

Insertion sociale et autonomie affective des jeunes mères de la communauté noire de Montréal

Sylvie GRAVEL
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Gisèle LEGAULT
École de service social, Université de Montréal

Le projet **Au Futur : Insertion sociale des jeunes mères de la communauté noire de Montréal** est un projet mené conjointement par la Maison d'Haïti, l'Association jamaïcaine de Montréal, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) Notre-Dame de Grâce / Montréal-Ouest, Saint-Michel, Montréal-Nord et Rivière-des-Prairies et la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. L'École de service social de l'Université de Montréal s'est greffée au projet en 1995. Le projet, implanté en 1992, est né de la préoccupation de la communauté noire à l'égard de la pauvreté des jeunes mères. Son objectif n'était pas tant de prévenir les grossesses à l'adolescence, considérant que ces jeunes femmes avaient libre accès aux méthodes contraceptives et à l'avortement, que de briser le cercle de la pauvreté dans lequel ces jeunes mères s'inscrivent, elles et leurs enfants.

1. PERSPECTIVE HISTORIQUE DU PROJET

Au début des années 1990, des leaders de la communauté noire de Montréal faisaient part aux intervenants de la santé communautaire de leur préoccupation quant à la situation des jeunes mères de leur communauté : pauvreté, isolement, abandon scolaire et effritement des relations familiales.

En 1988-1989, sur le territoire du Département de santé communautaire de Sainte-Justine (DSC), le taux de grossesse chez les femmes de moins de 20 ans était de 2,3 % (DSC Sainte-Justine, 1989), taux similaire à celui du Québec en 1985 soit 2,34 % (Rochon, 1989). La préoccupation de la communauté noire se confirmait toutefois puisque les naissances chez les adolescentes de cette communauté représentaient en moyenne, de 1985 à 1990, 6,1 % des naissances antillaises, soit trois fois plus que dans la population en général (DSC Sainte-Justine, 1989). Une même tendance est notée parmi la population américaine de la même période, ainsi Davis (1989) rapporte que les Antillaises représentent 19,8 % de l'ensemble des mères adolescentes et qu'au moment de l'accouchement seulement 20 % poursuivaient des études.

Un haut taux d'abandon scolaire est aussi fréquent chez les mères adolescentes, ainsi une étude rapporte (Desrosiers-Lampe, 1989, p. 79) qu'au Québec « de 50 à 75 % des adolescentes enceintes abandonnent l'école secondaire, ce qui réduit leurs possibilités au plan professionnel et leurs ambitions » alors que chez celles qui retournent aux études, 43 % échouent ou abandonnent (DSC Sainte-Justine, 1989). Les centres d'hébergement pour les mères adolescentes font le dur constat que 17 % de leur clientèle est analphabète (Charbonneau *et al.*, 1989). La perte d'aspiration est aussi constamment relevée dans les études portant sur la grossesse à l'adolescence (Filion *et al.*, 1984; Cliche, 1984).

Au cours de l'année 1996, 1217 femmes haïtiennes ont donné naissance à un enfant dont 88 (7,2 %) avaient moins de 20 ans, 69 femmes des Antilles anglaises (Jamaïque, Barbade, Trinidad, etc.) ont également donné naissance dont 14 (20,3 %) avaient moins de 20 ans. La situation des mères adolescentes est un sujet de préoccupation pour plusieurs, car le pourcentage des mères âgées de 20 ans et moins semble en progression. À Montréal, au cours de l'année 1996, 28,5 % des naissances sont de femmes âgées de moins de 20 ans (Direction de la santé publique, Régie de Montréal-Centre, 1996). Pour ces jeunes mères, l'une des premières conséquences de la grossesse est l'impossibilité de poursuivre leur scolarité, elles sont ainsi vite écartées du milieu des études et conséquemment peu préparées au marché du travail. Leurs perspectives d'avenir se résument très souvent alors à la maternité et à une vie familiale sans conjoint, inscrite dans le cercle vicieux de la pauvreté.

Aux États-Unis, plusieurs projets d'accompagnement, de soutien ou de renforcement ont été mis sur pied, certains visent les mères, d'autres les grands-mères, les conjoints ou les enfants, très peu ont été conçus à partir des préoccupations de la communauté noire, exception faite du projet mené en Floride par Field *et al.* (1982) duquel nous nous sommes inspirées. La plupart des projets américains visant les jeunes mères vivant dans des

conditions précaires comptent dans leurs rangs un haut pourcentage de personnes issues de la communauté noire.

