courage de faire le geste d'arrêter puis de le dénoncer.

Clara n'est pas la seule qui mentionne que la grossesse lui a donné du courage afin de mettre fin à la violence. Corine, qui tout comme Clara ne provient pas d'un milieu familial où il y avait de la violence, confie qu'elle était dans une relation amoureuse empreinte de violence depuis un an et demi, lorsqu'elle est devenue enceinte. Elle affirme que la grossesse a été un élément déclencheur l'amenant à vouloir mettre fin à la relation violente, prétextant qu'elle méritait mieux et qu'elle ne souhaitait pas faire vivre une telle situation à son enfant :

J'ai décidé de l'quitter parce qu'il me battait et il m'insultait pis il m'empêchait de voir ma famille, me rabaissait envers tout l'monde et il me trompait. Donc, j'ai décidé de finir ça là, après un an que j'essayais de le quitter. Donc ça a fait comme que j'ai été capable de mettre mon pied à terre (fait référence à l'annonce de la grossesse). Pis dire non, j'mérite pas ça et mon enfant non plus.

Alors que pour Corine la grossesse a été un facteur précipitant la séparation, mettant fin par le fait même à la situation de violence, il en fut autrement pour Lucie lors de l'annonce de la grossesse. Celle-ci a vécu de la violence dès le début de la relation. La grossesse est arrivée peu de temps après le début de la relation, et a justifié le fait de rester dans cette relation violente :

Depuis qu'on habitait à Ottawa, ça a été comme ça (fais référence à la violence). Mais tsé j'étais faite, j'avais un enfant dans le ventre, ça fait que j'avais pas le choix.

Elle estime que cette perception qu'elle devait rester dans la relation, car elle allait avoir un enfant avec cet homme, lui a fait vivre de la violence pendant environ deux ans. Elle confie qu'elle adoptait des comportements de soumission afin d'éviter des moments de colère. L'extrait qui suit montre un moment où Lucie s'est affirmée en refusant d'aller reconduire son copain, mais qui finalement s'est conclu autrement :

Lui, dans sa tête, ça ne se pouvait pas que moi je voulais pas y aller, j'avais tout le temps fait tout pour lui. Ça fait que là, il avait lancé des chaises dans le passage, il y avait des marques sur les murs. Il avait tout pitché le linge à terre que j'avais plié. Là, il avait habillé le bébé dans la coquille pour m'obliger à y aller, ça fait que là j'étais allée pour acheter la paix.

Lucie a mis fin à cette relation violente alors que son enfant avait un an :

Jusqu'à la fête des un an à mon fils, j'ai dit : « ça suffit ». J'ai pris mes affaires, je les ai toutes emmenées chez ma mère. /.../ Ça faisait deux ans que moi puis lui c'était violent, puis ça marchait pas là.

Elle relate un événement déterminant, trois mois avant la fête de son garçon, qu'elle dit avoir été le déclencheur de sa décision :

Un moment donné, genre, on avait pogné une chicane, il était assis avec son cell dans les mains, parce qu'il était tout le temps dessus, puis il avait donné un... mon fils il était assis, il buvait son biberon, puis lui, pour faire chier, je ne sais pas trop, il avait donné un coup de pied sur sa petite marchette à côté de mon fils, mais ça avait revolé sur la soucoupe, qui avait revolé sur mon fils après. Il avait, genre, neuf mois dans ce temps-là. Ça fait que là, la tête à terre, la marchette dans la face, là je prends mon fils, lui il pleurait : « Qu'est-ce que c'est ça? Qui qui me fait mal? Ce n'est pas normal ». Là j'ai dit : « Que je te revoye toi toucher à mon fils! », puis là il m'avait dit : « Je m'en fous, anyway tu es une grosse baleine ». J'en revenais pas. J'étais pu capable. Mais c'était de même tout le temps.

Macha confie, pour sa part, avoir toléré et excusé les comportements de violence de son conjoint sous prétexte que sa consommation d'alcool provoquait la violence. Le fait d'avoir un enfant avec cet homme justifiait son silence, précise-t-elle :

Je n'osais pas trop en parler, parce que, dans ma tête, c'était le père de ma fille puis je me disais : « Ah il était juste saoul, il ne recommencera pas ».

Macha dit avoir tout de même tenté de quitter son conjoint, mais elle revenait avec lui sous l'influence de la menace. Elle raconte qu'il la menaçait de lui faire perdre la garde de son enfant si elle le quittait :

Il disait toujours « Si tu me laisses ou si tu dis quoi que ce soit qui n'est pas vrai, je vais te faire perdre ta fille » puis blablabla. Il me disait tout le temps ça. /.../ Chaque fois que je le laissais, ça l'énervait. Un moment donné, j'ai décidé de le laisser, il était trop violent. Il faisait de la violence devant ma fille puis devant moi, parce que lui aussi il était en état de consommation.

L'élément déclencheur qui a mis fin à cette relation de violence, selon le récit qu'elle en fait, est le moment où Macha s'est défendue et que les policiers sont intervenus. Cet événement, a mis fin à la relation, mais aussi, déplore-elle, lui a coûté la garde de sa fille :

Il y avait de la violence envers moi, verbale, physique. Il faisait ça devant ma fille aussi. Puis j'ai essayé plusieurs fois d'appeler la police, mais il m'empêchait d'appeler la police avec mon téléphone. Il prenait mon téléphone puis tout, il me menaçait si j'appelais la police. Il sortait des couteaux. Un moment donné, j'ai décidé de me défendre une fois, puis c'est là que, la fois de trop, ils ont dit que c'était moi qui faisais de la violence. Parce qu'il avait décidé d'appeler sa mère ou la DPJ. À chaque fois que c'était moi qui se défendais, il appelait.

Olivia a aussi fait une plainte à la police à la suite à un événement de violence vécu en public, alors qu'elle était enceinte. Elle mentionne que la violence a débuté dès le début de la grossesse :

Juste avant que je tombe enceinte, c'était correct, mais c'est la minute que j'ai tombé enceinte, il a commencé à être violent. Parce qu'avant ça, il était correct avec moi. /.../ J'étais avec... ça fait deux ans que j'étais avec. Mais comme au début il était gentil pis toute, mais c'est à partir que j'ai tombé enceinte. Je sais pas trop pourquoi.

La plainte faite à la police et la crainte de perdre son enfant conséquemment à un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse ont permis à Olivia de sortir de cette relation, mais non sans effet raconte-t-elle:

(J'ai porté plainte) aux policiers, oui. Puis rendu là... parce que moi... Parce que mon ex-conjoint était vraiment... il voulait pas que je fasse du ménage parce que j'étais enceinte. Il y a un problème dans sa tête, pis lui... le logement était insalubre, il était dégueulasse. Pis là, c'est ça, les policiers ont vu toute ça. Mes parents s'ont là en plus de ça. Ça fait que là, ils disaient comme de quoi que s'ils verraient un enfant là-dedans, c'était une signalisation. Là je suis venue habiter chez mes parents. J'avais pas de linge sur le dos, fallait que je me rhabille au grand complet le lendemain.

Enfin, l'histoire de Véra est un peu différente des autres. Elle rapporte avoir vécu de la violence lors de sa grossesse, et avoir été hébergée dans un centre pour femmes victimes de violence conjugale. Néanmoins, malgré ce vécu de violence, elle a fait le choix, après l'accouchement, de reprendre la relation avec le père de son enfant. Elle confie vivre encore une certaine forme de violence, mais minimise les gestes en prétextant que, maintenant, elle confronte son conjoint, et aussi, qu'il est moins violent qu'auparavant :

J'ai été vivre chez mes beaux-parents (à l'annonce de la grossesse), puis quand qu'ils ont eu une chicane avec mon chum, ben ils m'ont mis dehors. Je me suis retrouvée dans un centre d'aide, Escal pour Elle. Violence conjugale, parce qu'ils disent que bousculer pis des mots, c'est de la violence conjugale. /.../ On

est revenus ensemble, puis là ben ça va mieux. On se replace tranquillement pas vite. Là, financièrement, comme, on vit à la cenne, façon de parler. On vit au jour le jour, puis ce n'est pas facile tout le temps. Ce n'est pas rose tout le temps parce que mon chum consomme un peu de pot, ça fait que... c'est comme des fois il veut du pot, puis on n'a pas vraiment les moyens, ça fait qu'on se pogne un petit peu pour ça ou pour des conneries. /.../, Mais moi, mon problème, c'est que maintenant à place de me retirer pis d'aller me calmer ailleurs pour le laisser se calmer, ben j'y rentre dedans. J'y rentre dedans jusqu'à tant qu'il me dise : « Je veux t'en crisser une ». Mais, il m'en crisse pas une, il me frappe pas. Il me touche pas. La seule chose qu'il fait, il me fait peur, ou il me pitche quelque chose, mais juste à côté, juste pour être sûr que j'aille peur. Mais non, il me frappe pas, il me touche pas. Il est moins violent qu'avant. Avant il me bousculait.

Malgré le fait qu'elle admette vivre une certaine forme de violence encore aujourd'hui, Véra se dit satisfaite de sa vie :

Ma vie, je l'aime même si on a des problèmes. Je l'adore ma vie. Je ne changerais rien au monde.

Véra paraît être la seule qui est encore dans une relation où la violence est présente. Les autres participantes ayant vécu de la violence de la part de leur conjoint avant ou après la naissance de l'enfant affirment toutes avoir mis fin à cette relation. Elles se disent sorties du cycle de la violence, non sans conséquences pour certaines, et affirment avoir bifurqué vers une trajectoire de vie sans violence dans le but, pour la plupart, de protéger leur enfant et d'avoir une vie meilleure.

3.4.3 En somme

Les jeunes mères rencontrées ont connu pour la plupart un vécu de violence dans leur parcours de vie que ce soit dans leur famille, soit de la part d'un des parents, ou des deux, soit d'un conjoint de l'un ou l'autre, ou dans leurs relations amoureuses. Néanmoins, la violence familiale a cessé, car celles qui en ont vécu avaient toutes quitté le domicile familial au moment des entretiens, et ce, depuis déjà quelques années pour certaines. La maternité ne serait donc pas directement en lien avec l'arrêt de la violence familiale, plutôt la violence vécue dans la famille agirait comme un facteur de risque de maternité précoce, en plaçant plusieurs des jeunes filles en situation de vulnérabilité lorsqu'elles quittent le foyer familial à un tout jeune âge.

Le lien entre la maternité et l'arrêt de la violence conjugale paraît, lui être plus direct, car les participantes ayant vécu de la violence dans la relation ayant mené à la maternité ont

généralement décidé de quitter l'homme qui avait des comportements violents envers elles, dans le but premier de protéger leur enfant. Bien que certaines aient admis être restées dans cette relation au début de la grossesse et de la maternité, sous prétexte que c'était le père de leur enfant, ou encore, par peur de perdre la garde de leur enfant, elles ont toutes finalement posé des actions pour sortir de cette violence conjugale auxquelles elles faisaient face. Même celle qui est encore avec le père de son enfant, qui manifestait des comportements violents, a mentionné avoir dû quitter le domicile quelques jours pour que la situation change. Les actions qu'elle a posées auraient eu un impact positif sur situation, de son point de vue. Ici, il appert que la maternité à l'adolescence constitue clairement un point tournant dans la trajectoire de violence de ces jeunes mères.

3.5 La maternité comme point tournant dans la trajectoire de vie

La maternité survenue à la période de l'adolescence n'était pas prévue dans la trajectoire de vie des participantes rencontrées. Aucune n'avait envisagé une grossesse si tôt dans son parcours de vie. Le choix qu'elles ont fait de poursuivre leur grossesse a constitué un point tournant dans leur trajectoire, et ce, de différentes façons. Il ressort de leur récit, en fin de compte, que, malgré les difficultés rencontrées, elles ne regrettent en rien leur décision d'être mère à un jeune âge, bien au contraire, soutiennent-elles.

Pour plusieurs, l'annonce de la grossesse et l'arrivée de l'enfant paraissent avoir eu un impact positif dans leur parcours de vie. Nombreuses sont celles qui considèrent que si leur enfant n'était pas là aujourd'hui, leur vie serait tout autre. À cet égard, elles font référence au style de vie qu'elles adoptaient avant la maternité. Pour Lucie :

C'est plus positif que négatif, parce que, comme je disais à tout le monde, si mon fils serait pas là, je serais peut-être encore olé-olé. Je serais peut-être rendue moi dans un autre pays en train de travailler dans une ferme. Je le sais pas là. Ça fait que tsé, non, ça m'a gardée les deux pieds sur terre puis ça m'a réveillée, ça m'a dit : « regarde t'as pu juste ta vie, t'as une autre vie ». Puis c'est comme un but. Un but dans la vie... Mon but dans la vie c'est de faire mes études, d'être en forme, mais c'est aussi de bien élever mon fils.

Tout comme Lucie, Maude, Macha et Alexandra estiment aussi que la venue de l'enfant les a menées à faire des choix de vie positifs :

J'ai été enceinte pis là, ça m'a comme calmée. Ça comme été bon pour ça. Ça m'a calmée. /.../ Ben je trouve que moi, si je recule avant d'avoir ma fille là, j'ai faite énormément de progrès, vraiment là. Autant à l'école que... Avant je me casais pas, c'était tout le temps un gars après un autre gars. /.../ Là au moins, je me suis casée, j'ai ma fille, puis tsé je me vois comme plus mature aussi. Depuis que j'ai ma fille là, depuis que j'ai accouché, c'est comme... ça monté dans le top la maturité. Ça m'a aidée beaucoup je trouve. Ça quand même été positif pour ça. Maude

Je suis rendue une maman asteure, il faut que je fasse mes affaires. Je ne peux plus niaiser, je ne peux plus sortir la nuit puis pas rentrer. C'est vraiment beaucoup de responsabilités, puis c'est une belle affaire en même temps. Si tu es prête à le faire, ce n'est pas gâcher sa vie. Il y a du monde qui disent qu'être maman, ta vie va changer, tu gâches ta vie. Mais au contraire, ta vie elle commence. Macha

Je m'épate par moi-même. Je n'aurais jamais pensé qu'en peu de temps j'aurais pu changer ma vie comme ça. J'ai carrément fait flaw! Je tourne de bord puis il faut que je reste sur le droit chemin, puis je suis fière de tous mes efforts que j'ai faits. /.../ J'ai tout flushé ça. J'ai fait : « je n'ai pas besoin de ça dans ma vie, je vais avoir un enfant, je suis dans la DPJ, je ne veux qu'ils s'obstinent avec ça ». Ça fait que j'ai tout mis mes amis de côté : « vous n'êtes plus à la même place que moi. Moi, la drogue je m'en fout, l'alcool je m'en fout. Tripper ce n'est plus ça que je veux », moi je voulais dormir. Ça fait que je les ai tous mis de côté, j'ai refait ma vie, puis là, je suis partie de (la ville où elle habitait), puis ça a fait un gros changement. Ça fait que, non, je suis fière de moi. J'ai fait des gros progrès. Alexandra

Ces extraits montrent les conséquences positives qui ressortent de cet événement précipité dans leur vie qu'est la maternité, à savoir une maturité hâtive, une responsabilisation marquée et le sentiment de fierté qui peut les habiter.

La maternité a aussi été un point tournant pour Mégane qui dit avoir fait des choix pour son fils quant à sa consommation. Elle dit que c'est lui qui la rend forte, qu'il lui donne le courage de maintenir les changements qu'elle a apportés dans sa vie. Son fils paraît être une grande source de motivation à poursuivre ses buts :

De un, ma consommation a pas mal diminué, vraiment! Je pesais soixante-dix livres avant. À cause que je faisais trop de drogues. Je ne mangeais plus. J'ai la sclérose en plaque en plus, faque...consommer, c'est pas vraiment la meilleure

chose quand tu as une maladie dégénérative du cerveau. Maintenant, j'ai mon appart. Je me suis stabilisée. J'étais pas stable au début de ma grossesse. Je suis retournée à l'école...chose que je ne pensais jamais faire. /.../, Mais je suis forte parce que je passe au travers, mais c'est parce que j'ai pas le choix de passer au travers. C'est mon gars qui me rend forte, c'est pas moi qui est forte là. Je me bats parce que je ne veux pas que mon gars ait une vie de merde là. Je suis forte pour mon gars, j'suis pas forte pour moi. C'est pas moi qui est forte, c'est mon gars... Mégane

De plus, il est ressorti des propos des participantes, on l'a vu, que la venue de l'enfant a été un point tournant pour celles qui vivaient une situation de violence conjugale. Certaines vivaient de la violence avant l'annonce de la grossesse alors que d'autres l'ont vécue après. Mais peu importe le moment à partir duquel la violence a débuté, celles qui en subissaient mentionnent que c'est la maternité qui les a motivées à sortir de cette violence :

J'pense que je s'rais encore avec en train de m'faire battre, j'pense que j'aurais jamais eu l'courage de l'quitter parc'qu'il m'faisait du chantage émotif pis c'est vraiment mon gars qui a été capable de m'mettre les pieds à terre pis dire non j'mérite pas ça pis encore moins faire vivre ça à mon enfant. Parce que mes parents m'disait quitte le j'veux pu l'voir ici, mais j'aurais dû l'quitter, j'aurais dû écouter mes parents dès la première bêtise qui m'a faite j'aurais dû avoir pris mon bord. /.../ C'est jusque pour moi, la maternité pis mon gars, c'est pas mal la meilleure chose qui m'est arrivée, c'est plus ça qui m'a faite découvrir que... ma... la vie peut prendre un penchant différent assez adorable (rire). Corine

Bref, la maternité a été un point tournant dans la vie de ces jeunes mères. Pas toutes de la même manière et pas toutes exactement au même moment, mais un point tournant pour toutes néanmoins. Leur vie d'adolescente s'est certes vue chamboulée, mais, malgré les embûches rencontrées, elles rapportent toutes avoir grandi et être plus matures et responsables depuis la venue de leur enfant. Elles ont dû s'adapter à leur nouvelle vie de maman et aller chercher de l'aide auprès des ressources mises à leur disposition. C'est de cette recherche d'aide et de la façon dont les jeunes mères l'ont vécu dont il sera maintenant question.