2. OBJECTIFS DU PROJET

Les objectifs du projet d'intervention Au Futur sont 1) de réinsérer les jeunes mères dans le milieu des études ou sur le marché du travail, 2) de développer chez elles, un sens aiguisé de la planification familiale, 3) de favoriser le développement de leur autonomie affective en tant que facteur déterminant de leur persistance dans le processus de réinsertion.

Outre des objectifs d'intervention, le projet Au Futur comporte également des objectifs d'évaluation d'implantation et d'impact. L'évaluation d'implantation faite un an et demi après le début du projet, soit en 1994, s'est effectuée à l'aide d'entrevues avec des membres des organismes communautaires partenaires au projet et avec les deux travailleuses communautaires engagées par le projet. Les procès-verbaux du Comité de coordination du projet ont aussi été dépouillés à cet effet. L'évaluation a porté sur les modalités de recrutement de la clientèle visée et sur la durée de l'intervention ; elle a aussi porté sur le partenariat avec les organismes communautaires et avec les Centres locaux de services communautaires (CLSC).

L'évaluation d'impact, effectuée par questionnaires téléphoniques (entre 18 et 24 mois après l'entrée des jeunes mères dans le projet), couvre le parcours de réinsertion aux études ou sur le marché du travail des jeunes mères et leur expérience de planification familiale. Ce terme de 18 mois tient compte du fait qu'en moyenne, l'intervention dure 18 mois et que la majorité des jeunes mères sont contactées peu de temps après leur accouchement. Une évaluation de la satisfaction des jeunes mères en relation avec les services reçus sera aussi faite dans un avenir prochain par le biais d'entrevues auprès d'un échantillon d'entre elles.

Ayant été, pour l'une d'entre nous, à l'origine du projet (mise en place, fonctionnement, financement), nous sommes maintenant principalement associées à son évaluation.

3. MOYEN PRIVILÉGIÉ POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS D'INTERVENTION DU PROJET : L'ACCOMPAGNEMENT

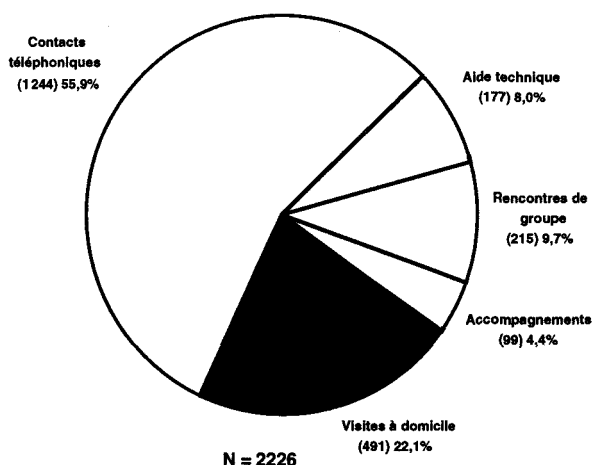
Afin d'atteindre les objectifs de réinsertion sociale du projet, nous avons privilégié l'accompagnement organisationnel et psychologique. Le soutien psychologique est déterminant pour la démarche de réinsertion sociale ;

il est effectué par des travailleuses communautaires et inclut des contacts téléphoniques fréquents et des accompagnements dans le cadre de l'inscription à l'école, la recherche d'un service de garde, des démarches de soutien financier, etc.

Les travailleuses communautaires sélectionnées pour le projet sont elles-mêmes des jeunes femmes d'origine haïtienne et jamaïcaine ayant connu la maternité avant l'âge de 20 ans. Elles ont une formation en travail social et en psychologie et ont été choisies en raison de leurs habiletés relationnelles d'accompagnement des jeunes mères et de leur capacité d'animer des rencontres de groupe.

Depuis le début du projet, soit de 1993 à 1997, 2 226 contacts ont été effectués auprès des jeunes mères. Le type de contacts dépend à la fois des besoins de la jeune mère et du degré de confiance établi entre elle et la travailleuse communautaire. Depuis le début du projet et au cours de la période récente, les types de contacts se distribuent sensiblement de la même façon : plus de la moitié sont des contacts téléphoniques (55,9 %), le quart sont des visites à domicile (22,1 %), près de 10 % sont des rencontres de groupe et moins de 5 % sont des accompagnements dans les établissements (figure 1). Les visites à domicile se font généralement au début de l'intervention alors que les mères sont référées peu de temps après leur accouchement et que leur bébé est encore trop petit pour sortir fréquemment.

FIGURE 1
Type de contact
1993-1997



L'intensité des contacts varie selon la période d'intervention. Nous avons dégagé trois catégories d'intensité : la catégorie intense correspond à quatre contacts ou plus par mois ou à au moins un contact par semaine, la catégorie moyennement intense correspond à un à trois contacts par mois ou à plus ou moins un contact par deux semaines, et la catégorie peu intense correspond à moins de un contact par mois. Un peu plus de 10 % des clientes ont un contact par semaine et ce, au cours des six premiers mois suivant la naissance de leur enfant alors que 53 % ont un contact aux deux semaines. Du 7^e au 12^e mois, c'est 70 % de la clientèle qui bénéficie d'un contact aux cinq ou six semaines. La durée moyenne d'intervention est de 18 mois. Au cours de cette période, les clientes ont en moyenne 16 contacts. Moins de 10 % de ces contacts n'aboutissent pas, dans le sens que, lors d'un téléphone ou d'une visite, la cliente est absente. Habituellement, les contacts se font en réponse à une demande de la cliente.

4. PROFIL DES JEUNES MÈRES AU MOMENT DE LEUR ENTRÉE DANS LE PROJET

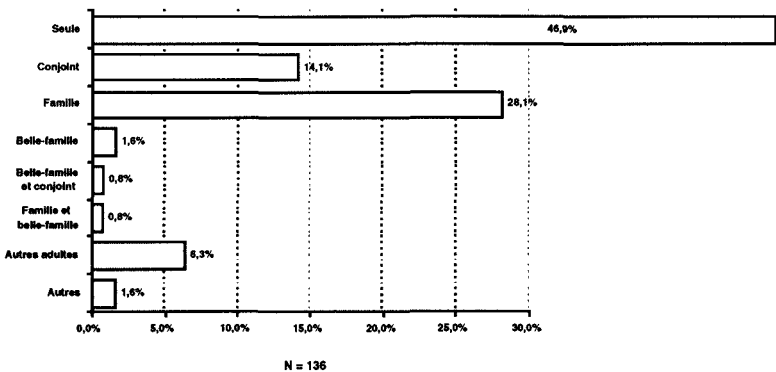
Les informations recueillies pour documenter le profil des participantes au projet sont consignées dans un dossier de clientèle. Ce dossier confidentiel est ouvert lors des premières rencontres avec la jeune mère et est complété au cours du suivi par la travailleuse communautaire. Outre des informations sur le profil sociodémographique de la jeune mère et de son ou ses enfants, le dossier inclut les diverses démarches entreprises ou souhaitées quant à sa réinsertion sociale. Depuis 1992, 136 jeunes mères ont été suivies par le programme d'accompagnement à la réinsertion sociale. La moitié d'entre elles résident sur l'un des quatre territoires desservis par les CLSC partenaires du projet ; après cinq années d'intervention, le projet a toutefois étendu sa visibilité et sa crédibilité dans divers milieux au-delà des territoires de ces CLSC.

Les trois quarts des références au projet ont été les services périnataux et de petite enfance des CLSC quoique, au cours de la dernière année, les sources de référence se fussent un peu modifiées, des organismes communautaires dont certains de la communauté noire nous référant maintenant des cas. La majorité des jeunes mères (62,9 %) ont été référées au projet après la naissance de leur premier enfant. Au cours de la dernière année, nous avons toutefois pris contact plus tôt avec les mères, c'est-à-dire alors qu'elles étaient enceintes.

Plus des deux tiers (68,2 %) d'entre elles ont 20 ans et moins au moment de leur arrivée au projet, les autres ont entre 21 et 24 ans.

Leur environnement social est fragile, près de la moitié vivent seules sans conjoint ni famille. Leurs relations avec leur conjoint ou les pères de leurs enfants et leur famille sont souvent précaires et instables (figure 2). Elles ont aussi souvent un réseau social restreint en raison de leur immigration relativement récente. Plus de la moitié d'entre elles sont, en effet, nées en dehors du Canada, le tiers réside au pays depuis moins de cinq ans, près de la moitié depuis six à 10 ans et, finalement, le quart depuis 11 ans et plus.