3.6 La trajectoire de recherche d'aide et de recours aux services

Les entretiens avec les participantes ont permis d'explorer les points de vue des jeunes mères face à la recherche d'aide et de services. Celles-ci ont davantage parlé des ressources formelles, c'est-à-dire les organismes communautaires ou publics, que des ressources informelles, soit la famille ou les amis. Les participantes ont abordé ce qu'elles désirent lorsqu'elles vont chercher de l'aide, en précisant la motivation qui les a poussées à aller, ou non, vers des ressources. Il sera question dans cette section des attentes que les jeunes mères ont nommées, répondant à un besoin sous-jacent, pour ensuite aborder les obstacles qu'elles ont perçus face à la recherche d'aide et au recours aux services. Mais, avant de révéler ce que les jeunes mères recherchent dans les services, il importe de signaler un constat relaté par sept des douze participantes, soit le manque d'information concernant les ressources d'aide existantes, entre autres celles qui s'adressent directement aux jeunes mères et qui offrent différents services. Olivia, Julie et Mégane l'expriment clairement :

Je savais même pas que ça l'existait. Olivia

Je ne sais pas comment j'aurais pu être au courant. Il n'y a personne qui m'en a parlé nécessairement à l'hôpital, personne ne m'en a parlé au CLSC, personne ne m'en a parlé nulle part. /.../ Je trouvais ça dommage de ne pas avoir été au courant avant. Je ne sais pas, une publicité ou quelque chose. Ils n'en parlent pas nulle part. Je ne savais vraiment pas qu'il y avait un service comme ça qui existait. Julie

Faudrait juste qu'ils trouvent plus de services ou que, s'il y en a, qu'ils fassent plus la promotion. On n'entend pas parler. /.../ Ouais, s'il y en a ...il y en a peut-être plus à Montréal là. Sur la Rive-Sud, il y a pas grand chose. Même ici, si mon intervenante ne m'aurait pas parlé d'ici, j'aurais jamais su que ça existait là. Y'a pas de pancartes que ça l'existe comme les restaurants. Y'a pas de promotions qui sont faites pour les organismes comme ça. Je pense que ça serait important que...ils en fassent un peu plus. Megane

Il ressort du dernier extrait, l'importance que les intervenants connaissent bien les services d'aide afin de pouvoir référer les jeunes mères aux ressources appropriées, en fonction leurs besoins. Considérant que ce ne sont pas toutes les jeunes mères qui reçoivent du soutien d'un intervenant, il est plausible de supposer que, pour celles qui s'organisent ou tentent de s'organiser par elles-mêmes, la recherche d'aide et de services peut s'avérer encore plus complexe.

Anabelle dit avoir été informée de l'existence des services d'aide concernant le soutien financier auquel les adolescentes enceintes ont accès, mais tardivement, ce qui l'a privée d'une ressource dont elle aurait pu bénéficier, estime-t-elle :

J'aurais pu m'inscrire à Mineure enceinte, mais moi, j'ai jamais entendu parler de ça, jamais, jamais. Ça aurait été quelque chose que j'aurais pu m'inscrire. Ça m'aurait aidée financièrement.

Lucie, quant à elle, rapporte avoir fait plusieurs recherches pour trouver les services dont elle avait besoin, soit un service de garde subventionné ainsi qu'un suivi psychosocial du CLSC. Elle mentionne une conséquence qui, selon elle, aurait pu survenir si elle n'avait pas trouvé par elle-même une ressource d'aide :

Tsé, moi, j'ai quand même fouillé pour avoir ce service-là (fait référence à un service en CPE pour maman dans sa situation), parce que j'savais pas que ça existait./.../, Mais c'est sûr que, comme je disais tantôt, si j'aurais pas trouvé par moi-même les ressources nécessaires, j'aurais peut-être eu une dépression. Il y aurait peut-être jamais personne qui aurait su que j'allais pas bien.

Cet extrait montre la débrouillardise de Lucie face à la recherche d'aide et de services. Elle a su user d'autonomie, afin de recevoir l'aide dont elle avait besoin. Toutefois, ce ne sont pas toutes les jeunes mères qui possèdent cette aptitude. Macha notamment montre qu'elle ne sait pas où se diriger pour recevoir de l'aide, quand la DPJ lui demande d'avoir une évaluation psychiatrique :

Elle (la travailleuse sociale de la DPJ) me dit fais ci, fait ça, fais ci, fais ça, mais elle ne me donne pas d'aide, elle ne me dit pas comment faire, elle ne me donne pas de ressources. Puis moi, je suis toute pognée pour faire ce qu'elle me demande, moi-même sans trop savoir où m'en aller. /.../ c'est plus quelqu'un qui pourrait m'aider aussi, parce que moi faire les affaires tout seul on dirait que c'est trop lourd pour moi. Je ne vois pas le fond. Ça fait que j'aurais besoin de quelqu'un qui pourrait m'aider, qui me dirigerait, fais ci, fais ça, puis vas là, m'expliquer comment faire puis me donner des motivations au début.

Il sera important de tenir compte du manque de connaissance des ressources existantes et accessibles exprimé par les jeunes mères rencontrées dans les recommandations formulées en regard de la recherche d'aide et du recours aux services.

Par ailleurs, du moment où les jeunes mères ont trouvé les ressources d'aide, elles expriment des attentes face à celles-ci, en vue de combler leurs besoins et attentes qui seront abordés dans la section suivante.

3.6.1 Les besoins des jeunes mères

Lors des entretiens, les participantes ont précisé ce qu'elles recherchent lorsqu'elles sollicitent une ressource d'aide. Elles cherchent en définitive à répondre à différents besoins qui sont apparus pouvoir être regroupés selon l'échelle des besoins de Maslow soit : des besoins de base (se nourrir, se loger, se vêtir, etc.), le besoin de sécurité, le besoin d'appartenance, le besoin d'estime de soi et des autres et, enfin, le besoin de réalisation de soi (Maslow, 1986). Bien que cette catégorisation ne soit pas clairement identifiée par les participantes, le recours à celle-ci facilite la précision de ce qu'elles cherchent à combler auprès des ressources d'aide.

3.6.1.1 Les besoins de base

Lors des entretiens, différentes participantes ont relaté avoir été vers les ressources d'aide au début et après leur grossesse afin de combler certains besoins de base, comme se nourrir, se vêtir et se loger. Elles mentionnent qu'elles ont apprécié les services trouvés, d'autant plus qu'ils étaient sans frais :

Le CSLC m'a, comme j'dis, apporté tant côté nourriture, vêtements que les centres d'entraide. Barbara

Pendant la maternité, j'ai eu OLO. C'était vraiment bien. Le lait, les œufs puis le jus d'orange gratuits, puis aussi la nutritionniste. Clara

Les services que j'ai eus enceinte c'était OLO, le programme OLO. /.../ C'est œufs, lait, jus d'orange. Ça fait que le lait était tout gratuit, le jus d'orange, tout ça. C'était le fun. Moi j'ai bien aimé ça. /.../ J'ai été avant mon accouchement, mais aussi à Accueil grossesse à (nom de la ville). C'est du linge qu'ils donnent. Tu vas là, tu ramasses le linge que tu veux, mais il y en a des fois qui sont quasiment neufs, les morceaux. Ça fait que j'ai ramassé au moins pour mille morceaux de linge à mon fils là-bas. Lucie

Les participantes ont eu recours à ces services, car elles étaient sans emploi, bénéficiant de l'aide sociale pour la plupart, ce qui était insuffisant pour subvenir à leurs besoins de base. La pauvreté les a motivées à rechercher ces sources d'aide.

Le repos fait aussi partie des besoins de base mentionnés par des participantes. Les jeunes mères ont en effet mentionné le besoin de se reposer, et de sortir de leur rôle de mère pour un instant..Alexandra et Véra indiquent que des ressources permettent de combler ce besoin, en s'occupant des enfants en « garderie » pour un moment, ce qui permet en retour aux enfants de socialiser estiment-elles :

Les mardis, c'est la cuisine, puis l'après-midi c'est l'activité juste maman. Ça fait que ça me laisse un peu de repos. Mon fils est à la garderie, ça fait que ça fait du bien. Alexandra

Ça fait que, dans le fond, en étant ici, ça fait du bien pour mon gars, mais ça fait du bien pour moi aussi parce que je peux me reposer pis lui aussi peut comme se reposer. Ben s'amuser avec les autres enfants-là. Véra

Somme toute, les besoins de base de l'ensemble des participantes semblaient comblés lors des entretiens, et celles-ci expriment clairement qu'elles apprécient lorsque les ressources d'aide apportent du soutien relatif à ces besoins. La gratuité des services est un critère positif et attirant dans le choix de la ressource pour les jeunes mères qui, pour la plupart, étaient sans emploi ou avec un revenu familial sous la moyenne au moment des entrevues.

3.6.1.2 Le besoin de sécurité

Le besoin de sécurité peut faire référence à habiter dans un endroit sécuritaire, avoir une stabilité, et se sentir protégé (Maslow, 1943 dans Louart, 2002). Ce besoin de sécurité est rapporté par les participantes de différentes façons. Le fait d'avoir un lieu, où elles peuvent discuter avec des intervenants et des jeunes filles de leur âge, qui comprennent leur situation, paraît de nature à les sécuriser. C'est ce qu'Alexandra confie en cours d'entretien :

Ça fait que j'aime mieux être avec des personnes qui ont des bébés puis qui comprennent qu'est-ce que je vis. Il n'y en a pas beaucoup. C'est pour ça que je suis avec (nom de la ressource) parce que ça me rassure, veux, veux pas. Je ne suis pas là seule à vivre ça, /.../ Ici, Je me sens plus en sécurité puis à l'aise de parler de peu importe quoi.

Le fait de se retrouver avec d'autres jeunes mères paraît la sécuriser face aux jugements des autres.

Le besoin de sécurité ressort dans les propos de quelques-unes, considérant que le vécu de violence avec leur conjoint. Corine notamment, précise comment certaines ressources d'aide, encore plus que la police, lui ont permis de se sentir en sécurité suite aux événements de violence vécus :

J'ai fait affaire avec le programme OLO pis Madame une telle (intervenante provenant du programme OLO), dans l'fond a commencé à venir chez moi à toutes les semaines, pis c'est là qu'j'ai commencé à m'sentir en sécurité. Elle m'aidait plus que les polices qui me mettaient d'côté : elle venait, elle prenait d'son temps pour venir m'aider pis, oui, c'est plus elle qui a été capable de m'sécuriser d'un sens.

C'est le cas aussi de Lucie, qui a vécu de la violence conjugale avec le père de son enfant et qui habite dans une ressource pour jeunes mères monoparentales au moment de l'entrevue. Elle rapporte que cette ressource d'hébergement lui permet de se sentir en sécurité avec son enfant, lui assurant, de ce fait, une tranquillité qu'elle paraît apprécier :

Tsé, ici, on se sent protégées. C'est deux portes, et c'est quand même tranquille. Moi, je suis dans le fin fond de l'appart, ça fait que je me fais pas déranger.

Clara mentionne également que l'aide qu'elle a reçue a répondu à son besoin de sécurité en lien avec une autre situation de vie. Le CAVAC offrant des services aux personnes victimes d'actes criminels l'a en effet sécurisée dans le processus judiciaire de dénonciation de la violence subie de la part de son conjoint :

J'ai eu le CAVAC qui m'a aidée à m'accompagner en cour. Ça, ça m'a aidée beaucoup parce que sinon je m'aurais sentie tellement stressée toute seule à la cour. Là, j'tais plus sécurisée à y aller.

Le fait d'être parent, d'être responsable d'un enfant, fait surgir chez les jeunes mères un besoin de sécurité pour elles et pour leur enfant qu'elles veulent protéger entraînant, pour certaines, l'appel à la police et les procédures judiciaires dénonçant l'agressivité du conjoint. Cependant, l'appel à la police n'a pas toujours eu l'effet escompté comme c'est le cas, entre autres, pour Corine et de Macha:

Vu qu'j'ai déjà eu affaire avec la police pour essayer de l'éloigner d'moi, pis y'ont jamais voulu m'aider, pour moi c'tait plus la peur que y'arrive chez-nous., J'tais tout seule... Donc la police, vu que y'avait jamais voulu m'aider, p't-être

que là, si mon ex venait encore chez-moi, les policiers allaient pas encore m'aider. Donc c'tait plus la peur que la police vienne pas m'aider encore une fois que j'me retrouve encore aussi seule. Corine

Avec le père de ma fille, quand je vivais de la violence avec mon enfant puis tout, ça je n'ai aucun besoin qui a été répondu. Je ne savais pas à qui en parler. Les policiers ne m'ont jamais vraiment aidée. Eux autres, sérieusement, c'est vraiment quelque chose. Je les appelais, puis on dirait que j'avais de la misère à m'expliquer puis à formuler mes phrases, puis là tout se retenait contre moi, puis ils ne comprenaient pas qu'est-ce que je disais. /.../ Je me suis sentie rabaisée puis pas écoutée, puis mes histoires on dirait qu'elles n'étaient pas vraies, puis je me suis fait traiter comme si j'étais une menteuse qui voulait se défendre. Macha

Ces extraits témoignent d'une confiance diminuée envers les policiers à la suite d'une mauvaise expérience personnelle lorsque les jeunes mères ont tenté de chercher de l'aide auprès d'eux.

Au moment des entrevues, la majorité des participantes considéraient toutefois être sorties de leur trajectoire de violence, et leur besoin de sécurité semblait alors avoir été satisfait par différentes actions prises ou survenues (séparation, accès à un logement sécuritaire, ou autres).

Pour certaines, le seul fait de savoir que des services d'aide existent et sont accessibles aurait suffi à les sécuriser. C'est le cas de Maude qui rapporte ne pas avoir besoin de services pour le moment, mais dit savoir qu'elle peut compter sur les services d'aide au besoin, d'autant que la référence paraît personnalisée :

C'est juste que... mettons s'il y aurait un problème, j'appelle par téléphone pis on se parle, mais sinon j'ai pas de rendez-vous avec elle, rien. C'est vraiment en attendant, s'il arriverait de quoi de grave mettons. Je peux appeler elle au CLSC.

Enfin, les ressources d'aide offertes aux jeunes mères spécifiquement sont apparus comme étant les plus aptes à sécuriser les participantes dans différentes facettes de leur vie, agissant comme un facteur de protection en regard d'éventuels problèmes (consommation, violence, etc).

3.6.1.3 Le besoin d'appartenance

Le besoin d'appartenance fait référence, tel que précisé par Maslow (1943), au besoin d'être aimé, écouté, compris, faire partie d'un groupe, ne pas se sentir seule, etc. Bien que les participantes ne le nomment pas clairement, c'est le besoin qui paraît le plus aigu chez les jeunes mères rencontrées. Ce qui ressort le plus à cet égard dans les propos des participantes, c'est le besoin de briser l'isolement. Les jeunes mères disent avoir besoin de sortir de la maison, de faire des activités, et de voir d'autres mères ayant une réalité semblable à la leur. Étant donné qu'étant mères, elles vivent une réalité différente des jeunes filles de leur âge, la création d'un nouveau réseau social est recherchée :

Ça m'a aidée de voir des gens, de ne pas rester chez moi tout le temps, ça a été le fun. Puis de me faire des nouveaux amis aussi, des nouvelles amies, de parler de (la ressource qui l'a accueillie), de parler de nos enfants puis tout... Puis là c'est le fun de voir des mères dans la même réalité. Clara

C'était surtout pour sortir de chez moi, pour voir d'autres gens, aller aux activités. Puis vu que je ne veux pas envoyer mon fils à la garderie, je voulais qu'il voie d'autres bébés puis tout ça. Tsé je viens ici pour voir des gens. Julie

Ma motivation à avoir ces services-là, parce que dans le fond je voulais peut-être faire des activités pour rencontrer du monde. Sinon des fois je me sentais seule le matin, je n'avais rien à faire. Des fois je ne savais pas trop quoi faire avec ma fille le matin. Je m'ennuyais, j'étais toute seule chez nous, j'avais nulle part où aller. Il n'y avait pas vraiment de place où aller. Connaître d'autres mères qui vivent les mêmes affaires que moi. Briser l'isolement, faire des activités, ça m'a beaucoup aidée. Macha

C'est juste le fait que ça m'fait sortir d'la maison. Corine

Le souhait d'échanger sur leur vécu, d'être écoutées et de parler avec des filles du même âge ou avec un intervenant qui les comprennent, qui est rapporté par plusieurs participantes rencontrées, fait écho au besoin d'amour et d'appartenance qu'expriment Alexandra, Véra et Lucie:

Je suis venue à (nom de la ressource) faire des cours prénataux, un p'tit peu en même temps pour voir du monde un peu de mon âge, puis parler de la vie de tous les jours. Alexandra

J'ai été dans une ressource avec mon garçon..., c'est comme ici dans le fond (ressource communautaire, de type centre de jour pour les jeunes mères), mais c'est pour les mamans de tout âge, il n'y a pas de jeunes mamans à tel âge. C'est vraiment pour toutes les mamans. J'ai été une fois, mais j'ai pas vraiment aimé ça. Comme que j'ai déjà dit ici, j'ai pas aimé l'ambiance. Pourquoi? Pas parce que c'est petit, c'est juste parce que c'est pas des personnes de mon âge. C'est pas des mamans dans... Oui, il y en avait dans la vingtaine, mais c'est plus des mamans de trentaine. Ça fait que je me sentais comme un petit peu comme de trop. /.../ je n'ai pas aimé juste l'ambiance parce que ce n'est pas des personnes de mon âge. Véra

Une chance que j'ai eu ma travailleuse sociale pour m'écouter, parce qu'elle aussi, elle m'a remontée. Elle m'a trouvé la place ici, justement pour toute ça. Lucie

Le besoin d'être comprise et respectée dans les ressources d'aide est clairement exprimé notamment par Anabelle et Clara :

J'ai vraiment développé une très très très bonne complicité avec elle (fait référence à l'intervenante) qu'y a faite que j'me sentais à l'aise de parler avec elle pis j'avais pas de : « ah ça j'dirai pas ça, elle va m'juger, j'dirai pas ça à va m'dire telle affaire ». J'pouvais y dire vraiment tout c'qui m'passait par la tête pis on dirait que... c'est ça, y'avait pas d'jugement. / .../ Mêmes les intervenantes là-bas y'a personne qui juge, on s'sent bien. Déjà qu'on s'sent mal d'aller là, ben eux-autres ils nous font sentir bien pis c'est correct d'avoir besoin d'aide. Anabelle

Elles sont super gentilles. Il n'y a aucune personne qui a manqué de respect ou... tout le monde est super gentil. Clara

À l'inverse, une participante a mentionné avoir reçu de l'aide pour sa consommation dans un centre de réadaptation suite à une ordonnance de la cour, et ne pas y être retourné, car elle s'est sentie jugée par l'intervenante.

Je suis allée (nom du CRD), puis ça n'a pas duré longtemps. /.../ je n'aimais vraiment pas ça là. Je me sentais jugée, puis c'était comme... Non. Je ne voulais pas parler de tout qu'est-ce qui se passe dans ma tête puis régler ça. Mais non. Je suis allée là deux fois puis ça a été fini. Alexandra

L'offre de service ne répondait pas à ses besoins qui étaient, entre autres, de se retrouver avec des personnes de son âge.

Le besoin d'appartenance à un groupe apparaît aussi dans les propos des jeunes mères. Ainsi, Olivia exprime le désir qu'elle a de se faire un nouveau réseau social, et de partager ce qu'elle vit. Elle précise que cela répond également au besoin de socialiser de son enfant :

Moi j'avais besoin de parler aux gens, de dire ce qui se passe dans ma vie pis toute. Pis en même temps, ça peut... au moins ma petite elle peut voir d'autres bébés. /.../ Ça fait qu'au moins ici je peux apprendre à me faire des amis /.../ Comme ici je peux me faire un nouveau réseau d'amis. /.../ Briser l'isolement, sortir de la solitude.

Clairement, on note dans le récit des jeunes mères l'importance de se sentir comprise et respectée face à leur statut de mère. Le fait d'être avec des mères du même âge, de se trouver dans un climat de respect mutuel entre les usagères, et aussi avec les intervenants, permettrait de s'exprimer librement et d'avoir un statut valorisé de tous.

3.6.1.4 Le besoin d'estime de soi

Peu de participantes ont mentionné clairement aller vers les ressources d'aide pour combler un besoin d'estime de soi, mis à part Barbara, qui affirme avoir demandé un service psychologique, en vue d'augmenter son estime d'elle-même :

J'avais fait une demande pour rencontrer une psychologue, mais ça, c'est long un peu le traitement... pour justement retrouver encore plus d'estime de moi-même. C'est sûr que ça, j'dirais que c'est beaucoup mieux qu'avant, mais c'est quand même pas au top Barbara

Pour Maslow (1943), le besoin d'estime de soi renvoie au sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur à ses yeux et aux yeux des autres. Se sentir autonome et valorisée répond aussi à ce besoin. Dans l'extrait qui suit, on sent le contentement de Corine d'avoir commencé à faire « ses choses toute seule » :

La TS m'en a parlé, /.../ elle a dit que c'était bon, parce que dans l'fond j'avais d'la misère à faire mes choses tout seule, pis j'ai commencé à faire mes choses tout seule en v'nant ici.

Clara, l'énonce un peu différemment, en faisant référence au besoin d'atteindre un certain bien-être personnel :

Je voulais voir la psychologue, mais elle m'a dit que ça prenait du temps, j'ai juste dit OK, puis je ne suis jamais... je n'ai jamais été. J'aurais pu y aller, parce que je pense que ça m'aurait fait du bien. /.../, Mais ça, je pense que ça serait une chose que quand je vais commencer là-bas, la thérapie, je pense que je vais peut-être demander pour la psychologue, parce que ça m'aiderait beaucoup. Je sais que je vais mieux, mais pour mon fils puis tout que je sois plus heureuse...Clara

Clara comme Barbara associent les rencontres de suivi avec un psychologue à une démarche de croissance personnelle. Mégane reconnaît aussi clairement l'importance des ressources, cette fois en vue de lui permettre d'être outillée par rapport à ses habiletés parentales lui permettant d'être autonome et l'amenant à développer sa confiance en soi :

Je me suis entourée de services même si je sais que je n'aime pas ça. Je me suis entourée de services pour qu'ils m'aident comme à avoir confiance en mes capacités, et à être plus patiente, à trouver des meilleurs moyens de discipline à mon garçon que...parce que moi, le seul modèle que j'ai eu c'est frapper pis mettre dans le coin. C'est pas de même que ça marche dans la vie, c'est pas ça que je veux faire à mon garçon. Je lui renverserai pas un bol de soupe bouillante dessus pour y dire :« arrête de parler ».

Cet extrait montre aussi que le modèle parental qu'a eu Mégane n'est pas celui qu'elle veut reproduire avec son enfant. Ceci étant, elle estime que les services d'aide lui permettent d'arriver à développer des habiletés parentales positives. Bien qu'elle confie ne pas apprécier devoir solliciter des services, elle montre que le désir d'être une bonne mère prime sur sa réticence, ce qui l'amène à aller chercher de l'aide malgré tout.

Ainsi, certaines des participantes expriment le souhait de recevoir de l'aide pour répondre au besoin de développer leur estime d'elles-mêmes, mais ce besoin a peu été exprimé explicitement par les jeunes mères. Une hypothèse à ce sujet est que les besoins primaires ressentis par les jeunes mères sont prioritaires dans la recherche d'aide et de services, car ils sont non comblés, mettant en péril le bien-être non seulement de la mère, mais aussi de l'enfant. Ceci correspondrait à la théorie de Maslow qui dit que la réponse aux besoins doit se faire selon une hiérarchie qui correspond à leur importance pour la vie de l'individu, c'est-à-dire qu'une personne ne peut tenter de satisfaire des besoins d'estime de soi, si ses besoins de base ne sont pas satisfaits (Maslow, 1943). Considérant leur situation de vie, il paraît cohérent que le besoin

d'estime de soi n'ait pas été soulevé par la plupart des participantes, et il en va de même pour le besoin de réalisation.

3.6.1.5 Le besoin de réalisation

Le besoin de réalisation se trouve au sommet de la pyramide de Maslow. L'auteur soutient que lorsqu'une personne a satisfait tous les besoins des niveaux précédents, elle est en mesure d'atteindre son plein potentiel en développant ses connaissances, ses valeurs, etc. (Maslow, 1989). Les propos de Maude et de Lucie montrent qu'elles sont allées chercher de l'aide dans le but d'être supportées dans leur besoin de réalisation personnelle. La ressource d'aide trouvée leur a permis de développer leur autonomie, et de s'épanouir dans un programme d'études professionnelles. Elles reconnaissent que, sans l'aide de cette ressource, elles n'auraient possiblement pas pu poursuivre leurs études et assumer leurs responsabilités, entre autres par manque de ressource financière. C'est ce que raconte Maude :

Chu r'tournée à l'école au mois de janvier 2014. Pis au mois de mars, on a comme dit que c'était fini moi et mon chum, mais moi, j'venais juste de commencer l'école pis j'étais sur les prêts et bourses, pis je travaillais une fin de semaine sur deux au Tim Hortons. J'pouvais pas vivre tout seule, pis avoir un appartement tout seule, j'étais pas capable. Pis là, j'étais sûre... je capotais, j'avais juste le choix d'arrêter l'école pis travailler temps plein. Finalement, j'étais sûre que c'était ça que fallait que je fasse. Mais là, j'ai entendu parler d'ici (nom de la ressource). La ressource a ouvert au mois de mai, au mois de mars, y'en parlait, ça allait ouvrir pis toute, j'ai vu ça dans le journal, je checkais les critères, pis je rentrais dans les critères, fêque là, ça ma comme sauver. Je me suis inscrit à (nom d'une ressource) et j'ai été acceptée, je rentrais dans les critères. Je suis arrivée ici le 3 mai...ouais le 3 mai j'suis déménagée ici. Ça m'a comme sauvée, j'ai gardé mes prêts / bourses, je continuais à aller à l'école. /.../ Pis là, je finis secrétariat, j'vais avoir mon diplôme au mois de novembre.

Maude affiche une grande fierté pour ce qu'elle a accompli, laissant entendre que son besoin de réalisation serait comblé:

Chu quand même fière parce que j'me suis séparée là-dedans, y'a eu les avocats, la garde partagée, tout le temps des rendez-vous chez l'avocate, c'était compliqué là! Pis là-dedans, j'fais mes stages, pis j'étais à l'école pis j'ai eu mon diplôme au mois de juin.

Lucie montre aussi une fierté en regard de son évolution, tout en reconnaissant que la recherche d'aide lui permet de se réaliser et de s'épanouir. Ses propos attestent les bienfaits de l'aide reçue et la reconnaissance qu'elle a vis-à-vis ceux qui lui ont fournie :

Je suis rendue peut-être même plus mature que gros du monde que... J'ai juste 20 ans puis j'ai une auto quasiment neuve, j'ai un appart qui en vaut la peine, j'ai de l'aide partout autour de moi, je suis aux études. Je le sais où je m'en vais, ça fait que, non, je pense que ça m'a vraiment aidée d'aller voir des psychologues comme ça. Puis autant sur l'estime de moi-même, parce que j'avais zéro confiance en moi. /.../ De plus en plus que j'ai des ressources, mieux je vis. Moi je le vois comme ça. Lucie

Cette portion de l'analyse montre que les jeunes mères utilisent les ressources d'aide, mais bien évidemment, lorsqu'elles sont au courant qu'elles existent. Elles utilisent les services lorsque ceux-ci répondent à leurs besoins, telles qu'elles les voient et, élément très important, lorsqu'elles se sentent acceptées et respectées en regard de leur statut de mère adolescente. Toutefois, certaines font face à des obstacles relatifs à la recherche d'aide et de services, qui sera abordée maintenant.

3.6.2 Obstacles et conditions favorables dans la recherche d'aide et recours aux services

Lorsque les participantes ont abordé leur expérience de recherche d'aide et de recours aux services, elles ont, d'entrée de jeu, mentionné les obstacles rencontrés les amenant à ne pas solliciter de ressources d'aide, ou bien à se retirer des ressources desquelles elles avaient reçu des services. À l'inverse, certaines ont mentionné des conditions favorables leur ayant permis de bénéficier de différentes ressources. Il en sera question dans cette section tout autant que des obstacles rencontrés.

3.6.2.1 Les difficultés rencontrées dans la recherche d'aide

Plusieurs jeunes mères rencontrées dans le cadre de cette étude ont confié ne pas avoir recherché d'aide en lien avec leur grossesse adolescente. Lorsqu'elles ont été questionnées sur les raisons pour lesquelles elles n'avaient pas sollicité les ressources d'aide dès l'annonce de leur

grossesse, deux éléments principaux sont ressortis. Tout d'abord, la peur d'une intervention de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ressort. Maude évoque clairement cette peur. Elle précise que lorsqu'elle s'est fait offrir les services du CLSC pour le programme OLO, elle a refusé, car basée sur l'expérience négative de son entourage, elle avait peur d'être référée à DPJ.

Mais moi ma sœur, elle a deux enfants. Elle est tombée enceinte elle avait 18 ans, elle aussi. Ça fait qu'elle, elle avait été dans le programme OLO, pis elle, elle avait eu des... tsé des expériences... pas des mauvaises expériences, mais des expériences comme moi mettons (elle fait référence au fait qu'elle n'était pas en couple avec le père de l'enfant, et qu'elle était jeune). Je voulais pas trop rentrer dans ce programme à cause de ça. Tsé dans le fond, elle était rendue elle avait accouché pis toute, là il y a une infirmière qui venait chez elle à toutes les tant de temps, pis qu'elle y disait qu'est-ce que c'est qu'il fallait que son bébé mange, pis qu'est-ce qu'il fallait qu'elle mange. Pis ça finit pu là, ça finissait pu ses affaires. Mais moi, j'aime pas ça être suivie comme de trop près. /.../ en plus eux autres ils t'évaluent gros aussi, j'avais 18 ans, ça fait que tsé ils m'auraient évaluée, pis tsé moi avoir la DPJ dans mon dossier ça me tentait pas non plus. /.../ J'ai pas pris de chances. Maude

Maude indique pourtant qu'elle aurait souhaité bénéficier du programme OLO du CLSC, mais la peur d'une intervention la DPJ était trop importante :

Si OLO aurait pas été relié mettons de loin avec la DPJ, peut-être que oui, là ça m'aurait aidée, parce qu'ils donnent des fois des coupons-rabais, pis je sais pas trop quoi, lait, jus d'orange. Ma sœur elle avait ça. C'est sûr que ça m'aurait aidée parce qu'avant d'accoucher, j'avais pas beaucoup d'argent, on s'entend. On n'était pas riches. Ça fait que tsé, oui ça m'aurait aidée, j'y aurais été, s'il y aurait pas eu la DPJ. Ça me faisait trop peur.

Maude reconnaît par ailleurs que son expérience est teintée du fait qu'elle bénéficiait de l'aide de sa mère :

Par exemple, si j'aurais été tout seul au monde pis ma mère serait morte mettons là, j'aurais peut-être été parce que là j'aurais pas de mère pour m'aider. Mais, j'avais ma mère, elle habitait chez nous, pis moi, je me faisais gros à ma mère aussi.

La peur d'une intervention de la DPJ qui leur serait défavorable ressort chez les participantes considérant qu'elles vivaient certaines problématiques lors de l'annonce de la grossesse (consommation de la part de la mère ou du conjoint, violence, conditions de vie

instables, pauvreté, etc.) et plus spécialement, pour plusieurs, la présence d'une consommation plus ou moins régulière de substances psychoactives. La présence d'une quelconque forme de consommation de SPA n'est pas le seul facteur motivant la peur face à la DPJ, mais aussi leur jeune âge. Maude, par exemple, ne présente pas de consommation régulière de SPA, ce qui ne l'empêche pas d'exprimer la crainte d'une intervention de la DPJ.

La présence de sa mère auprès de l'adolescente enceinte, rapportée notamment par Maude pour expliquer pourquoi elle n'a pas eu recours aux ressources d'aide formelles, est le deuxième motif exprimé par les participantes de l'étude pour expliquer leur refus de se prévaloir des ressources d'aide offertes. Barbara, comme Maude, explique qu'elle était bien entourée par sa famille, et aussi, dans son cas, par son conjoint :

Y'a eu une travailleuse sociale qui est venue me voir, mais j'ai demandé aucun service parce que j'en n'avais pas d'besoin. J'avais mes parents qui étaient là pis si j'avais pas mes parents, c'est sûr que ça s'rait déroulé autrement, mais là, à ce moment-là, j'en avais pas d'besoin. Pis j'ai eu mon conjoint qui avait pris cinq mois de congé sûr la RQAP, puis ça beaucoup aidé donc j'ai pas eu d'services du CLSC ou d'aide, à part mes parents et mon conjoint.

Ainsi, il appert que lorsque les parents ou le conjoint sont présents et offrent un soutien aux jeunes mères, celles-ci sont moins portées à solliciter de l'aide et des services à l'extérieur de leur réseau. Encore faut-il que l'entourage se sente habilité à donner de l'aide. L'est-il ? Il pourrait s'agir d'une piste intéressante à fouiller dans le cadre d'une nouvelle recherche.

La gêne, des scrupules ou une certaine honte sont aussi des éléments révélés par certaines jeunes mères, les empêchant de rechercher de l'aide et de recourir aux services offerts. Clara et Corine en témoignent :

Moi, c'est pas que je ne veux pas déranger les gens, mais j'aime ça être indépendante puis faire les choses... Puis là, de demander de l'aide à chaque fois, on dirait que je n'aime pas ça devoir demander de l'aide. Les gens, ils font ça pour justement aider, mais... Comme les paniers de Noël, je me dis, il y en a qui ont plus besoin que moi, ça fait que je laisse... Mais j'en aurais autant besoin qu'eux. Il y en a qui en ont moins besoin que moi, puis ils en demandent. Ça fait que non, c'est par gêne aussi de me dire : « ben là, je ne suis pas rendue à ce point-là », puis tout. Clara

Pour moi, c'est pas que j'ai honte, mais j'ai de la misère à aller chercher de l'aide, comme à ouvrir les portes ...à dire « je vais pas bien j'ai besoin d'aide » pis tout, j'me débrouille. /.../ Quand j't'ais arrivée à (nom de la ressource), j'étais toute gênée pis j'ai découvert que j'tais pas tout seule là d'dans, pis qu'y'avait d'autres jeunes qui vivaient la même situation qu'moi donc ça m'a beaucoup aidée. Corine

On peut constater aussi, dans les propos de Clara et de Corine, que le fait de reconnaître qu'elles ont besoin d'aide semble difficile. Elles veulent se débrouiller seules, montrer qu'elles sont indépendantes.

De plus, lorsqu'on va chercher de l'aide, c'est qu'on reconnaît avoir une difficulté, et cela n'est pas toujours facile. C'est ce que Macha confie face à sa consommation de psychotropes :

Je n'ai jamais demandé de l'aide. Je n'ai jamais jugé ma consommation comme problématique, tandis que ça pouvait l'être un peu. Je voulais pas me l'avouer.

La reconnaissance d'une problématique attribuable à la consommation de SPA où à d'autres situations est un défi majeur selon Santé Canada (2006). Les femmes participant à l'étude de Santé Canada ont avoué qu'elles niaient leur consommation à elles-mêmes et aux autres personnes de leur entourage. Or, la reconnaissance d'un problème est une étape primordiale à franchir pour ensuite aller chercher de l'aide et des services.

3.6.2.2 Et des facilitants

S'il y a des obstacles à la recherche d'aide, les jeunes mères rencontrées identifient aussi des facilitants. Tout d'abord, la proximité des ressources paraît très importante, considérant que peu de jeunes mères, du moins parmi celles rencontrées, ont des voitures. Elles cherchent donc un service qui offre le transport ou qui est accessible en transport en commun. Plusieurs participantes ont identifié le transport comme étant une des conditions favorables au recours aux services d'aide :

Ici, il y a un service d'autobus. Véra

Moi, si j'aurais pas eu le transport, je pourrais pas venir, mes parents travaillent, pis moi j'ai pas de permis de conduire, ma sœur non plus. Olivia

Le fait qu'ils viennent te chercher à la maison aussi, ça fait que je ne suis pas obligée d'essayer de me débrouiller pour venir en autobus le matin, puis ça va jusqu'en... ils arrêtent devant chez toi puis tu embarques dans l'autobus, puis ils viennent te reporter. Ça fait que c'est très accessible. Julie

Julie a même mentionné avoir refusé l'offre d'un service d'aide, car elle devait prendre l'autobus pour s'y rendre.

Ils m'ont dit : « appelle à ce CLSC-là ». Mais moi, c'est celui qui est en face de chez moi que je veux aller. Je ne veux pas prendre l'autobus pour aller là-bas. Ça fait que, finalement, je viens ici (fais référence au service offrant un service de transport).

Dans le même ordre d'idée, nombreuses sont celles qui ont mentionné se diriger vers des ressources offrant plusieurs services au même endroit, répondant entre autres à l'obstacle du transport auxquelles elles font face :

Je viens ici. Ici, j'ai accès à tout, genre on a un pédiatre, on a la garderie, on a tout ici faque... Tant qu'à moi, je suis aussi ben de continuer dans une place que j'ai tout. On a le dépannage alimentaire ici, on a l'entrepôt pour le linge, on a tout. Mégane

Véra apprécie aussi les possibilités de la ressource qu'elle fréquente, car elle offre une panoplie de services, même le service scolaire qui est à proximité, faisant qu'elle pourrait considérer un retour aux études :

Tu oublies ton lunch, ils te fournissent le lunch aussi, ils te le donnent. Pas besoin de déboursier rien. C'est le fun. Même l'entrepôt, j'adore l'entrepôt ici. /.../ si j'ai besoin de parler à quelqu'un là, ben je le sais que je vais avoir quelqu'un à ma portée. /.../La ressource (nom de la ressource) j'aime bien, parce que je pourrais peut-être même retourner à l'école qui est juste en arrière ici. Véra

Il a été nommé aussi par certaines participantes qu'elles souhaiteraient avoir accès à une source d'aide concernant leur consommation à même la ressource pour jeunes mères qu'elles fréquentent. Elles disent souhaiter ne pas avoir à aller dans un centre spécialisé en dépendance par peur du jugement :

Moi, je pense que ça aiderait bien des mères. La plupart des mères qui viennent ici, on consomme à l'école. La plupart, c'est juste du pot. Le midi, on est une gang chez nous en train de fumer. Je pense que ça aiderait bien du monde. Y a ben des filles qui disent : « ah, je veux arrêter », mais on n'est pas capables. On n'est vraiment pas capables. On a tout essayé. /.../ Je pense qu'ils (fait référence à l'organisme qu'elle fréquente) devraient faire plus des thérapies là. Pas besoin d'avoir un organisme pour ça. Que le monde sache que tu es une droguée quand tu vas là, moi je trouve ça poche ça. Plus du genre des petites thérapies avec du monde comme nous. Mégane

Ce souhait rejoint le besoin exprimé par Véra d'avoir accès à un organisme offrant une panoplie de services, répondant à divers besoins. De plus, Mégane fait état de la peur du jugement et de la stigmatisation en lien avec le fait d'être mère et de consommer.