FIGURE 2
Personne qui cohabite avec la mère
1993-1997



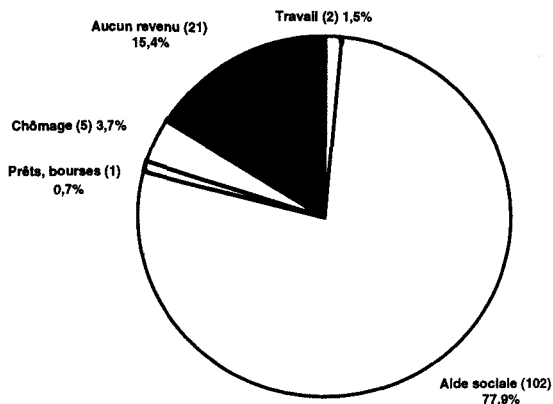
5,9% (8) sont des valeurs manquantes

Plus de la moitié de la clientèle provient de la communauté noire francophone, la majorité étant originaire d'Haïti. La communauté noire anglophone est plus diversifiée avec une majorité de mères originaires de Jamaïque ou des Antilles anglaises.

Les conditions économiques des jeunes mères sont précaires, plus des trois quarts vivant de la sécurité du revenu. Si les conditions de ces mères sont précaires, elles le sont encore plus pour les jeunes mères parainées qui n'ont aucune source de revenu (15%) [figure 3].

Les possibilités des jeunes mères de se sortir de la pauvreté sont compromises par leur situation de scolarisation. Plus de la moitié sont étudiantes au début de leur grossesse alors que près du quart sont décrocheuses. La majorité d'entre elles n'ont pas complété leur secondaire au moment de leur entrée dans le projet, elles se répartissent entre les 1^{re} et 4^e année du secondaire comme l'indique la figure 4. Le quart d'entre elles ont toutefois complété leur secondaire ou sont au collégial; à l'autre extrémité, un

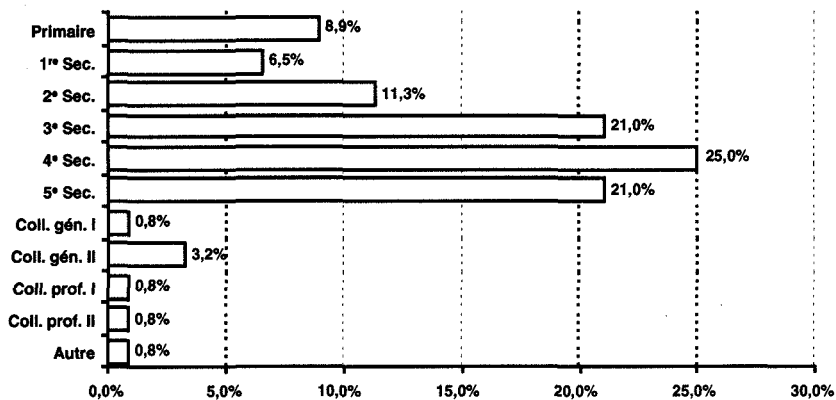
FIGURE 3
Source de revenu de la mère
 1993-1997



N = 136

3,7% (5) sont des valeurs manquantes

FIGURE 4
Dernière année d'école complétée par la mère
 1993-1997



N = 136

8,8% (12) sont des valeurs manquantes

dixième se situent au niveau primaire de leur formation. La très grande majorité abandonneront toutefois leurs études au cours de leur grossesse.

La durée de séjour au Canada semble avoir un effet déterminant sur la scolarisation des jeunes mères. On note que celles qui ont un niveau de scolarité primaire sont généralement au Canada depuis moins de cinq ans. Nous observons que la durée de séjour au Canada et la persévérance aux études vont de pair.

Outre leur situation de jeune mère à risque, les principales problématiques pour lesquelles les clientes ont été référées sont, par ordre d'importance, l'absence de motivation scolaire, le manque de support familial, l'absence de motivation scolaire et le manque de support familial, les problèmes de parrainage.