Dans le même ordre d'idées, Alexandra confie qu'elle a mis fin à son suivi par rapport à sa consommation, car elle aurait préféré être avec d'autres mères afin de se supporter mutuellement et, aussi, pouvoir aborder d'autres difficultés que la consommation :

Je suis allée au (nom d'une ressource spécialisée en toxicomanie), puis ça n'a pas duré longtemps. Non, je n'ai pas aimé ça. Je n'étais pas à l'aise. C'est comme tu parles à une personne puis tu es, genre là... Non, vraiment non. Ça ne fitte pas. Tant qu'à parler, je vais parler avec n'importe qui, mais pas avec une personne qui travaille dans ça. Mais moi quand j'ai arrêté de consommer, c'était enceinte, ça fait que ça aurait été le fun d'être avec d'autres mamans qui avaient le même problème que moi. Tsé, parler ben pas juste de consommation, mais parler de peu importe. Par exemple, des problèmes de gestion de colère. /.../ Si (la ressource en toxicomanie), avait des ateliers de mamans, mettons enceintes ou pas enceintes, qui ont un problème de consommation, ça j'aurais aimé ça en tabarouette. Parce que tsé, mettons j'étais enceinte, mais l'autre aussi elle était enceinte, puis on fait la même affaire, ça fait que là on peut se donner des trucs.

Les propos de Mégane et d'Alexandra montrent que le fait de recevoir des services spécialisés en dépendance à l'extérieur d'un organisme pour jeunes mères est un obstacle à l'intervention en toxicomanie. Elles expriment le désir d'avoir des services pour leur consommation, mais adaptés à leur réalité et répondant, par la même occasion, à leur besoin d'appartenance à un groupe, ici un groupe de jeunes mères, permettant d'échanger aussi sur cette condition et d'échapper au jugement.

Ainsi, le fait que plusieurs services soient offerts au même endroit et qu'un service de

gardiennage soit disponible permet une meilleure accessibilité aux services d'aide, ce que plusieurs recherchent :

Je viens ici. Ici,/.../ on a la garderie, on a tout ici faque...Tant qu'à moi, je suis aussi ben de continuer d'une place que j'ai tout que... Mégane

C'est quand même... à 20 ans, c'est quand même jeune d'avoir un petit bébé, ça fait qu'au moins comme ici, je peux faire mes activités à moi pendant qu'elle, elle est à la garderie en haut. Olivia

Olivia et Corine indiquent toutefois avoir le soutien de leur famille pour garder leur enfant lorsqu'elles en ont besoin, que ce soit pour des rendez-vous ou des activités personnelles :

Moi je suis toujours à temps plein chez moi, je sors quasiment pas, juste pour la petite. Si jamais je pars, je ne sais pas, à un rendez-vous pis que mes parents pis ma sœur sont pas là, ben c'est souvent ma grand-mère. Ma grand-mère aussi elle garde les enfants, ça fait que j'ai du support de ma famille. Olivia

J'sais que mes parents sont là pour m'aider, /... / Ma mère va garder l'bébé quand j'ai besoin. Corine

C'est le cas aussi de Barbara, qui affirme, par ailleurs, que le fait d'avoir un enfant ne l'a jamais empêchée de sortir :

J'avais d'l'aide aussi là, mes parents gardaient, mais sinon c'est pas la fin du monde sortir avec un bébé. Barbara

À l'inverse Julie, toute en reconnaissant que ses beaux-parents et d'autres membres de l'entourage sont disponibles pour garder, confie qu'elle ne demande jamais d'aide parce qu'elle ne se sent pas à l'aise de laisser la responsabilité de son enfant à d'autres :

Mes beaux-parents aiment beaucoup notre fils. S'il y avait quelque chose, sûrement qu'ils seraient là. La sœur à mon copain aussi, « Si vous avez besoin de quelque chose ben on est là », mais on ne demande jamais d'aide. Il y a 2-3 fois à date que sa sœur puis son chum sont venus garder notre fils, mais j'attends qu'il dorme le soir, puis je reviens avant qu'il se réveille. Ça fait qu'il n'a pas conscience qu'on n'est pas là, puis il y a quelqu'un à la maison. /.../ C'est plus moi qui décide de ne pas prendre l'aide parce que je me dis : « je ne veux pas le laisser là, s'il se met à pleurer puis qu'on n'est pas là... » Puis il est vraiment inconsolable. Julie

Enfin, les jeunes mères rencontrées ont révélé à différentes reprises et de différentes façons des craintes face à la recherche d'aide et au recours aux services, prétendant, entre autres, que d'avoir à demander de l'aide peut faire référence à un échec. Elles ont raconté avoir fait face à des réactions négatives lors de l'annonce de leur grossesse faisant qu'en choisissant de la poursuivre, elles veulent démontrer leur autonomie et, surtout, ne pas donner raison aux personnes qui leur ont dit qu'elles étaient trop jeunes et qu'elles gâcheraient leur vie se faisant.

3.6.3 En somme

Les jeunes mères rencontrées ont révélé à différentes reprises et de différentes façons des craintes face à la recherche d'aide et le recours aux services prétendant, entre autres, que d'avoir à demander de l'aide peut faire référence à un échec. Elles ont raconté avoir fait face à des réactions négatives lors de l'annonce de leur grossesse faisant qu'en choisissant de la poursuivre, elles veulent démontrer leur autonomie et, surtout, ne pas donner raison aux personnes qui leur ont dit qu'elles étaient trop jeunes et qu'elles gâcheraient leur vie ce faisant. . La reconnaissance qu'elles ont besoin d'aide semble ainsi être un enjeu important. La recherche d'aide viendrait montrer, selon elles, qu'elles ne sont pas autonomes et qu'elles ont de la difficulté à surmonter les difficultés résultant d'une grossesse hâtive qu'elles ont choisi de mener à terme.

Les obstacles à la recherche d'aide sont aussi pour plusieurs en lien avec la peur d'une intervention de la Direction de la protection de la jeunesse, surtout lorsque les jeunes mères adolescentes font face à diverses problématiques concomitantes (consommation, pauvreté, violence, etc.). Aussi, la gêne et la honte face à leur situation sont des éléments qui sont ressortis comme étant des obstacles pour certaines

D'un autre côté, certains éléments ont été soulignés par les participantes paraissent de nature à faciliter la recherche d'aide et le recours aux services. La proximité des ressources a été mentionnée comme, étant très importante, étant donné qu'elles n'ont pas, pour la plupart, de voiture. L'accès à un service de transport paraît ainsi clairement un incitatif au recours aux services. Une ressource offrant une panoplie de services (nourriture, vêtements, activités, groupe de soutien, psychologue, etc.) en un seul lieu se révèle aussi un facilitant s'agissant de faire appel à une aide extérieure. L'empathie et l'absence de jugement de la part des intervenants sont recherchées. Ces qualités paraissent essentielles afin qu'un lien de confiance s'établisse et que la ressource soit appréciée et recherchée. Enfin, le fait d'offrir plusieurs services, dédiés aux jeunes

mères adolescentes, au même endroit, permet à celles-ci de se retrouver entre elles, de pouvoir partager leur expérience, sans jugement et, en quelque sorte, de s'épauler. Cet élément est jugé primordial par les jeunes mères qui s'expriment dans le cadre de la présente étude.

CHAPITRE 4: Discussion

Ce chapitre vise à discuter les résultats obtenus en lien avec les écrits cités au chapitre présentant la recension. Il s'agit d'apporter des éléments nouveaux ou complémentaires aux résultats découverts dans les études recensées, ou bien de corroborer, ou non, les connaissances actuelles sur le sujet à l'étude. L'ultime objectif de ce mémoire vise à approfondir les connaissances sur l'expérience des jeunes mères adolescentes faisant usage de substances psychoactives, en mettant l'accent sur leur expérience de recherche d'aide et de recours aux services. La discussion permettra de constater dans quelle mesure et comment les résultats présentés au chapitre 4 permettent de répondre aux objectifs poursuivis tout au long de la réalisation la présente recherche. On se rappellera que les objectifs de l'étude consistaient à 1) décrire la trajectoire de consommation de substances psychoactives des jeunes mères consommatrices, de leur point de vue, 2) saisir la perception qu'elles ont d'elles-mêmes comme adolescente, adolescente mère et adolescente mère consommatrice de psychotropes, le cas échéant, 3) comprendre le rôle de la maternité dans la trajectoire de consommation de substances psychoactives et dans la recherche d'aide et de service lié soit à la consommation, soit à la maternité, 4) saisir les éléments « déterminants » infléchissant la trajectoire de recherche d'aide et de recours aux services des jeunes mères, et plus spécialement de jeunes mères consommatrices de psychotropes, et 5) formuler des recommandations en vue de faciliter la recherche d'aide et le recours aux services des jeunes mères consommatrices de substances psychoactives, et plus spécialement des jeunes mères consommatrices, le cas échéant.

4.1 Le parcours des jeunes mères avant la maternité

Tout d'abord, les données recueillies font état d'un parcours parsemé d'embûches avant la maternité pour les jeunes mères témoignant dans le cadre de la présente étude. Elles ont toutes connu des difficultés dans l'enfance et à l'adolescence, qu'il s'agisse de problèmes personnels ou familiaux. La trajectoire de consommation de ces jeunes mères s'inscrit donc dans une trajectoire de vie qui ne peut être ignorée, puisqu'en tenir compte permet de mieux comprendre leur parcours non seulement avant la conception, mais aussi pendant la période de gestation et après l'arrivée de l'enfant.

4.1.1 Des relations familiales difficiles

Cette section trace un portrait du segment de la trajectoire des jeunes mères interviewées lié à leur vécu familial, avant la maternité. Il ressort des résultats que toutes ont connu des difficultés familiales. Certaines ont eu des difficultés relationnelles avec leur père, d'autres avec leur mère, ou le conjoint de l'un ou l'autre. La majorité des participantes ont rapporté avoir une relation distante, voire absente avec leur père. L'étude d'Ellis, Bates, Dodge, Fergusson, Horwood, Pettit et Woodward (2003) présente des résultats similaires quant à l'absence du père en lien avec une maternité à l'adolescence qui est même vu, dans ce cas, comme une relation causale. Les auteurs rapportent, dans leur étude longitudinale s'échelonnant sur une période de treize ans auprès d'un échantillon de 242 jeunes filles américaines et 520 provenant de la Nouvelle-Zélande, qu'une jeune fille dont le père est absent de son enfance a cinq fois plus de probabilités d'être mère à l'adolescence comparativement à celle dont le père a été présent durant cette période. Dans le cas de la présente étude, bien que l'absence du père puisse être considérée comme un élément influençant la trajectoire de vie des jeunes filles, il n'est clairement pas question de conclure à une relation causale.

Les difficultés vécues dans l'enfance avec leur père biologique, rapportées par les jeunes mères participant à la présente étude, paraissent néanmoins expliquer, au moins en partie, le souhait exprimé par une majorité d'entre elles de bâtir une vie de famille positive, avec un père présent et aimant pour leur enfant. À notre connaissance, aucune étude n'a soulevé une telle constatation. Devant ce résultat, il est possible de se demander dans quelle mesure le souhait des jeunes mères de donner à leur enfant une famille, traditionnelle ou recomposée, avec un père présent et aimant, les pousserait à s'accrocher au père de l'enfant, ou à se remettre en couple rapidement advenant le départ du père biologique, dans le but de fournir une figure paternelle à leur enfant ? Il pourrait s'avérer intéressant d'approfondir cette piste, dans une nouvelle recherche.

Une autre hypothèse pourrait être explorée, considérant que les jeunes filles abandonnées par leur père peuvent avoir vécu une carence affective, liée à l'absence de celui-ci, faisant qu'elles souhaitent se retrouver en couple rapidement afin de combler le manque affectif qu'elles ressentent. Connelly et coll. (2012) rapportent, dans leur méta-analyse d'études qualitatives sur le sujet, que les jeunes mères sont déterminées à être de bonnes mères, et ne veulent pas que leur enfant vive une enfance négative comme elles l'ont vécue. Dans la présente étude, bien qu'il ne soit pas fait de liens explicites, on remarque l'importance exprimée par les jeunes mères de faire vivre une enfance positive à leur enfant, une enfance différente de la leur.

Wendland et Levandowski (2011) soulignent pour leur part, dans leur article sur les déterminants et conséquences d'une maternité à l'adolescence, que le vécu familial des jeunes mères, entre autres en lien avec l'absence du père, pourra déteindre sur la qualité de leurs relations affectives et conjugales futures; élément qui n'est pas corroboré par les propos recueillis auprès des participantes entendues dans ce mémoire. Burns et Porter (2007) de leur côté concluent, dans leur étude faite d'entrevues en profondeur réalisées auprès de dix mères adolescentes, que celles qui ont un père absent ou qui n'ont pas de relation affective avec leur père sont enclines à chercher cette relation affective avec les garçons qu'elles fréquentent et, pour ce faire, sont prêtes à avoir des relations sexuelles précoces. Bien que les résultats de Burns et Porter (2007) comme ceux d'Ellis et coll. (2003) montrent un lien entre l'absence du père et des relations sexuelles hâtives, rien n'indique dans ces études que les jeunes filles qui se trouvent enceintes à un jeune âge souhaitent se retrouver en couple rapidement afin de fournir une famille à leur enfant, comme le mentionnent plusieurs des jeunes mères rencontrées dans le cadre de la présente étude.

Aux relations difficiles avec leur père, s'ajoutent des relations conflictuelles avec les mères vécues par les participantes à la présente étude. Le constat est que la moitié d'entre elles rapportent avoir eu des difficultés relationnelles avec leur mère. Ce résultat rejoint ceux de l'étude récente de Ross-Lavoie (2015) réalisée auprès de cinq jeunes mères âgées de 18 et 22 ans, vivant dans une situation précaire et désirant avoir un deuxième ou un troisième enfant, concernant la relation mère-fille. Il s'avère que les cinq participantes de l'étude de Ross-Lavoie ont connu une relation distante ou conflictuelle avec leur mère. Néanmoins, les jeunes mères ont, dans ce cas, montré une certaine résilience concernant la relation qu'elles ont avec leur mère, assurant qu'elles n'ont plus d'attente face à cette relation et qu'elles cherchent désormais du soutien ailleurs, principalement dans les ressources. La présence d'une forme de résilience a aussi été évoquée dans la métasynthèse des recherches qualitatives auprès d'adolescentes mères ou en voie de l'être de Connolly et coll. (2012) qui rapportent, encore ici, que les jeunes mères souhaitent être de bonnes mères, et éviter de faire vivre à leur enfant l'enfance négative qu'elles ont vécue. Ces mêmes auteurs soulignent que la rupture du lien mère-fille, lorsque la relation a été empreinte de difficultés durant l'enfance, pourrait ainsi ne pas avoir d'impact négatif sur le parcours de la jeune mère, dans la mesure où celle-ci reçoit du soutien affectif d'autres sources que sa mère.

En définitive, il ressort des témoignages des jeunes participantes à la présente étude que les difficultés familiales sont au cœur de leur parcours durant l'enfance. Elles ont toutes vécu des difficultés relationnelles avec au moins un de leurs deux parents. La recension d'écrits a montré, comme c'est le cas dans la présente étude, que les difficultés familiales sont un facteur de risque associé à diverses problématiques, entre autres la consommation de psychotropes, une sexualité hâtive, et aussi, la maternité précoce ; ces différentes problématiques n'étant par ailleurs pas mutuellement exclusives (Gauthier, Bertrand et Nolin, 2010; Connely et coll., 2012; ISQ, 2012; McGuire et coll., 2012). La présente étude paraît aller dans le même sens, le témoignage des jeunes filles rencontrées laissant entendre que les difficultés relationnelles vécues dans l'enfance peuvent avoir conduit, directement ou indirectement, à la situation de maternité précoce qu'elles vivent.

4.1.2 Un vécu de violence dans la famille, point tournant dans leur parcours

Il apparaît pertinent de fouiller le vécu de violence dans l'analyse de la trajectoire des jeunes mères, considérant que plusieurs l'ont rapporté, lors des entretiens, comme faisant partie intégrante des difficultés qu'elles ont vécues. La majorité d'entre elles mentionnent en effet avoir été témoins et même, pour plusieurs, avoir vécu de la violence au sein de leur famille, dans l'enfance ou à l'adolescence, de la part d'un ou des deux parents, ou d'un conjoint de l'un ou l'autre. Cette violence a cessé, en quelque sorte « naturellement », car celles qui ont vécu de mauvais traitements avaient toutes quitté le domicile familial au moment des entretiens, et ce, depuis déjà quelques années pour certaines. Il est donc difficile de prétendre que la maternité en tant que telle a un lien avec l'arrêt de la violence familiale. Celle-ci agirait plutôt comme un facteur de risque de maternité précoce, en plaçant plusieurs des jeunes filles en situation de vulnérabilité lorsqu'elles décident de quitter le foyer familial à un jeune âge pour la fuir. Les mauvais traitements subis dans la famille ont déjà été soulignés dans les écrits comme, étant un facteur de risque important lié à la venue d'une maternité à l'adolescence (Sipsma et coll., 2011; Connolly et coll., 2012; Madigan et coll., 2014; Wendland et Levandowski, 2014). Le lien pourrait toutefois être indirect, comme il paraît dans la présente étude.

Les résultats de la présente étude appuient ceux de l'étude qualitative de Ross-Lavoie (2015) qui signale que, les huit mères rencontrées, âgées de 18 à 22 ans et ayant eu leur enfant avant l'âge de dix-huit ans, vivant dans une situation socioéconomique précaire et souhaitant avoir un deuxième ou troisième enfant, ont connu une enfance marquée de grandes difficultés, notamment de sévices physiques. Dans sa recension des écrits, l'auteure cite plusieurs études

dénonçant la violence physique vécue de la part des parents comme étant un facteur de risque considérable pour une grossesse précoce (Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf et Russo, 1998; Tyler, 2002; Saewyc et coll., 2004; Francisco, Hicks, Powell, Styles, Tabor, et Hulton, 2008 *in* Ross-Lavoie, 2015).

Le témoignage d'au moins sept participantes à la présente étude montre que, pour elles, la violence subie au sein de la famille aurait mené à un point tournant dans leur trajectoire, précipitant un départ hâtif du domicile familial dans le but de sortir du climat de violence. Le départ du domicile familial les aurait alors placés dans une situation de vulnérabilité provoquant un nouveau point tournant dans leur parcours lorsque, se livrant à des relations sexuelles précoces, elles sont devenues enceintes. Par ailleurs, un tel parcours pourrait constituer, d'une certaine façon, un facteur de protection pour l'enfant du fait du souhait, clairement énoncé par les jeunes filles interviewées, de ne pas faire vivre un tel climat à leur enfant.

4.1.3 La consommation de substances psychoactives

Dans le cadre de la présente étude, plusieurs jeunes mères révèlent avoir connu une période de consommation à fréquence élevée avant la maternité, ce qui signifie minimalement une consommation régulière de SPA dans l'année précédant la grossesse. De fait, seulement trois des participantes signalent une consommation occasionnelle⁸, alors que les neuf autres révèlent soit une consommation régulière⁹, soit une consommation quotidienne¹⁰, selon la typologie développée par Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron et Brunelle (2004) pour le RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec).

Fait inattendu, lors des entretiens, il a fallu spécifier aux jeunes filles interviewées que lorsqu'il était question de consommation de SPA, il s'agissait autant d'alcool que de drogues illicites. En effet, il est rapidement apparu que la consommation de SPA était associée par les participantes essentiellement à l'usage de drogues illicites.

La façon d'aborder la question de la consommation se voulait de fait la plus neutre possible, permettant aux jeunes mères de nommer les substances consommées, ainsi que la fréquence de la consommation, en évitant d'utiliser d'entrée de jeu des termes comme « problème », « abus », ou « surconsommation ». Ces termes peuvent avoir une résonance différente chez les jeunes mères, car ce qui est considéré comme une consommation abusive dans la littérature (cinq consommations standards et plus lors d'une même occasion) n'est pas nécessairement considéré comme tel par les adolescentes. On se rappellera que l'entrée en matière pour aborder le sujet se dessinait comme suit : *« J'aimerais que tu me parles de ta*

⁸ Consommation occasionnelle : personnes ayant consommé moins d'une fois par mois, ou environ une fois par mois.

⁹ Consommation régulière : personnes ayant consommé la fin de semaine, une à deux fois par semaine ou trois fois et plus par semaine, mais pas tous les jours.

¹⁰ Consommation quotidienne : personnes ayant consommé tous les jours.

consommation de psychotropes (alcool, drogues, médicaments – précision apportée en cours de collecte des données), du moment où tu as commencé à consommer jusqu'à maintenant ». D'emblée, les jeunes mères étaient portées à préciser, en tout premier lieu, qu'elles n'avaient pas de problème de consommation lorsque la question était abordée.

Le recours à différentes relances était de mise lorsque le sujet de la consommation était abordé, car la plupart des jeunes mères paraissaient vouloir minimiser leur profil de consommation : soit elles se révélaient assez clairement dans le déni, par exemple une participante mentionnait explicitement ne pas avoir de problème de consommation de SPA alors qu'elle indiquait par ailleurs consommer des amphétamines toutes les fins de semaine, soit la peur du jugement était présente au moment de l'entrevue, deux éléments qui ressortent dans les écrits en lien avec la recherche d'aide et de services. À cet égard, Santé Canada (2006) mentionne dans son rapport *Meilleures pratiques : intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* que les femmes en général sont davantage confrontées à un regard réprobateur de la part de la société face à la consommation de SPA, et que ce regard critique l'est encore davantage vis-à-vis une femme enceinte ou mère. Ces constats résultent d'une recension d'écrits, d'entrevues auprès d'informateurs clés et de groupes de discussion avec des femmes ayant des problèmes liés à la consommation de SPA (Santé Canada, 2006). En retour, les femmes enceintes vivaient de la honte et un sentiment de stigmatisation concernant leur consommation de SPA, augmentant les probabilités de ne pas reconnaître ni de communiquer leurs réels besoins personnels, et ainsi tarder à chercher de l'aide lorsque le besoin s'en fait sentir (April et coll., 2011). On voit clairement se dessiner ici les effets de l'interactionnisme symbolique, approche théorique privilégiée dans le cadre de la présente étude. On peut constater, dans les propos tenus par les jeunes mères de l'échantillon participant à la présente étude, qu'elles aussi disent craindre d'être étiquetées, un sentiment qui risque d'être encore plus virulent durant ou même après la grossesse, en lien possiblement avec leur jeune âge. Cette hypothèse n'a pas été fouillée, et n'est pas ressortie de la recension d'écrits. Il serait certainement pertinent d'explorer les craintes vécues par les mères adolescentes de parler de leur consommation de SPA, et ce, peu importe le profil de consommation qu'elles ont.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude reflètent les statistiques concernant la consommation d'alcool et de drogues des jeunes de la population générale cités dans la recension d'écrits puisque la substance la plus consommée identifiée par les participantes est l'alcool. Plus de la moitié des jeunes filles interviewées font état d'une consommation d'alcool à fréquence élevée avant la maternité. La proportion de l'échantillon qui endosse cette révélation est par

ailleurs nettement plus élevée que pour la population adolescente générale qui s'établit, dans l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire de 2013, à 9% pour les adolescentes âgées de 15 à 17 ans pour ce qui est d'une consommation à fréquence élevée.

Ce constat concernant la proportion élevée de consommatrices à fréquence élevée de l'échantillon n'est toutefois pas si surprenant puisqu'elle rejoint les résultats de l'Étude québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 (ISQ, 2012) ainsi que celle de McGuire et coll.(2012), lesquels établissent une relation entre le fait de présenter un tel profil de consommation de SPA et la précocité des premières relations sexuelles. Plus précisément, il s'avère que les jeunes filles qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres drogues en participant aux beuveries (*binge drinking*) auraient davantage des relations sexuelles précoces et de multiples partenaires sexuels que celles qui ne consomment pas, multipliant ainsi le risque de grossesses hâtives.

Par contre, si l'on compare le portrait de consommation après la maternité des jeunes filles participant à la présente étude à celle de la population générale, il s'avère que les jeunes mères du présent échantillon, dont l'âge moyen s'établit à 19,4 ans, rapportent pour la plupart avoir une consommation d'alcool à fréquence faible, alors que dans la population générale on constate une augmentation de la consommation excessive et répétitive chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans au cours des quinze dernières années. Il pourrait ainsi s'avérer que la maternité chez les adolescentes constitue, d'une certaine façon, un facteur de protection contre une consommation excessive et répétitive d'alcool. Ceci est, bien entendu, sans dire qu'il faut encourager la maternité à l'adolescence pour éviter un dérapage dans la consommation de SPA; il s'agit simplement de constater que la survenue d'une grossesse précoce paraît provoquer, en conséquence, une diminution de la consommation.

La maternité paraît en effet avoir été un point tournant dans la trajectoire de consommation des jeunes mères rencontrées. Elles révèlent toutes avoir effectué un changement significatif dans leurs habitudes de consommation de SPA, peu importe le profil qu'elles avaient auparavant. La grossesse paraît ainsi avoir été un vecteur de changement positif dans la trajectoire de consommation, pour toutes les mamans rencontrées. Ce résultat rejoint ceux, entre autres, de Sellenet et Portier-Le Cocq (2013) qui relatent que certaines des participantes à leur étude ont cessé ou diminué significativement leur consommation de SPA en apprenant qu'elles étaient enceintes, et rejoignent la trajectoire dévoilée par LaRue et Côté (2010) qui place *la*

maternité comme un moteur de changement. Ces auteurs rapportent que la maternité motiverait les mères à se définir un projet de vie dans le but de subvenir aux besoins de leur enfant suscitant, du même coup, un « tournant » dans leur vie.

Les propos des jeunes mères rencontrées dans le cadre de la présente étude montre bien ce qu'elles pensent de la surconsommation de SPA lorsque tu es parent. Peu importe leur profil et leur histoire de consommation, elles affirment un désaccord unanime face à la surconsommation qui, du point de vue qu'elles expriment, met en péril le rôle parental. Même celles pour qui la consommation est encore présente après l'accouchement formulent le souci de diminuer les impacts de la consommation sur leur enfant par la mise en place de différentes stratégies, par exemple, le fait de ne pas consommer en présence de l'enfant, ou encore de ne pas fumer dans leur domicile pour éviter le danger de la fumée secondaire. Les jeunes filles paraissent ainsi d'elles-mêmes adopter des stratégies pouvant être associées à une volonté de réduction des méfaits. Cette stratégie d'intervention qu'est la réduction des méfaits ressort dans la littérature comme, étant une stratégie d'intervention à favoriser auprès des mères, de sorte qu'elles puissent se donner des objectifs réalistes face à la consommation (Lavergne et Morissette, 2012). Ceci est d'ailleurs aussi vrai pour les adolescents en général (Brunelle et coll., 2008; Santé Canada, 2008).

Enfin, bien que bon nombre des écrits recensés concluent qu'un des facteurs de risque important susceptible de conduire à la maternité précoce est la consommation de SPA, il importe de nuancer cette proposition puisque, dans l'échantillon, bien que neuf des jeunes filles révèlent une consommation à fréquence élevée, seulement six d'entre elles auraient connu une trajectoire de consommation excessive et répétitive avant la grossesse. On peut alors voir le verre à moitié plein ou le voir à moitié vide. Aucun critère d'inclusion concernant la consommation n'était recherché lors du recrutement, et il s'est avéré que l'échantillon s'est partagé en deux : celles qui révélaient une consommation de SPA qu'on pourrait qualifier d'importante, allant d'une consommation à fréquence élevée à excessive et répétitive, avant la grossesse; et celles qui soutenaient n'avoir qu'une consommation somme toute légère (régulière, mais faible en intensité ou même quasi absente). Ainsi, il s'avère que si la consommation excessive et répétitive de SPA est un facteur de risque pour une maternité précoce, il n'est pas exclusif. Il semble plutôt, comme plusieurs chercheurs l'on mentionné, que c'est un ensemble de facteurs qui prédispose à vivre une maternité à l'adolescence, et non un facteur de risque à lui seul. Charbonneau (2003), entre

autres, tire cette conclusion, lorsqu'elle constate la présence de plusieurs facteurs de risque dans l'histoire de vie des participantes à son étude.

4.1.4 Le rôle de la maternité dans la trajectoire de consommation et la recherche d'aide et de services

Cette section répond à un des objectifs de ce mémoire qui consiste à *comprendre le rôle de la maternité dans la trajectoire de consommation de substances psychoactives et dans la recherche d'aide et de service*. On l'a vu, la maternité constitue tournant dans la trajectoire de consommation de toutes les jeunes mères rencontrées, agissant de différentes façons. Les jeunes mères rapportent que la venue de l'enfant a été une motivation à modifier leurs habitudes de consommation de SPA, peu importe le profil qu'elles avaient avant de devenir enceintes. Celles pour qui la consommation était quotidienne et abusive affirment que la venue de l'enfant, à elle seule, a conduit à l'arrêt complet ou à une diminution significative de la consommation. La grossesse apparaît ainsi avoir été un vecteur de changement positif dans la trajectoire de consommation, pour la plupart.

Considérant que ces jeunes mères ont modifié leurs habitudes de consommation, qu'ont-elles fait pour réussir ce changement ? Ont-elles été vers les services ? Pour la majorité des participantes, les services d'aide spécialisés en dépendance n'ont pas été sollicités. Tout d'abord, elles ne reconnaissent pas vivre des difficultés attribuables à la consommation de SPA. Ensuite, elles ne semblaient pas en sentir le besoin considérant qu'elles avaient d'elles-mêmes cessé ou diminué leur consommation en apprenant qu'elles étaient enceintes. Ceci étant, un service en dépendance pour maintenir les changements ne constitue pas une option envisagée. L'analyse du récit des jeunes mères permet en outre de comprendre que les services spécialisés en dépendance, pour celles qui y ont fait appel ou y ont été référées, ne répondent pas à leur besoin de se retrouver avec d'autres jeunes mères, ou en voie de l'être, qui vivent la même réalité qu'elles, besoin qu'elles expriment clairement en insistant.

Lorsqu'elles en auraient besoin, les jeunes mères expriment qu'elles préféreraient avoir accès à des services en dépendance intégrés dans les services généraux réservés aux jeunes mères. De fait, elles ne se dirigent pas vers les services spécialisés en dépendance pour différentes raisons : peur d'être étiquetées et jugées autant par les intervenants que par les autres

usagers qui ne vivent pas la même situation qu'elles, à savoir la maternité. Cette constatation rejoint les résultats voulant que les mères qui ont une problématique de consommation expriment la peur d'aller chercher de l'aide et d'être stigmatisées comme étant des mauvaises mères déjà soulignées tour à tour par DeKoninck et coll. (2003), Santé Canada (2006); April et coll. (2011); Lavergne et Morissette (2012) et L'Espérance et coll. (2013).

Également, l'analyse des données a permis de confirmer un constat déjà rencontré dans la littérature voulant que la peur d'une dénonciation à la DPJ puisse s'avérer un motif de ne pas se diriger vers des services en dépendance. La peur de la DPJ ressort en effet comme étant un obstacle à la recherche d'aide et au recours aux services (Santé Canada, 2006; April et coll., 2011). L'Espérance et coll. (2013), entre autres, rapportent que la peur de perdre la garde de leur enfant est un des premiers motifs évoqués par les mères qui ont une problématique de consommation de SPA qui les incitent à éviter de chercher de l'aide. Pour les jeunes mères participant à la présente étude qui n'estiment pas avoir un problème de consommation de SPA, la peur d'une intervention de la DPJ est néanmoins présente, mais elle semble alors liée essentiellement à leur jeune âge.

Une seule participante a mentionné avoir eu un suivi dans un service spécialisé en dépendance avant l'annonce de la grossesse. Cette jeune fille avait déjà établi un lien de confiance avec une intervenante dans ce cadre et, lors de l'annonce de la grossesse, elle a cessé de consommer et mis fin au suivi sous prétexte qu'elle n'en avait plus besoin. Il apparaît ainsi que lorsque les jeunes mères ont apporté des modifications à leur consommation, le recours aux services en dépendance pour maintenir le changement n'apparaît pas une option, mais rien n'a été répertorié dans les écrits à ce sujet.

4.1.5 En somme

Le témoignage des jeunes filles rencontrées dans le cadre de la présente étude montre qu'il est évident que la maternité joue un rôle motivateur quant au changement des habitudes de consommation de SPA pour les mères adolescentes. Toutefois, la recherche d'aide pouvant appuyer le changement souhaité, et dans bien des cas effectué, n'est, elle, pas si évidente. Assurément, pour aller chercher de l'aide il faut des conditions gagnantes, comme l'accès à des services de transport, et de gardiennage, ont indiqué les jeunes mères rencontrées. Mais il faut, avant tout, reconnaître l'existence d'une problématique. Or, comme on a pu le voir, les participantes ont très majoritairement paru vouloir minimiser ou justifier leurs habitudes de consommation. Ce constat n'est pas nouveau. Santé Canada (2006) rapporte que la reconnaissance d'une problématique attribuable à la consommation de SPA est un défi majeur

pour les femmes, et ce, encore plus lorsqu'elles sont mères. Certaines femmes participant à l'étude ont avoué, vers la fin de l'entrevue, qu'elles n'avaient leur consommation à elles-mêmes et aux autres personnes de leur entourage, alors qu'elles auraient bénéficié d'un service d'aide avant la grossesse. Or, la reconnaissance d'un problème est une étape primordiale à franchir pour ensuite aller chercher de l'aide et des services.

4.2 La perception que les jeunes mères ont d'elles-mêmes

Parmi les objectifs posés au départ, avant d'entreprendre la collecte de données, se trouvait celui de sonder la perception que les jeunes mères avaient d'elles, comme jeune fille, jeune consommatrice et jeune mère. Bien que cet objectif n'ait pas été entièrement atteint, les résultats permettent de voir que les participantes se décrivent principalement comme des mères, et non comme des adolescentes ou, comme on a pu le voir dans la section précédente, comme des consommatrices de SPA, et encore moins comme des consommatrices de SPA dont la consommation serait ou aurait été problématique, avant, pendant ou après la venue de l'enfant. Certes, ceci pourrait se comprendre par le fait que plusieurs étaient âgées de vingt ans, donc plus tout à fait adolescentes, mais plutôt jeunes adultes au moment de l'étude, mais il reste que c'est d'abord en parlant d'elles comme mères que les participantes s'expriment. Encore ici, ceci pourrait s'expliquer par l'objet de l'étude qui leur est présenté comme étant une recherche sur l'expérience de la maternité auprès des services d'aide. Ceci se retrouve notamment dans le formulaire de consentement et la consigne de départ qui s'énonçait ainsi : « *J'aimerais que tu me parles de ton expérience de maternité* », ayant pour conséquence de les « brancher » sur leur expérience de maternité. Ceci étant, les propos recueillis laissent entendre que les jeunes mères se voient davantage matures et responsables que les filles du même âge n'ayant pas d'enfant, et qu'elles sont habitées par un sentiment de fierté face à leur rôle de parent. Certaines études ont conclu que la venue de l'enfant chez l'adolescente augmente clairement l'estime de soi (Reichman et Pagnini, 1997; Bailey et coll., 2001; Williams et Vines, 2001; Sellenet et Portier-Le Cocq, 2013), se traduisant par la fierté d'être parent, le sentiment d'être responsable, la volonté d'être un modèle pour son enfant et de pourvoir, le mieux possible, à ses besoins.

Considérant que cet objectif n'est pas entièrement atteint, il s'avérerait pertinent d'explorer davantage cette question dans le prolongement de cette étude.

4.3 Ce qui amène les jeunes mères à chercher de l'aide

Saisir les événements « déterminants » infléchissant la trajectoire de recherche d'aide et de services empruntée par les jeunes mères ayant un ou des problèmes liés à la consommation de SPA était un objectif de ce mémoire. Cet objectif a été partiellement atteint, car la question n'a pas été clairement abordée lors des entretiens et, considérant que la plupart d'entre elles ne reconnaissaient pas avoir une problématique de consommation, elles ne sont pas allées vers les services d'aide en dépendance.

Néanmoins, on peut dire que la maternité a été un événement qui a influencé la trajectoire de recherche d'aide et le recours aux services, mais pas en lien avec la consommation nécessairement. Les jeunes mères rencontrées ont cherché de l'aide répondant à d'autres besoins que la consommation.

On a pu le voir, la consommation de SPA est, assez généralement, une situation elle-même jugée problématique par l'entourage, qui cache des difficultés vécues avant la maternité. De leur côté, la maternité est perçue par les jeunes mères rencontrées comme étant un événement positif, qui leur a permis de se ramener vers la trajectoire sociale dite « normale » de laquelle elles avaient bifurqué, et d'avoir un but et des projets dans la vie, entre autres retourner aux études afin d'offrir une vie meilleure à leur enfant. Les jeunes mères sont dans le « ici et maintenant ». Reste qu'il arrive qu'elles doivent s'adresser à différentes ressources pour répondre à divers besoins pour elles et leur enfant. Reste à savoir ce dont elles ont besoin et ce qu'elles attendent des services auxquels elles s'adressent.