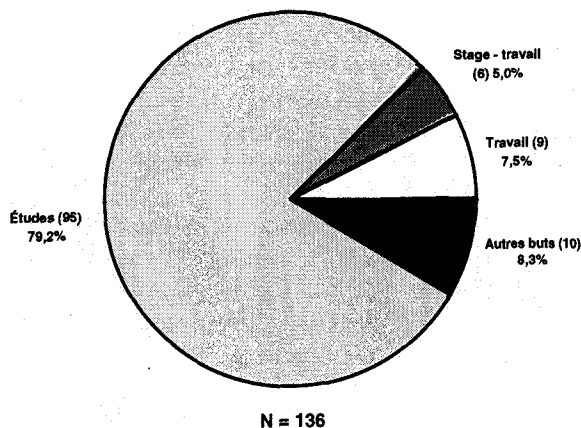
5. RELIÉ À L'ÉVALUATION D'IMPACT

5.1. Réinsérer les jeunes mères dans le milieu des études ou sur le marché du travail

Au moment de leur entrée dans le projet, 79,2 % (108) des jeunes mères (sur un total de 136) souhaitent retourner à l'école alors que 7,5 % (10) souhaitent intégrer le marché du travail et 5,0 % (7) faire un stage. Onze (8,3 %) désirent de l'aide indirectement reliée à la réinsertion telle que modifier leur statut de parrainée, apprendre à se dégager d'une relation amoureuse violente, etc. Ce sont les plus jeunes qui souhaitent retourner à l'école : 84,0 % des jeunes de 20 ans et moins (68 sur 84), 76,0 % des 21 à 24 ans (19 sur 25) et 53,9 % des 25 ans et plus (7 sur 13) qui le souhaitent. Celles ayant plus de 20 ans souhaitent davantage intégrer le marché du travail ou faire un stage. Il faut aussi souligner que les jeunes mères en situation de parrainage n'ont souvent pas d'autre perspective que le marché du travail parce que, en principe, le garant doit pourvoir à tous leurs besoins économiques. La personne parrainée n'a pas accès à la sécurité du revenu non plus qu'aux programmes de soutien à la réinsertion offerts par les organismes publics (figure 5).

Lors de l'évaluation d'impact (entre 18 et 24 mois après l'entrée des jeunes mères dans le projet), 32 entrevues téléphoniques ont été conduites par un chercheur de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Ce nombre d'entrevues peut sembler surprenant, il l'est moins lorsque l'on considère que toutes les jeunes mères du projet ne sont pas admissibles à cette évaluation d'impact parce que se situant en dehors de la période énoncée ci-haut, parce qu'on n'a pu les rejoindre en raison d'un déménagement, parce qu'elles n'ont pas le téléphone ou encore parce qu'elles ne répondent pas à l'appel ne voulant pas être rejointes par les services publics.

FIGURE 5
Buts de l'intervention
1993-1997



11,8% (16) sont des valeurs manquantes

À ce moment, 65,6 % (21 sur 32) étaient retournées à l'école, 28,1 % (8) souhaitaient intégrer le marché du travail ou faire un stage et 6,3 % (2) ne souhaitaient pas s'inscrire dans l'une ou l'autre des mesures de réinsertion proposées. Parmi celles retournées à l'école, 46,9 % l'ont fait au cours des 12 mois qui ont suivi la naissance de leur enfant, 15,6 % entre 12 et 18 mois après la naissance de leur enfant, et 34,4 % après 24 mois. Depuis leur retour à l'école, 38,1 % des jeunes mères ont terminé un niveau ou obtenu un diplôme alors que les trois quarts (75 %) poursuivent toujours leurs études. La réinsertion scolaire n'est pas nécessairement à temps plein et peut se faire à des niveaux différents selon les matières.

5.2. Développer chez les jeunes mères un sens aigu de la planification des naissances

En lien avec la planification des naissances, les travailleuses communautaires font systématiquement des relances sur l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes mères, les accompagnent souvent aux consultations, discutent de ce sujet avec elles, etc. Malgré ce suivi, plusieurs jeunes mères redeviennent enceintes dans les 24 mois suivant la naissance de leur premier enfant. Nous avons remarqué que les jeunes mères qui utilisent régulièrement des méthodes contraceptives sont celles qui vivent une relation amoureuse stable. L'utilisation d'une méthode contraceptive étant l'une

des conditions favorables à la réussite du projet global de réinsertion sociale, des questions sont posées lors de l'entrevue téléphonique d'évaluation d'impact sur son utilisation, sa fiabilité, les échecs ainsi que les issues de grossesses subséquentes.

Parmi les jeunes mères interviewées, 68,8 % (22) utilisaient une méthode contraceptive, pour la majorité (10 sur 22) il s'agissait de la pilule, pour le tiers (8 sur 22) du condom et, pour quelques-unes (4 sur 22), du depo-provera par injection. Ce sont les plus jeunes mères (âgées de 18 ans et moins) qui sont les plus disposées à faire usage d'une méthode contraceptive, car elles établissent un lien entre l'utilisation d'une méthode contraceptive efficace et une relation stable avec un conjoint ; en l'absence de cette relation, elles semblent s'interroger sur l'utilité d'une telle méthode. Elles comptent plus alors sur l'utilisation d'une méthode ponctuelle telle que le condom dont l'utilisation est toutefois plus difficile à négocier avec un conjoint récent ou de passage. Parmi les jeunes mères interviewées, 15 (46,9 %) sont effectivement redevenues enceintes depuis la naissance de leur dernier enfant, 11 (34,3 %) d'entre elles se sont fait avorter, 3 ont accouché et 1 était enceinte au moment de l'entrevue.