4.4 Ce que cherchent les jeunes filles et ce qu'elles trouvent

A priori, les jeunes mères s'adressent aux services concernant leur nouveau rôle de mères, et à ceux qui répondent aux besoins de l'enfant. Elles cherchent d'abord à répondre à leurs besoins de base, en s'assurant de bien se nourrir et d'offrir un environnement sécuritaire à l'enfant. Aussi, les résultats ont montré que les jeunes mères cherchent à briser l'isolement, en se retrouvant avec d'autres jeunes mères qui vivent la même situation qu'elles. Considérant qu'elles ne vivent pas les mêmes choses que les jeunes de leur âge, le partage d'expérience avec d'autres jeunes mères permettrait de répondre au sentiment d'appartenance à un groupe, primordial à cet âge.

Concernant leur satisfaction quant aux réponses obtenues, il appert que les jeunes mères apprécient grandement les ressources d'aide, tant qu'elles répondent à leurs besoins. Elles rapportent, au sujet de différentes ressources, que celles-ci leur ont permis ou leur permettent encore de sortir de l'isolement, de rencontrer et d'échanger avec d'autres jeunes mamans comme elles, de développer des habiletés parentales, d'avoir du soutien de la part d'intervenants qualifiés lorsque le besoin est présent, et aussi d'avoir accès à des éléments de base tels que nourriture et vêtements. Également, elles rapportent que les ressources leur permettent de maintenir des changements qu'elles ont apportés à leur vie à la suite de l'annonce de la grossesse, comme l'arrêt ou la diminution de la consommation de psychotropes.

On l'a vu, les jeunes mères ne sont pas portées à se diriger d'emblée vers des ressources spécialisées en dépendance, alors même que ceci paraît nécessaire, de peur d'être jugées et stigmatisées. Il apparaît que, pour elles, le fait de se retrouver entre mères, d'avoir du soutien en lien avec leur maternité a pu contribuer, de leur point de vue, à les conduire naturellement vers l'abstinence ou le maintien de la diminution de la consommation, essentiellement pour le bien de leur enfant, ou pour éviter d'en perdre la garde. Considérant que le bien de leur enfant prime, et que c'est là le motif premier conduisant à vouloir contrôler sa consommation de SPA, la seule présence de l'enfant ferait que, pour elles, le problème de la consommation semble réglé. Néanmoins, elles montrent une ouverture à en discuter dans le cadre de groupes d'échanges avec d'autres jeunes mères, dans les organismes qu'elles fréquentent déjà.

Pour l'instant, ce qui ressort donc est que, malgré les efforts consentis afin d'offrir une accessibilité rapide aux services en dépendance, ceux-ci ne sont pas adaptés à cette clientèle. C'est aussi ce qu'ont constaté L'Espérance et coll. (2013) au sujet des services offerts aux jeunes mères consommatrices de SPA.

Enfin, il a été observé à travers les entretiens que le fait de rechercher de l'aide permet d'avoir un sentiment de sécurité. Que ce soit des ressources qui permettent de répondre à des besoins primaires comme avoir accès à de la nourriture, des vêtements, des effets nécessaires aux soins de l'enfant, des ressources qui offrent la possibilité de s'offrir un temps de repos en confiant l'enfant à des personnes de confiance, des ressources qui font en sorte de se trouver entourer de gens qui vivent les mêmes choses qu'elles, ou d'accès à des intervenants avec qui elles peuvent échanger librement, sans jugement, toutes ces ressources ou services contribueraient à offrir un filet de sécurité aux jeunes mères.

Le sentiment d'avoir une liberté dans les services d'aide, ne pas être contrainte paraît apprécié, voire primordial pour les jeunes mères. Il importe de rappeler que Charbonneau (2003) mentionnait que les jeunes mères utilisaient peu les ressources et encore moins à long terme, à l'exclusion des prestations de la sécurité du revenu, alors que les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude montrent que les jeunes mères rencontrées utilisent les ressources, tant qu'elles leur sont utiles, qu'elles ne leur imposent pas de contraintes, mais offrent plutôt une grande flexibilité quant à leur utilisation et surtout, tant qu'elles s'y sentent accueillies sans jugement et sans obligation. Se dessinent ici quelques éléments clés à prendre en compte, s'agissant de dessiner des ressources qui offrent les meilleures chances de rejoindre la clientèle des jeunes mères consommatrices, de répondre à leurs attentes et, susceptibles de leur être utile.

4.5 Les recommandations

L'analyse du récit recueilli auprès des jeunes mères ayant accepté de participer à la présente étude permet d'aboutir à cinq recommandations concernant la recherche d'aide et le recours aux services.

1. Il apparaît essentiel de poursuivre la détection systématique de la consommation chez les adolescentes enceintes, en utilisant l'approche motivationnelle, et en utilisant un langage neutre, sans présupposés (par exemple : problématique de consommation, consommation abusive seraient à éviter), qui pourraient biaiser la détection en rendant les sondées réfractaires à se livrer authentiquement. Cette recommandation vient du fait que les jeunes ont une perception de leur consommation qui n'est pas celle qui correspond à la description réelle de ce qui est considéré comme étant problématique, selon les outils validés d'évaluation. Dans une perspective d'interactionnisme symbolique, cette question du type : « est-ce que tu as une problématique de consommation » est beaucoup trop confrontant pour la jeune mère, et peut venir biaiser la réponse qu'elle donnera lors de la détection de la consommation. Cette recommandation réitère celle de plusieurs auteurs concernant l'importance du dépistage systématique de la consommation chez les jeunes femmes enceintes ou mères (Plan d'action interministériel en toxicomanie, 2006; Center for substance abuse treatment, 2009; Carson et coll., 2010; Finnegan, 2013; O.M.S., 2014) tout en soulignant l'importance de tenir compte des réticences auxquels risquent d'être confrontés les évaluateurs si l'instrument n'est pas suffisamment sensible au malaise ressenti par les jeunes mères à dévoiler leur consommation par crainte du jugement et des conséquences de leur révélation pour elle et pour leur enfant.
2. Fournir un bottin de ressources aux adolescentes enceintes, incluant une diversité de ressources répondant aux différents besoins manifestés par celles-ci (nourriture, logement, habillement, ressources financières, ressources pour jeunes mères, garderie, ressources en dépendance...). Ce bottin pourrait prendre la forme d'une application électronique, découpée selon chacune des régions administratives, et mises à jour constamment, ceci afin de rejoindre les jeunes filles qui sont toutes, maintenant, branchées sur Internet. Il a été constaté que les jeunes mères ne savent pas où se diriger pour avoir des services. Celles qui n'ont pas de suivi psychosocial sont laissées à elles-mêmes pour la recherche d'aide et de services. Ceci est le lot des participantes entendues dans ce mémoire, considérant que les jeunes mères prises en charge par les centres jeunesse n'ont pas été sollicitées pour y participer. L'application devrait être facilement repérable par les principaux moteurs de recherche, répondre à une kyrielle de mots clés susceptibles d'être utilisés par les jeunes mères (avec toutes les déclinaisons imaginables) et être attrayante, principalement en favorisant un message qui établit clairement que les services rendus se font sans jugements, obligations d'engagement et... sans frais dans le meilleur des cas.
3. Dans le même ordre d'idée, un service téléphonique 24/7 (disponible 24 heures sept jours par semaine) pourrait être offert aux jeunes mères favorisant l'écoute et la référence vers les ressources d'aide appropriées au besoin. Ce service devrait respecter le désir des jeunes mères de ne pas se sentir jugé et stigmatisé qu'il soit question de leur

consommation, de leur condition de mère adolescente, ou des besoins qu'elles expriment. Ce service pourrait aussi être publicisé via Internet en présentant clairement à qui il s'adresse et son engagement à répondre sans juger.

4. Intégrer les services qui s'adressent pour les uns aux jeunes mères et pour les autres aux problématiques de dépendance au sein d'une même ressource est fortement suggéré. Pour ce faire, la collaboration entre les organismes spécialisés en dépendance et les organismes communautaires qui accueillent les jeunes mères est à prioriser. Comme l'indiquent L'Espérance et Ménard (2013), dans leur rapport publié récemment concernant les jeunes femmes enceintes ou jeunes mères, l'intégration des services est une avenue à développer auprès de cette clientèle afin de prévenir la consommation de SPA et les conséquences sur le développement de l'enfant. La proposition d'une intégration des ressources rejoint les propos des jeunes mères participant à l'étude qui formulent le souhait de pouvoir trouver tous les services utiles à leurs besoins en un seul endroit, où les intervenants seraient sensibles à leur double condition de mère faisant usage de SPA, et dispensés sans jugement de l'une ou l'autre.

5. Dans le même ordre d'idée, des services offrant aux jeunes mères la possibilité d'un retour aux études, ou un projet professionnel seraient à privilégier. Un organisme rencontré lors du recrutement a soutenu qu'offrir un logement sécuritaire à faible coût pouvait aider réellement les jeunes mères à s'accomplir dans l'atteinte d'un projet de vie. Des logements à prix modique pour les jeunes mères qui ont des projets de vie, avec des services de gardiennage et de transport vers les ressources d'aide, devraient être offerts dans différentes régions du Québec.

6. Les services offerts aux jeunes mères devraient considérer le besoin de socialisation et d'appartenance à un groupe de pairs reconnus à l'adolescence, dans leur offre de services. À cet égard, les rencontres de groupe seraient à favoriser dans les ressources d'aide offertes aux mères adolescentes, ne serait-ce qu'en complément de l'intervention individuelle. Cette recommandation appuie les conclusions de Connelly et coll. (2012) qui, à l'issue de sa méta-analyse de dix-sept études qualitatives sur les mères adolescentes prises en charge par les services de la protection de la jeunesse, soutient que les mères qui reçoivent du soutien émotionnel (écoute, empathie, compréhension, réconfort, etc.) vivent une maternité plus positive, et sont capables de faire face plus facilement aux défis auxquels elles font face. Le soutien émotionnel qu'un groupe de soutien peut apporter n'est donc pas à négliger dans la prestation des services d'aide.

CONCLUSION

L'adolescence est une période propice aux nouvelles expériences et, bien sûr, à l'initiation à la consommation de substances psychoactives qui restera exploratoire pour certains, et deviendra régulière, voire quotidienne pour quelques-uns. Bien que les statistiques montrent une consommation plus élevée chez les garçons, la consommation des filles est tout aussi préoccupante.

Aussi, l'adolescence est une période où généralement se vivent les premières relations amoureuses et les premières relations sexuelles. Et lorsqu'il y a consommation de SPA, la prise de risque se voit augmentée, pouvant, entre autres, entraîner des relations sexuelles non protégées, pouvant à leur tour aboutir en une grossesse, évidemment non planifiée. Si tel est le cas, le risque que les jeunes filles soient doublement jugées, voire stigmatisées pour la grossesse à l'adolescence et pour la grossesse assortie d'une consommation de SPA, est réel, la consommation durant la grossesse étant généralement mal vu, autant chez les adolescentes que chez les femmes adultes.

Du moment où il apparaît que la société étiquette négativement les jeunes mères adolescentes, et plus spécialement les jeunes mères connues pour être aussi consommatrices de SPA, il devient pertinent, conformément à la théorie de l'interactionnisme symbolique qui rappelons-le stipule que : « 1) *l'être humain agit sur les choses à partir des significations que ces choses ont pour lui; 2) le sens de ces choses dérive de l'interaction sociale qu'il a avec elles; 3) ces significations se modifient à travers un processus d'interprétation développé entre pairs* » (Blumer, 1966 dans Riot, 2004 :187), de se demander comment les jeunes mères interprètent ce message et y réagissent, et dans quelle mesure leur interprétation et réaction peuvent avoir un impact sur la recherche d'aide et le recours aux services, lorsque requis. La présente étude a visé à approfondir les connaissances sur l'expérience des mères adolescentes faisant usage de substances psychoactives, en mettant l'accent sur leur expérience de recherche d'aide et de recours aux services, de leur point de vue.

Il est d'abord apparu que la douzaine de jeunes filles rencontrées dans le cadre d'entretiens semi-dirigés de type récits de vie avaient de la difficulté à reconnaître leur usage de SPA comme étant problématique. Il est possible que la réaction des gens au vu de leur situation entraîne de leur part une forme de déni face à leur consommation.

Ceci peut, en retour, avoir pour effet de faire en sorte qu'elles cherchent à s'isoler ou se cacher et donc hésitent voire refusent de s'adresser aux ressources dont elles auraient pourtant besoin. Confortant ici la théorie de l'interactionnisme symbolique, leur recherche d'aide ou non serait conditionnée par le jugement qu'elles anticipent.

Dans la communauté scientifique, la grossesse précoce a aussi été généralement considérée comme étant un événement dans la vie des adolescentes qui devrait être évité à tout prix, considérant les conséquences négatives s'y rattachant tant pour la mère que pour l'enfant. Néanmoins, au cours de la dernière décennie, des études ont porté un regard plus nuancé sur l'expérience de la grossesse à l'adolescence, faisant ressortir des conséquences positives pouvant en résulter. Mais qu'en est-il réellement ?

Les résultats de la présente étude conduisent aussi à nuancer la perception de l'expérience de la maternité à l'adolescence. Pour certaines, la grossesse aurait provoqué un point tournant dans leur trajectoire les amenant à réduire significativement voire à cesser leur consommation de psychotropes. Pour d'autres, la grossesse a permis de mettre fin à un parcours de violence dans les relations amoureuses en les amenant à prendre leurs distances avec le père de l'enfant partenaire violent. Et pour toutes, un retour aux études fait partie de leur projet de vie, dans le but d'assumer leur rôle de parent à part entière, subvenir aux besoins de leur enfant et être un modèle pour lui. Ces résultats appuient ceux de Williams et Vines (2001), de LeVan (2006) et de Connelly et coll. (2012) voulant que la grossesse ou la venue de l'enfant permette de donner, un sens à une vie chargée de difficultés. Toutes les jeunes interviewées ont soutenu vouloir être de bonnes mères, et éviter de faire vivre une enfance difficile à leur enfant, comme celle qu'elles ont elles-mêmes vécu. L'importance de créer un climat familial positif assurant un développement harmonieux et sécurisé à leur enfant était au cœur de leur discours.

Ainsi, les résultats montrent que la majorité des jeunes mères rencontrées se retrouvent dans la trajectoire de vie définie par La Rue et Côté (2010) voulant que *la maternité se révèle un moteur de changement* les amenant à modifier leur consommation de SPA et les dirigeant vers un projet de vie scolaire ou professionnelle. À cet égard, on peut certainement considérer que la maternité a constitué un « point tournant » dans leur trajectoire de vie. Aucune des participantes rencontrées ne paraît se retrouver dans la trajectoire définie par La Rue et Côté (2010) où *la maternité est une source de désorganisation supplémentaire* faisant qu'elles n'auraient pas modifié leurs habitudes de consommation de substances psychoactives et, n'ayant pas de relation conjugale stable, auraient de la difficulté à subvenir aux besoins de leur enfant. Il est possible d'émettre l'hypothèse que celles qui vivraient cette trajectoire sont plus susceptibles de se trouver dans des ressources offertes par les centres jeunesse, milieu non sollicité pour la cueillette de données.

Sachant l'impact de la grossesse à l'adolescence sur la trajectoire des jeunes filles, l'apport de différents services leur étant destinés paraît crucial. La motivation d'amener des changements de différents ordres dans leur vie, entre autres dans leurs habitudes de consommation, pour accueillir correctement l'enfant qui y prendra désormais place pourrait être un déclencheur de la recherche d'aide et du recours aux de services. Williams et Vines (2001) comme Herrman (2006) ont déjà soulevé l'importance d'utiliser ce point tournant pour offrir des services d'aide aux jeunes mères. Mais encore faut-il pouvoir identifier ces besoins et, surtout, la bonne manière d'y répondre. Les résultats de la présente étude ont notamment montré que les besoins des jeunes mères sont de différents ordres, entre autres : besoins financiers afin d'assurer les soins de l'enfant, besoin de se nourrir, se vêtir, de se sentir en sécurité, de socialiser, de sortir de l'isolement.

Le besoin d'une intervention visant la consommation de SPA, même pour celles qui ont montré un profil de consommation élevé, n'a pas été soulevé comme, étant une priorité. La peur du jugement ou de l'étiquette pourrait en être la raison. Chercher de l'aide obtenir de la nourriture, des vêtements, ou des soins pour l'enfant serait beaucoup moins stigmatisant, voire serait valorisé aux yeux des gens, contrairement à chercher de l'aide concernant une consommation de SPA jugée particulièrement négative dans les circonstances.

Néanmoins, si des services en dépendance étaient offerts directement dans les ressources d'aide dédiées aux jeunes mères, il appert que celles en ayant besoin iraient davantage les consulter que si elles ont besoin de se déplacer vers une autre ressource. Le transport et les services de gardiennage ressortent comme étant des obstacles à la recherche d'aide et au recours aux services. Ceci est sans compter la peur du jugement prégnante lorsqu'il s'agit de s'adresser à des ressources non spécifiquement conçues ou réservées aux jeunes mères. Ces considérations amènent à conclure que si les ressources utiles aux jeunes mères, y compris les services en dépendance, étaient rassemblées en un même lieu, elles seraient plus utilisées et, partant, plus utiles.

En définitive, des services dédiés, spécialisés et intégrés ayant pignon sur rue à la même adresse sont à prescrire s'agissant de venir en aide aux jeunes mères adolescentes, y compris les jeunes mères consommatrices de substances psychoactives. Un tel modèle leur permettrait de se retrouver entre elles, qui se comprennent et ne se jugent pas. Un milieu d'intervention mettant de l'avant l'empathie, l'ouverture d'esprit et la présomption de compétence est décrit par les jeunes filles comme étant ce qui est souhaité. Dans ces conditions, il est à prévoir que les jeunes mères développeront un lien de confiance avec les intervenants, et que le recours à différents services, parmi lesquels des services spécialisés en dépendance sera facilité. Il est ainsi recommandé que les services en dépendance des CISSS/CIUSSS travaillent en partenariat, par voie par exemple d'un prêt de service, avec les ressources communautaires, en vue d'offrir des services adaptés aux jeunes mères et à leur situation.

Comme avenues de recherche à la suite du présent mémoire, il paraîtrait pertinent de poursuivre, entre autres, une réflexion relative à la faisabilité de cette recommandation, en interrogeant les différentes instances qui offrent des services d'aide aux mères adolescentes (organismes publics et communautaires) en vue de préciser les obstacles et les facilitateurs pour la mise en forme et la mise en œuvre d'un tel projet de partenariat, visant à trouver des solutions pour répondre aux besoins révélés par les jeunes mères. Il importe de considérer que la parentalité adolescente peut être un événement positif, et saisir l'opportunité d'aider les jeunes mères à poursuivre les changements déjà amorcés, dans bien des cas, à l'annonce de la grossesse.

Le présent mémoire a permis de jeter un nouvel éclairage sur la recherche d'aide et le recours aux services des jeunes mères adolescentes, et plus spécialement celles qui reconnaissent avoir eu une consommation plus ou moins importante de substances psychoactives avant, pendant et après la grossesse. Il reste néanmoins encore beaucoup à connaître et à comprendre autour de cette question encore trop peu documentée. Étant donné le nombre restreint de jeunes mères rejoint dans le cadre restreint de cette recherche qualitative exploratoire, il est suggéré de poursuivre la quête de connaissances en vue de parfaire l'offre de services adaptés à cette population.

Aussi, certaines hypothèses ont été soulevées tout au long du mémoire qui mériteraient d'être fouillées plus avant, concernant notamment l'entourage des jeunes mères. Il a ainsi été suggéré que les jeunes mères qui ont du soutien de l'entourage sont moins portées à consulter les ressources d'aide formelle. Ceci étant, il serait pertinent de vérifier si l'entourage est habilité à fournir l'aide nécessaire à ces jeunes mères, et dans quelle mesure.

Plus spécialement, il est apparu que certaines participantes pour qui la relation avec leur propre mère avait été rompue avant la grossesse, qui ont renoué avec elle à l'annonce de la grossesse, ont montré une certaine résilience suite à une nouvelle rupture survenue après la venue de l'enfant. Il serait intéressant de fouiller plus précisément la relation mère-fille avant, pendant et suite à la venue de l'enfant, et ses impacts sur la trajectoire de vie des jeunes mères.

Un peu dans le même ordre d'idée touchant les relations avec l'entourage, s'intéressant à la trajectoire de vie des jeunes mères et à ce qui peut l'influencer, on s'est demandé dans quelle mesure le désir qu'elles expriment explicitement de donner à leur enfant une famille, traditionnelle ou recomposée, avec un père présent et aimant, les pousserait à s'accrocher au père de l'enfant, ou à se remettre en couple rapidement advenant le départ du père biologique, dans le but de fournir une figure paternelle à leur enfant ? Une autre hypothèse pourrait être que les jeunes filles abandonnées par leur père peuvent avoir vécu une carence affective, liée à l'absence de celui-ci, faisant qu'elles souhaitent se retrouver en couple rapidement afin de combler le manque affectif qu'elles ressentent.

Il a aussi été suggéré que l'approche systémique s'imposait comme étant une approche à privilégier auprès des adolescents consommateurs, et auprès des mères qui consomment des

psychotropes. L'hypothèse que cette approche serait aussi bénéfique dans le cas des mères adolescentes serait à vérifier dans une recherche future qui mettrait cette approche à l'épreuve.

Enfin, l'hypothèse que la réalité des mères adolescentes est différente de celle des mères adultes serait aussi une avenue de recherche intéressante à poursuivre, en ayant un échantillon de jeunes mères et de mères adultes, ayant ou non des problèmes attribuables à la consommation de SPA. Il serait entre autres pertinent de vérifier si les jeunes mères craignent davantage de parler de leur consommation de SPA ou si elles ont simplement plus de difficulté à l'admettre, peu importe leur profil de consommation, comparativement aux mères plus âgées, en se demandant pourquoi, le cas échéant. En fait, il serait tout simplement intéressant de comprendre pourquoi les jeunes mères refusent de divulguer ou même d'admettre leur consommation, entravant ce faisant leur volonté et leur démarche de recherche d'aide, même lorsque celle-ci paraît nécessaire.

RÉFÉRENCES

- Al-Sahab, B., Heifetz, M., Tamim, H., Bohr, Y., Connolly, J. (2012). Prevalence and characteristics of teen motherhood in Canada. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 228-234
- April, N., Ouimet, A.M., Venne, M., Gagnon, H. Hein, S. (2011). Regards sur les activités en matière d'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale au Québec, de 2004 à 2010. Institut national de santé publique.
- April, N., Bégin, C., Hamel, D., Morin, R. (2016). Portrait de la consommation d'alcool au Québec de 2000 à 2015. Institut national de santé publique du Québec.
- Arfken CL, Klein C, di Menza S, Schuster CR. (2001). Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *Journal of substance abuse treatment*, 20(1) :53-7.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R.C. Smith, E.E., Bem, D.J. (1994). Introduction à la psychologie. (Les éditions de la Chanelière, 3e édition), 785 pages.
- Bailey, P. E., Bruno, Z. V., Bezerra, M. F., Queiroz, I., Oliveira, C. M., Chen-Mok, M. (2001). Adolescent Pregnancy One Year Later : the effects of abortion vs. motherhood in north-east Brazil. *Journal of Adolescent Health*. 29(3), 223-232.
- Ben Amar, M. (2015). *La toxicomanie*. Les presses de l'Université de Montréal. 343p.
- Bensussen-Walls, W., Saewyc, E.M. (2001). Teen-Focused Care Versus Adult-Focused Care for the High-Risk Pregnant Adolescent: An Outcomes Evaluation. *Public Health Nursing* v.18, no.6, 424-435.
- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., Massicotte, L. (2006). Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les CRPAT: pratiques gagnantes et offre de services de base: Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT).
- Bertrand, K., Nadeau, L. (2006). Toxicomanie et inadaptation sociale grave : perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation. *Drogues, santé et société*, Vol.5(1), pp.9-44.
- Blais, J. (2005). La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste. *Ça s'exprime*, 1, No. 2 Hiver 2005(MSSS), 8.
- Blin, T., Blumer, H. (1999). La société en tant qu'interaction symbolique [Society as symbolic interaction]. *Sociétés (Paris)*(66), 95-105.
- Blumer, H. *Symbolic interactionism : perspective and method*. EnglewoodCliffs, NJ: Prentice Hall.
- Blumer, H., Riot, L. (2004). Les problèmes sociaux comme comportements collectifs [Social problems as collective behavior]. *Politix (Paris)*(67), 185-199.
- Boden, J.M., Fergusson, D.M., Horwood, L.J. (2007). Early motherhood and subsequent life outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, February, Vol.49(2), pp.151-160.
- Brady KT, Randall, C.L. (1999) Gender differences in substance use disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 22(2) : 241-52.

- Brochu, S. (2007). *Drogue et criminalité : une relation complexe*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Brooks-Guon, J., Furstenberg, F. (1986). The children adodollescent mothers: Physical, academic and psychological outcomes. *Developmental Review*, 6, 224-251.
- Brunelle, N., Bertrand, K. (2010). Trajectoires déviantes et trajectoires de rétablissement à l'adolescence : typologie et leviers d'intervention. *Criminologie*, 43(2), 373-399. doi: 10.7202/1001782ar
- Brunelle, N., Brochu, S., Cousineau, M.-M. (2005a). Le point sur les trajectoires d'usage de drogues et de délinquance juvénile : des jeunes se racontent. Dans L.Guyon, S. Brochu, & M. Landry (Eds.), *Les jeunes et les drogues : usages et dépendances* (Collection Toxicomanies ed., pp. 279-325). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Brunelle, N., Landry, M., Bertrand, K. (2008). Comprendre les parcours de consommation des jeunes du Québec et optimiser les stratégies d'intervention : 15 ans de recherche multidisciplinaire au service du terrain. Dans E. Streel & L. Chinet (Éds), *Cannabis : approches thérapeutiques contemporaines* (pp. 49-74). Bruxelles: De Boeck Université.
- Carpentier, N., White, D. (2013). Perspective des parcours de vie et sociologie de l'individuation. *Sociologie et sociétés*, 45(1), 279-300.
- Carson, G., Vitale Cox, L., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Fluka, S., Koren, G., ... et Wook, R. (2010). Directie clinique de consensus sur la consommation d'alcool durant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 32(8), S1-S36.
- Center for Substance Abuse Treatment (2009). *Substance Abuse Treatment : Addressing the Specific Needs of Woman. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51*. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2007). *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*. Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Charbonneau, J. (1999). La maternité adolescente, *Réseau*, 30, 14-19.
- Charbonneau, J. (2002). Grossesse et maternité adolescente : débats idéologiques et nouvelles perspectives d'analyse. Dans Descarries, F. & Corbeil, C. (Éds), *Espace et temps de la maternité*. Montréal, Les Éditions du Remue-ménage, 543 p.
- Charbonneau, J. (2003). *Adolescentes et mères. Histoires de maternité précoce et soutien du réseau social*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, A. N., Fleury, M-J. (2015). Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques. CRDM-IU, 164 p.
- Chermack, S.T., Stoltenberg, S.F., Fuller, B.E., & Blow, F.C. (2000) Gender differences in the development of substance-related problems: the impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. *Journal of studies on alcohol*, November, Vol.61(6), pp.845-52.

- Cloutier, R., Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence* (3e éd.). Montréal, Qc: Gaëtan Morin Éditeur.
- Connolly, J., Heifetz, M., Bohr, Y. (2012). Pregnancy and motherhood among adolescent girls in child protective services: A meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Public Child Welfare*, 6, 614-635.
- Corcoran, J. (1998). Consequences of Adolescent Pregnancy/Parenting: A Review of the Literature. *Social Work in Health Care*, Vol. 27(2), 49-67.
- Cote, J. (1997). Brève généalogie de discours sur les mères adolescentes : Le cas de l'administration québécoise de la santé publique (note de recherche) [Brief genealogy of discourses about teen mothers. The case of the public health administration in Quebec (Research note)]. *Anthropologie et sociétés*, 21(2-3), 287-301.
- De Koninck, M., Guyon, L., Morissette, P. (2003). L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives. *Recherches féministes*, 16(2), 107-137.
- Delaquis, S. D. De Moissac (2010). Les tendances du comportement sexuel des adolescents francophones du Manitoba, *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, vol. 22, no. 1, 2010, p.55-68.
- Demazière, D. (2007b). Quelles temporalités travaillent les entretiens biographiques rétrospectifs? *Bulletin de méthodologie sociologique*, 93, 5-27.
- Deslauriers, J-M. (2010). « *L'expérience des futurs jeunes pères durant la période prénatale* ». *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 16, n° 1, 2010, p. 63-100.
- Desrosiers, P., Ménard, J.-M. (2010). Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base. Montréal : ACRDQ.
- East, P., Khoo, S., Reyes, B. (2006). Risk and protective factors predictive of adolescent pregnancy: A longitudinal, prospective study. *Applied Developmental Science*, 10(4), 188-199.
- Elder, G. H. Jr. (2003). The life course in time and place. *in* W. R. Heinz et V. W. Marshall (Dir.), *Social dynamics of the life course: Transitions, Institutions and Interrelations* (pp. 57-71). New York: Walter de Gruyter Inc.
- Elder, G.H.Jr., Kirkpatrick Johnson, M. Crosnoe, R. (2003). «The emergence and development of life course theory » *in* Mortimer, J.T., Shanahan, M.J. (eds). *Handbook of the life course*. New York, NY: springer. pp. 3-19
- Ellis, B., Bates, J., Dodge, K., Fergusson, D., Horwood, L., Pettit, G., Woodward, L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Development*, 74(3), 801-821.
- Fergusson, Boden & Horwood, (2008). Exposure to Childhood Sexual and Physical Abuse and Adjustment in Early Adulthood. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, Vol.32(6), p.607-619.
- Finnegan L. Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile, série Toxicomanie au Canada. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013. Sur Internet : <http://www.ccsa.ca/Pages/default.aspx> (consulté le 01 novembre 2016).

- Fournier, M., Cousineau, M.M., Hamel, S. (2004). « La victimisation: un aspect marquant de l'expérience des jeunes filles dans les gangs ». *Criminologie*, 37, No.1 Printemps, 149-166.
- Fréchette, J., Gagnon, Y. (2013) Liaison en réadaptation dépendance auprès d'équipe de première ligne en périnatalité. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault Éds. *Sortir des sentiers battus : pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., et Beautrais, A.L. (2003) Cannabis and educational achievement, *Addiction*, 98, p. 1681-1692.
- Furstenberg, F., Brooks-Gunn, J., Morgan, P. (1987). *Adolescent mothers in latter life*. New York: Cambridge University Press.
- Gauthier, B., Bertrand, K., Nolin, P. (2010). Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas. *Enfances, Familles, Générations* (13), 129-150. doi: 10.7202/045424ar
- Geist, R.R., Beyth, Y., Shashar, D., Beller, U. Samueloff, A. (2006). Perinatal outcomes of teenage pregnancies in a selected group of patients. *Journal Pediatric Adolescent Gynecology*, 19:189–193.
- Geronimus A.T. (1996). What Teen Mothers Know. *Human Nature*, 7, 323–52.
- Girard M.P., Dessureault, S., Dionne M., Salois, É., Venne, M. (2010). Main dans la main : un programme pour les mères toxicomanes et leur bébé. Dans : Lafortune D, Cousineau M-M, Tremblay C (éds.), *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 15–35.
- Goulet, C., Marcil, I., Kamdom, C. Toussaint-Lachance, M. (2001). Le point sur les mères adolescentes au Québec. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, vol.8, no.2, p.21-34.
- Gouvernement du Québec (2008). Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006. Sur Internet : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf> (consulté le 10 février 2014).
- Gouvernement du Québec (2009). Grossesse, alcool et drogues. Ce qu'il faut savoir. Document de soutien à l'intention des personnes qui interviennent auprès des femmes enceintes ou en âge de procréer. Service des toxicomanies et des dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Groulx, L.H. (1998). « Sens et usage de la recherche qualitative en travail social », dans J. Poupart, L.H. Groulx, R. Mayer, J.P. Deslauriers, A. Laperrière et A.P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 1-50
- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M., Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité. *Famille et toxicomanie*, 1(1), 37.
- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M., Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité: un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille «recréée». *Drogues, santé et société*, 1(1).
- Herrman, J. W. (2006). The voices of teen mothers: The experience of repeat pregnancy. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(4), 243-249.

- Institut de la Statistique du Québec (2014). La violence dans les relations amoureuses chez les jeunes : des liens avec certains comportements à risque? *Zoom Santé*, mai 2014, no.44.
- Jacques, S., Wright, R. (2008). The victimization-termination link. *Criminologie*, vol.46, 1009-1038.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffit, T., Blesky, J., Silva, P. (2001). Why are children of teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 13, 377-397.
- Jones, A. S., Astone, N. M., Keyl, P. M., Young, J. K., Alexander, C. S. (1999). Teen childbearing and educational attainment: A comparison of methods. *Journal of Family and Economic Issues*, 20(4), 387-418.
- Keegan, V. (2009). Facteurs de risque des problèmes attribuables à la consommation de drogues et d'alcool à l'adolescence. Mémoire, Département de psychologie, Université de Montréal.
- Kolher, P.K., Manhar, L.E., Lafferty, W.E. (2008). Abstinence-Only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42, 344-351
- Lanctôt, N., Bernard, M., et Le Blanc, M. (2002). Le début de l'adolescence : une période propice à l'écllosion des différentes configurations de la conduite déviante et délinquante des adolescentes. *Criminologie*, 35(1), pp.69-88.
- Landry M., Tremblay, J., Guyon, L, Bergeron, J., Brunelle, N., (2004). « La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques ». *Drogue, santé et société*, 3(1), 19-37
- Laub, J. H., Sampson, R.J., 1993. Turning points in the life course : Why change matters to the study of crime. *Criminology* 31:301-25.
- Larue, A. Côté, N. (2010). Des Chemins de persévérance. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2010.
- Larue, A., Malenfant, R., Lazure, G., Côté, N., Jetté, M., Beauparlant, C. (2008). La négociation des choix scolaires, professionnels et familiaux des jeunes mères. Québec, QC: Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale.
- Lavergne C., Morissette P. (2012). Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool et de drogue: ampleur, enjeu pour l'aide aux femmes enceintes et aux mères et pratique d'intervention. Dans M. Landry, S. Brochu, & C. Patenaude (Eds). *L'intégration des services en toxicomanie* (pp. 159-197). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Lavergne C., Morissette, P. (2013). Consommation maternelle abusive d'alcool ou de drogue entourant la naissance : ampleur, enjeux pour l'aide aux femmes enceintes et aux nouvelles mères et pratiques d'intervention. Dans Whittaker, A. (dir.), *Guide concernant L'usage de substances psychoactives durant la grossesse.*, 58-88, Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Lavergne, C., Turcotte, G., Morissette, P. (2016). Retombées de l'initiative main dans la main auprès des futures et nouvelles mères consommatrices de substances psychoactives en période périnatale. *Revue canadienne de santé publique*. Vol. 106, no.7 (supplément 2).

- L'Espérance, N., Bertrand, K., Ménard, J.M. (2013). Jeunes femmes enceintes et jeunes mères : Améliorer l'intégration des services. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry & C. Arseneault Éds. *Sortir des sentiers battus : pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- L'Espérance, N., Bertrand, K., Perreault, M. (2016). Cross-training to work better together with women who use substances : Care provider's perceptions. *Health and Social Care in the Community*, doi: 10.1111/hsc.12333
- L'Espérance, N., Bertrand, K., Perreault, M. (2016). L'intervention auprès des femmes enceintes et mères consommatrices de psychotropes. *Drogues, santé et société*, vol. 14, no 2, mars 2016
- L'Espérance, N., Ménard, J.M. (2013). Rapport final : *Jeunes femmes enceintes et jeunes mères : Améliorer l'intégration des services pour mieux prévenir la consommation de psychotropes et ses effets délétères sur le développement de l'enfant*. CRD Domrémy de la Mauricie/Centre du Québec.
- Le Van, C. (2006). La grossesse à l'adolescence: un acte socialement déviant? *Adolescence*, 55, 225-234.
- Lévesque, S. (2010). Accoucher à 16 ans, sans violence : une réalité possible ? État empirique de la situation et réflexion critique. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 195-219. doi: 10.7202/044804ar
- Luong, M. (2008). Que sont devenues les mères adolescentes ? *Perspective*, Statistique Canada, 1-15.
- Madigan, S., Wade, M., Tarabulsy, G., Jenkins, J.M., Shouldice, M. (2014). Association between abuse history and adolescent pregnancy: Meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 55, 151-159.
- Maslow, A. H., (1943). «Theory of human motivation», *Psychological Review*, 1943, Vol.50(4), pp.370-396 [Revue évaluée par les pairs]
- Mayer, R., Ouellet F.(1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.
- Mayer, R., Ouellet F. (1998). « La diversité des approches dans la recherche qualitative au Québec depuis 1970 : le cas du champ des services de santé et des services sociaux », dans J. Poupart, L.H. Groulx. R. Mayer, J.P. Deslauriers, A. Laperrière et A.P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 173-235.
- Maynard, R. (ed.). (1996). Kids having kids: A Robin Hood Foundation special report on the costs of adolescent childbearing. New York: Robin Hood Foundation.
- McKay, A. (2006). Trends in teen pregnancy in Canada with comparisons to U.S.A. and England/Wales. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 15, 157-161
- McGuire, J., Wang,B., Zhang,L. (2012). Substance use and sexual risk behaviors among Mississippi public high school students. *journal of the Mississippi State Medical Association*, 323-328.
- Mead, G., Morris, C. W. *Mind, Self, and Society : From the Standpoint of a Social Behaviorist*.