L'utilisation efficace d'une méthode contraceptive est précaire pour ces jeunes mères qui ont pourtant une expérience récente de la maternité ; par conséquent, le renforcement de l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces doit être soutenu et ce, à toutes les occasions. Il faudrait aussi approfondir le sens de la maternité dans les communautés concernées, l'âge idéal pour un premier enfant, la crainte de la perte de la fertilité à la suite de l'usage prolongé d'anovulants ou de depo-provera, etc. La dimension amoureuse est aussi incontournable dans nos stratégies de renforcement de planification familiale ; les trois dimensions de la planification, de la réinsertion sociale et de la vie émotionnelle sont effectivement intrinsèquement liées et doivent faire l'objet de stratégies unifiées.

6. RELIÉ À L'ÉVALUATION D'IMPLANTATION D'UNE DIMENSION COMPLÉMENTAIRE DU PROJET : FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE AFFECTIVE DES JEUNES MÈRES

Après deux ans d'opération, nous avons constaté que les jeunes mères inscrites dans le processus de réinsertion sociale mettaient en péril leur projet lorsqu'elles devenaient amoureuses, comme si leur besoin amoureux et d'insertion sociale étaient incompatibles. Après analyse de la situation, nous avons découvert que plusieurs de ces jeunes mères présentaient des

difficultés d'autonomie affective. Leur passé instable, leurs carences affectives, la pensée magique et un certain « complexe de Cendrillon¹ » (Dowling, 1982) contribuaient à ces difficultés.

Une recension des écrits sur le sujet de la dépendance et de l'autonomie affective nous a amenés à nous centrer sur les travaux de Peele (1976), Norwood (1985) et Charest (1992) et plus particulièrement sur Charest, thérapeute montréalaise spécialiste des problèmes de dépendance affective. Nous avons alors pu saisir la complexité de la problématique et la nécessité de préciser, dans un premier temps, le profil socio-affectif des jeunes mères pour ensuite déterminer la façon de travailler cette dépendance. Plusieurs instruments d'évaluation psychologique ont alors été considérés pour dresser ce profil : instruments de détresse et de bien-être psychologique (Massé *et al.*, 1998), de dépression (Gauthier *et al.*, 1974), d'attachement (Hazan et Shaver, 1987) et de séparation-individuation (Saint-Onge et Lachance, 1995). Malgré le potentiel de ces instruments combinés, tout le problème de validité se posait. Ces instruments ont été validés pour une population adulte ou adolescente, ou pour une clientèle clinique. Nos jeunes mères se situent à mi-chemin du profil des adultes et des adolescents et ne sont pas considérées comme une « clientèle clinique ». Les instruments présentaient de plus des difficultés de validité interculturelle. Il nous est donc apparu plus opportun de dresser le profil socio-affectif des jeunes mères à partir de situations de vie reconstituées à l'aide de génogrammes.

6.1. Profil socio-affectif des jeunes mères

Le profil socio-affectif a été dressé pour 49 des 136 jeunes mères connues du projet à partir d'entrevues auprès des deux travailleuses communautaires effectuant le suivi continu des jeunes mères. Les informations sur la vie affective ne sont pas consignées systématiquement dans les dossiers, elles proviennent de la connaissance des intervenantes de leur clientèle à partir des propos et des échanges reçus sur une base confidentielle et de certaines notes consignées au dossier. La revue de chacun des dossiers a duré en moyenne 45 minutes et les résultats de l'opération ont été traduits en génogrammes.

Au moment des entrevues, plus de la moitié (61 %, soit 30 sur 49) des jeunes mères avaient un seul enfant, plus du quart (29 %, soit 14 sur 49) en avaient deux alors que 10 % en avaient trois. La moyenne d'âge des mères

1. Complexe de Cendrillon : expression consacrée en psychothérapie pour désigner l'espoir qu'ont les femmes de rencontrer le « prince charmant » qui agirait comme pourvoyeur économique et serait responsable d'elle et de ses enfants.

à la naissance de leur enfant était de 19,5 ans pour celles ayant un ou deux enfants et de 16,7 ans pour celles ayant trois enfants.