- Ménard, I. (2010). *Analyse du soutien que reçoivent les mères adolescentes de leur entourage et de leur utilisation des services sociaux, des services de santé et des ressources communautaires*. (Université du Québec à Montréal). Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/3353/> accessible par Érudit.
- Michalsen, V. (2011). Mothering as a Life Course Transition: Do Women Go Straight for Their Children? *Journal of Offender Rehabilitation*, 50(6), 349.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, XIV, 229-227.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel - 2e éd.* InterEditions, 448 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*, Québec.
- Molgat, M., & Ringuet, C. (2004). De la prévisibilité à la diversité des parcours? Le cas de jeunes mères ayant délaissé leurs études. *Service Social*, 51, 60-77.
- Mollborn, S. (2007). Making the best of a bad situation: Material resources and teenage parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69, 92-104.
- Mollborn, S., & Dennis, J. A. (2012). Explaining the early development and health of teen mothers' children. *Sociological Forum*, 27, 1010-1036.
- Molnar, B. E., Browne, A., Cerda, M., Buka, S. L. (2005). Violent behavior by girls reporting violent victimization. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 759(8), 731-739.
- Morgan, C., Chapar, G., Fischer, M. (1995). Psychosocial variable associated with teenage pregnancy. *Adolescence*, 30, 277-289.
- Morissette, P., Bélanger, E. (2005). Être adolescente consommatrice de substances psychoactives et devenir mère: un trajet identitaire particulier. *PRISME. Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant* (45), 174-187.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* Paris: Armand Colin
- Noirhomme-Renard, F., Aujoulat, I., Gosset, C. (2013). La dépression chez les mères adolescentes: pour un repérage des situations de vulnérabilité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61, 340-346.
- Organisation mondiale de la santé (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva : Switzerland.
- Oxford, M.L., Gilchrist, L.D., Gillmore, M.N., Lohr, M.J. (2006). Predicting variation in the life Course of adolescent mothers as they enter adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 39, 20-26.
- Paton, George C., Carolyn Coffey, John B. Carlin, Louisa Degenhardt, Michael Lynskey, Wayne Hall (2002), « Cannabis use and mental health in young people: Chhort study», *British Medical journal*, 325, p.1195-1198

- Paul-Hus Bonin, A. (2008). *Programme d'intervention visant à améliorer les interactions mères-enfants afin de prévenir la maltraitance chez les enfants de jeunes mères âgés de 6 à 12 mois*. Mémoire, École de Psychoéducation, Université de Montréal, 66 pages.
- Paillé, P. M., Alex (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (Paris Armand Collin^e éd.).
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Peck, S.C., Vida, M., Eccles, J.S. (2008). Adolescent pathways to adulthood drinking: sport activity involvement is not necessarily risky or protective. *Addiction*, May, Vol.103, pp.69-83.
- Picard, L., Bourgoin, G. (1997). Adolescence et maternité : étude préliminaire. *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, 3(2), 269-277. doi: 10.7202/026188ar
- Pinzon, J.L., Jones, V.F. (2012). Care of Adolescent Parents and Their Children. *PEDIATRICS* v. 130, no. 6, 1743-1756.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique.
- Poole, N. (2000) *Evaluation report of the Sheway Project for high-risk pregnant and parenting women*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- Portier-Le Cocq, F. (2007). *Teenage mothers in England and Scotland : myths and facts, the insiders'views*. (Université Rennes 2).
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Montréal, QC: Gaëtan Morin Éditeur.
- Poupart, J. (2001). D'une conception constructiviste de la déviance à l'étude des carrières dites déviantes. Retour sur la sociologie interactionniste et sur le courant de la réaction sociale. *Problèmes sociaux Tome 1 Théorie et méthodologies*, 79-110.
- Reichman, N. E., Pagnini, D. L. (1997). Maternal Age and Birth Outcomes: data from New Jersey. *Family Planning Perspectives*, 29, 268- 295.
- Ridenour, T.A., Cottler, L.B., Robins, L.N., Compton, W.M., Spitznagel, E.L., Cunningham-Williams, R.M. (2002). Test of the Plausibility of Adolescent Substance Use Playing a Causal Role in Developing Adulthood Antisocial Behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 111, no. 1, 144–155.
- Ross-Lavoie, S. (2015). *Maternité répétée à l'adolescence et événements difficiles vécus chez des jeunes mères vulnérables : une étude exploratoire*. Thèse, psychologie. Université de Sherbrooke.
- Rouzier, V. (2008). *Analyse d'une intervention conçue pour les adolescentes enceintes: Le projet Un bébé pour bientôt*. École de psychoéducation, Université de Montréal, 88 pages.
- Sacks, D. (2003). Directives relatives aux soins des adolescents dans la pratique. Limite d'âge entre l'adolescence et l'âge adulte. *Pediatrics and Child Health*, 8, 578.

- Santé Canada. (2001). *Meilleures pratiques: Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa: Ministère de la santé.
- Santé Canada (2006) *Meilleures pratiques : Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogue*.
- Santé Canada (2008). *Meilleures pratiques : Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*.
- Sellenet, C., Portier Le Cocq, F. (2013). « Maternités adolescentes : le temps bousculé », *La revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 1 n° 33, p. 17-36.
- Simmat-Durand, L. (2009). *Grossesses avec drogues: entre médecine et sciences sociales*. Editions L'Harmattan.
- Simmons, C.A., Farrar, M., Frazer, K., Thompson, M.J. (2011). «From the voices of women : facilitating survivor access to IPV services ». *Violence against woman*, 17(10), 1226-1243.
- Sipsma, H.L., Ickovics, J.R., Lewis, J.B., Ethier, K.A., Kershaw, T.S. (2001). Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Women's Health Issues* 21-2, 110–116
- Statistique Canada (2008). *Issues de la grossesse 2005*. Canada: Statistique Canada, division de la santé.
- Statistique Canada (2011). *Naissances 2008*. Canada: Statistique Canada, division de la santé.
- Tarabulsky, G., Robitaille, J., Lacharité, C., Deslandes, J., Coderre R. (1998). L'intervention auprès de jeunes mères et de leur enfant: Perspective de la théorie de l'attachement. *Criminologie*, 31, 7-23.
- Thompson, S. J., Bender, K. A., Lewis, C. M., Watkins, R. (2008). Runaway and Pregnant: Risk Factors Associated with Pregnancy in a National Sample of Runaway/Homeless Female Adolescents, vol. 43, p. 125-132.
- Traoré, I., Pica, L.A., Camirand, H., Cazale, L., Berthelot, M., Plante, N. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p.
- Truchon, M. (2009). *Étude exploratoire du soutien social dans le processus menant à l'hébergement des aînés en perte d'autonomie*. Thèse, École de service social. Université de Montréal.
- Tucker, J. S., Ryan, G. W., Golinelli, D., Ewing, B., Wenzel, S. L., Kennedy, D. P., Zhou, A. (2012). Substance Use and Other Risk Factors for Unprotected Sex: Results from an Event-Based Study of Homeless Youth. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1699-1707.
- Venne, M., Morissette, P. (2010). Ce difficile passage de toxicomane à mère : quelques éléments de compréhension. Dans Morissette, M. & Venne, M. (Éds.). *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire*. Montréal: Édition du CHU Sainte-Justine.
- Vicary, J. R., Lemer, J. V. (1986). Parental attributes and adolescent drug use. *Journal of Adolescence*, 9(2), 115-122.

Vickers, M. *A personal narrative: The struggles of teenage pregnancy through a teenager's eyes with an adult perspective.* Repéré à <http://search.proquest.com/docview/862780769?accountid=12543>

Wechsbert, WM, Cradoock, SG, Hubbard, RL. (1998) How are women who enter substance abuse treatment different than men ? A gender comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drugs & Society*, 13(1-2) : 97-115.

Weinberger, D. R., Elvevag, B., Giedd, J. N. (2005). *The adolescent brain: A work in progress.* Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Wendland, J., Levandowski, D.C. (2011). Parentalité à l'adolescence : Déterminants et conséquences. *L'évolution psychiatrique* 79, 411-419.

Williams, C., Vines, S. W. (1999). Broken past, fragile future: personal stories of high-risk adolescent mothers. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, Vol. 4, no. 1, 15-23

Woodward, L., Fergusson, D. (1999). Early conduct problem and later risk of teenage pregnancy in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 127-141.

ANNEXE 1

Présentation du projet de recherche aux milieux

Nom de la chercheuse : Sophie Collard, étudiante à la maîtrise.

Directrice de recherche : Marie-Marthe Cousineau, professeure titulaire

Université de Montréal, École de criminologie

Titre de la recherche : Grossesse à l'adolescence et consommation de psychotropes¹¹ : points de vue des jeunes mères sur leur expérience face à la recherche d'aide et de services.

Objectif général de la recherche

Approfondir les connaissances sur l'expérience des jeunes mères vivant une problématique de consommation de psychotropes ou non, face à la recherche d'aide et de services.

Bref résumé du projet de recherche

Le projet consiste à étudier la trajectoire des jeunes mères, ayant une problématique de consommation ou non, vers la recherche d'aide et de services. Le sérieux des conséquences associées à une grossesse à l'adolescence combinée à une problématique de consommation justifie l'intérêt à y porter et ainsi, d'approfondir les connaissances dans le but de faciliter l'accès aux services répondant à leur réalité et leurs besoins.

En raison des objectifs de l'étude et de la nature des informations nécessaires pour répondre à ceux-ci, le choix d'une approche qualitative s'impose. En effet, cette approche permet de laisser une place centrale aux jeunes mères dans la collecte de données, et d'explorer en profondeur leur perception et leur compréhension de leur situation respective.

L'objectif de ce mémoire est donc d'approfondir les connaissances sur l'expérience des jeunes mères, ayant une vulnérabilité face à la consommation de substances psychoactives, face à la recherche d'aide et de services.

L'ajout de ces nouvelles connaissances permettra d'outiller les cliniciens et cliniciennes qui travaillent auprès de cette clientèle et, par le fait même, faciliter la recherche d'aide et de services de ces jeunes mères.

¹¹ Psychotrope : toutes substances qui agissent sur le système nerveux central. On parle alors d'alcool, de médicaments et toutes autres drogues légales et/ou illégales.

Votre contribution

Votre contribution consiste à faire le recrutement auprès des jeunes mères, leur présenter le projet de recherche et, ainsi, obtenir leur consentement à participer à la recherche. Aucun suivi ne vous sera imposé suite à l'entrevue. De plus, aucun accès au dossier de ces jeunes ne vous sera demandé. Seul le pont entre la jeune mère et la chercheuse vous sera demandé. Toutefois, l'utilisation de vos locaux pour faire l'entrevue pourrait être sollicitée. Un bureau où les participantes se sentiront à l'aise de parler en toute confidentialité. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Sophie Collard

ANNEXE 2

Canevas de présentation s'adressant aux intervenants pour le recrutement des participantes

Recherche : grossesse à l'adolescence et consommation de psychotropes : points de vue des jeunes mères sur leur expérience face à la recherche d'aide et de services.

Verbatim possible afin de présenter le projet :

Bonjour...

Je te rencontre aujourd'hui (je t'appelle aujourd'hui) pour t'inviter à participer à un projet de recherche visant les jeunes mères âgées de vingt ans et moins. Ce projet de recherche vise principalement à avoir ton point de vue sur la recherche d'aide et de services en lien avec ton expérience de maternité et ton histoire de vie. Sophie Collard, étudiante à l'Université de Montréal, aimerait pouvoir te rencontrer afin d'échanger à ce sujet. Elle viendra te rencontrer, au moment qui te convient, pour une durée d'environ une heure trente. Les informations que tu lui partageras demeureront strictement confidentielles. Sache que si tu acceptes de participer à son projet de recherche, tu recevras une compensation sous forme de carte-cadeau d'une valeur de 50\$. Enfin, l'entrevue sera enregistrée sur magnétophone afin de permettre à Sophie d'être pleinement disponible pour t'écouter et retranscrire ce que tu auras dit sans rien oublier ou déformer.

Est-ce que tu acceptes de participer à son projet de recherche? Oui Non

Si oui, est-ce que tu m'autorises à lui transmettre tes coordonnées afin qu'elle puisse entrer en contact avec toi et ainsi, prévoir une date de rencontre? Si tu ne souhaites pas transmettre tes coordonnées, comment souhaites-tu qu'elle communique avec toi pour prendre rendez-vous?

Quel est le meilleur moment pour te rejoindre?

Prénom : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature : _____

ANNEXE 3

Grille d’entrevue semi-directive

Grossesse à l’adolescence et consommation de psychotropes : points de vue des jeunes mères sur leur expérience face à la recherche d’aide et de services

1. La maternité

1.1. L’expérience de la maternité : **Question de départ** : *J’aimerais que tu me parles de ton expérience de maternité.*

1.2. Réactions de l’entourage face à la maternité : *Comment les membres de ton entourage, famille, amis, père de l’enfant et intervenants s’il y a lieu, ont-ils réagi face à l’annonce de la maternité ?*

Explorer la question pour chacun des groupes ou personnes pour qui cela s’applique – famille, amis, intervenants, etc.

2. La trajectoire de consommation

2.1. Trajectoire de consommation (début de la consommation, substances consommées, mode d’administration, entourage consommateur, etc.) : *J’aimerais que tu me parles de ta consommation de psychotropes (alcool, drogue, médicaments), du début jusqu’à maintenant.*

3. L’expérience de la recherche d’aide et de services

3.1. Recherche d’aide et de services reçus avant la maternité : *Quelle est ton expérience avec les ressources avant et après la maternité ?*

3.2. Motivations (intrinsèques ou extrinsèques) face à la recherche d’aide ou de services : *Qu’est-ce qui a motivé le fait de demander de l’aide ou des services (pour la consommation, pour la maternité, pour les deux – selon ce qui s’applique.) ?*

3.3. Besoins face à la recherche d’aide et de services : *Quels étaient tes besoins/attentes face à l’aide et aux services recherchés (pour la consommation, pour la maternité, pour les deux – selon ce qui s’applique) ?*

3.4. Facilité face à la recherche d’aide et de services : *Comment cela s’est-il passé lors de la demande d’aide (Accessibilité, accueil, accompagnement ..., et ce, pour tous les services mentionnés) ?*

4. Changements dans différentes sphères de vie et représentations de soi

4.1. Changements liés à la maternité : *Quels sont les changements survenus suite à l'annonce de la maternité et suite à la venue du bébé (scolaire, relation familiale et amicale, etc.) ?*

4.2. Représentation qu'elle a d'elle-même à titre de mère, mère adolescente et « mère adolescente consommatrice de psychotropes » : *Qu'est-ce que la maternité a changé pour toi? Comment tu te vois maintenant ?*

5. Y a-t-il autre chose que tu aimerais aborder concernant l'expérience de ta maternité ?

ANNEXE 4

Fiche signalétique

Coordonnées de l'entretien

- Date :
- Heure :
- Durée réelle :
- Endroit :
- Technique de cueillette :
- Nom de l'interviewée :
- Conditions de l'entretien :

Variables sociologiques

- Âge :
- Nombre d'enfants :
- Âge du ou des enfants :
- Origine ethnique :
- Scolarité complétée :
- Condition de vie :
- État civil :

Variables stratégiques

- Types de service en cours (organismes communautaires et/ou publics, service d'hébergement, etc.) :

- Problématique de consommation présente ou antérieure :

Oui	Non

- Garde de leur(s) enfant(s) :

Oui	Non

ANNEXE 5

Formulaire de consentement

Titre de la recherche : Grossesse à l'adolescence et consommation de psychotropes : points de vue des jeunes mères sur leur expérience face à la recherche d'aide et de services.

Chercheuse étudiante : Sophie Collard, étudiante à la maîtrise, École de criminologie, Université de Montréal.

Directrice de recherche : Marie-Marthe Cousineau, professeure titulaire à l'École de criminologie Université de Montréal.

1. RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1.1 Objectif de la recherche

Ce projet vise à connaître votre expérience en tant que jeunes mères, ayant ou non une problématique de consommation d'alcool et/ou drogue, et la recherche d'aide et de services.

1.2 Participation à la recherche

Vous aurez à participer à une entrevue avec Sophie Collard, étudiante chercheuse, à la date et au lieu de votre choix (bureau de l'intervenant qui vous a contacté ou dans un autre organisme connu), pour une entrevue d'environ une heure trente. L'entrevue sera enregistrée sur magnétophone afin de permettre à l'interviewer d'être pleinement disponible pour vous écouter et de transcrire ce que vous aurez dit sans rien oublier ou déformé.

1.3 Confidentialité

Les renseignements que vous donnerez demeureront confidentiels. Un prénom fictif vous sera attribué et seulement l'interviewer aura accès aux renseignements pouvant vous identifier. Toutes les données seront détruites sept ans après la fin du projet. Au cours de ces années, les enregistrements et les transcriptions seront gardés dans un classeur fermé à clé auxquelles seul l'interviewer aura accès.

En vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, si la chercheuse a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un mineur est compromis, parce qu'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence, elle est tenue de le déclarer au directeur de la protection de la jeunesse.

1.4 Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous participerez à l'avancement des connaissances sur la recherche d'aide et de services auprès des jeunes mères consommatrices d'alcool ou de drogues, ce qui pourrait se traduire par une amélioration des services. Votre

participation à la recherche pourra également vous donner l'occasion de mieux vous connaître.

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'interviewer de qui pourra, s'il y a lieu, vous référer à une personne ressource.

1.5 Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec la chercheuse au numéro de téléphone indiqué ci-dessous.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

1.6 Indemnité

À la fin de l'entrevue, une compensation financière vous sera transmise sous forme de certificat-cadeau d'une valeur de 50\$ en guise de remerciement.

2. CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus, je comprends en quoi consiste ce projet et j'ai obtenu les réponses à mes questions sur ma participation. Je sais que je peux refuser d'aborder certains sujets et/ou arrêter ma participation à tout moment sans devoir justifier ma décision.

Je consens librement à prendre part à ce projet en participant à cette entrevue.

OUI **NON**

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la chercheuse : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec moi, Sophie Collard, au (514) 343-7322.

Si vous avez des plaintes concernant votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman (c'est un protecteur du citoyen) de l'Université de

Montréal, au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

ANNEXE 6

Certificat d'éthique



Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences
(CÉRAS)

No de certificat : CÉRAS-2014-15-120-P

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN
ARTS ET EN SCIENCES (CÉRAS)
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

Le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

TITRE : *Grossesse à l'adolescence et consommation de psychotropes : points de vue des jeunes mères sur leur expérience face à la recherche d'aide et de services*

REQUÉRANTS : *COLLARD, Sophie (matricule [REDACTED]), étudiante à la maîtrise, École de criminologie*

sous la direction de :

COUSINEAU, Marie-Marthe, professeure titulaire, École de criminologie

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CÉRAS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CÉRAS.

Selon les exigences éthiques en vigueur, **un suivi annuel est minimalement exigé afin de maintenir la validité de ce certificat**, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi peut être consulté sur la page Web du CÉRAS.


Martin Arguin, président
CÉRAS

Date de délivrance : 2014 / 09 / 25
AAAA / MM / JJ

Date d'échéance : 2017 / 10 / 01
AAAA / MM / JJ