Peu de jeunes mères (15 %, soit 7 sur 49) vivent avec le père de leur(s) enfant(s), toutefois, près de la moitié (41 %, soit 20 sur 49) entretiennent des liens avec lui. Dans certains cas, ce sont des liens amoureux mais, pour la majorité, ce sont des liens reliés à leur responsabilité paternelle. Quarante-quatre pour cent (21 sur 48) n'ont cependant aucun lien avec le(s) père(s). Par ordre d'importance, les liens familiaux qu'entretiennent les jeunes mères sont, dans 67 % des cas, avec leurs frères et sœurs, dans 63 % avec leur mère, dans 26 % avec leur père, dans 16 % avec une tante et dans 12 % des cas avec leur grand-mère. La figure parentale prioritaire des jeunes mères a été leur mère ou leur grand-mère et les liens conjugaux entre leurs parents ont souvent été brisés.

Pour illustrer le profil socio-affectif des jeunes mères du projet, nous présentons quatre cas.

Jacinthe

Au moment de la référence, Jacinthe avait 17 ans et son bébé 2 mois. Elle vivait avec sa famille. Elle souhaitait terminer sa 4^e secondaire professionnel et se former comme auxiliaire familiale.

Lors de l'entrevue téléphonique, elle a obtenu son diplôme de 5^e secondaire. Elle déclare vivre sans son conjoint et utilise le depo-provera comme méthode contraceptive.

Au moment de la constitution de son génogramme, soit en novembre 1996, Jacinthe a 18 ans. Elle ne vit plus avec sa famille mais entretient de bons liens avec sa mère, figure parentale prioritaire pour elle (son père lui est inconnu). Elle vit avec son nouvel amoureux, qui n'est pas le père de sa fille (avec qui elle n'a plus aucun lien). Elle est retournée à l'école, deux mois après la naissance de son enfant et s'apprête à terminer sa 5^e secondaire.

Marguerite

Au moment de la référence, Marguerite avait 17 ans et son bébé 21 mois, enfant qu'elle a eu à 15 ans. Elle était à l'école, en 2^e secondaire, au début de sa grossesse et vivait avec sa famille qui l'avait parrainée.

Marguerite est retournée à l'école 9 mois après la naissance de son enfant pour terminer son secondaire. Au moment de l'entrevue téléphonique, soit 18 mois plus tard, elle a terminé sa 4^e secondaire. Elle utilise la pilule comme méthode contraceptive mais a toutefois eu un deuxième enfant alors qu'elle avait 19 ans.

En novembre 1996, alors que Marguerite a 20 ans, elle a effectivement terminé sa 5^e secondaire. Elle vit toujours avec sa famille (sa mère et son beau-père). Marguerite n'entretient pas de lien avec aucun des deux pères de ses enfants.

Rose

Au moment de la référence, Rose avait 18 ans et son enfant 8 mois. Elle vivait avec sa famille et était étudiante en 2^e secondaire. Elle souhaitait retourner à l'école mais présentait peu de motivation.

Au moment de l'entrevue téléphonique, Rose a 19 ans. Elle vit toujours avec sa famille, soit sa mère et sa sœur. Elle est retournée à l'école, sans grand succès, 13 mois après la naissance de son enfant. Elle s'est aussi inscrite à un programme spécialisé d'apprentissage de la couture. À ce moment, n'ayant pas de partenaire, elle n'utilise aucune méthode contraceptive ; lors d'une deuxième grossesse, elle se fait avorter.

En novembre 1996, Rose a 22 ans et sa fille 4 ans, elle vit avec le père de sa fille et la relation entre les trois semble excellente. Rose a toutefois coupé ses liens avec sa mère qui n'a jamais été, d'autre part, une figure parentale pour elle, sa grand-mère et sa tante maternelle ayant occupé cette place. Depuis, Rose a terminé son programme de couture et sa 3^e secondaire.

Marie-Lys

Au moment de la référence, Marie-Lys était âgée de 19 ans et avait un enfant de 6 ans. Elle était étudiante en 2^e secondaire au moment de sa grossesse et vivait avec sa famille, elle souhaitait retourner à l'école, dans un groupe d'alphabétisation.

Au moment de l'entrevue téléphonique, Marie-Lys a 20 ans et vit avec son frère. Elle n'a pas concrétisé son souhait de retourner à l'école. N'ayant pas de partenaire stable, elle n'a pas utilisé de méthode contraceptive et est redevenue enceinte.

En novembre 1996, Marie-Lys a 22 ans et ses enfants 8 et 3 ans. Elle vit seule, ses parents et son frère vivant tous à l'étranger. Elle n'entretient plus de lien avec les pères de ses enfants. Elle est toutefois retournée à l'école dans une classe d'alphabétisation.

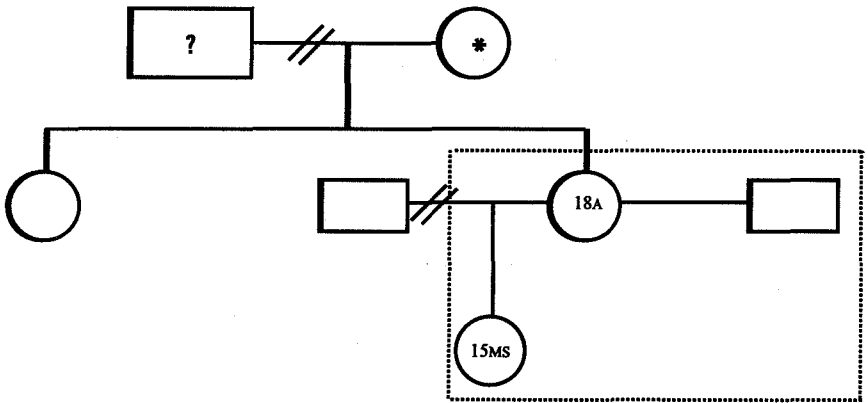
Les profils socio-affectifs des jeunes mères ont révélé leur fragilité émotive résultant d'une instabilité au regard des contacts affectifs avec leur famille et partenaires. Les schémas de ruptures sont omniprésents. Les processus de réinsertion sont constamment compromis par des événements tels qu'un nouvel amoureux, une séparation, une nouvelle grossesse, etc. L'emprise sur leur vie demeure très fragile. Nous avons donc décidé de travailler cet aspect par le biais de rencontres de groupe.

6.2. Rencontres de groupe sur l'autonomie affective

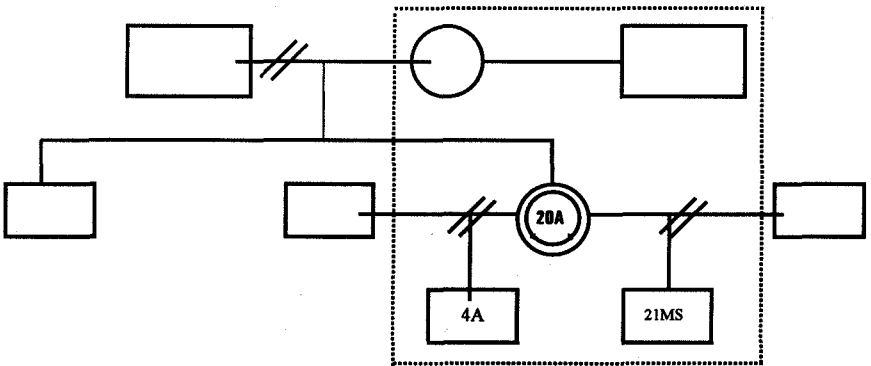
Compte tenu du profil socio-affectif des jeunes mères et d'après les experts consultés, il s'est avéré que la modalité d'intervention la plus efficace en relation avec la problématique de la dépendance affective était une formule de rencontres de groupe à thèmes. Nous avons alors opté pour le modèle

Génogramme de **Jacynthe**

Novembre 1996

Génogramme de **Marguerite**

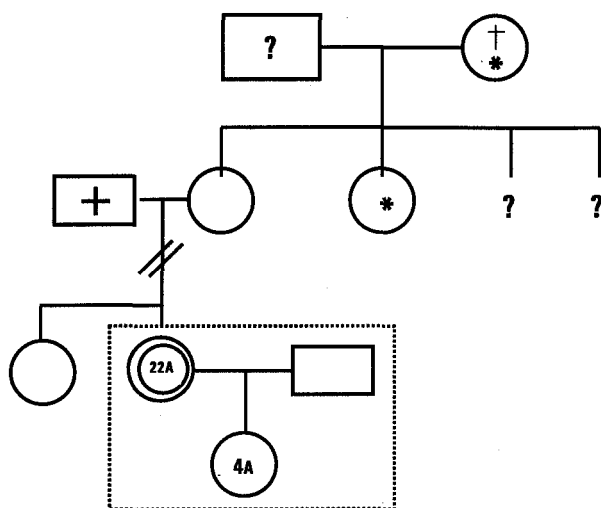
Novembre 1996



= homme, gars	= descendante	A = âge en années	= cas à l'étude
= femme, fille	= rupture de liens	MS = âge en mois	† = décédé
= fratrie	* = figure parentale	= ménage	? = inconnu
			+ = vit à l'étranger

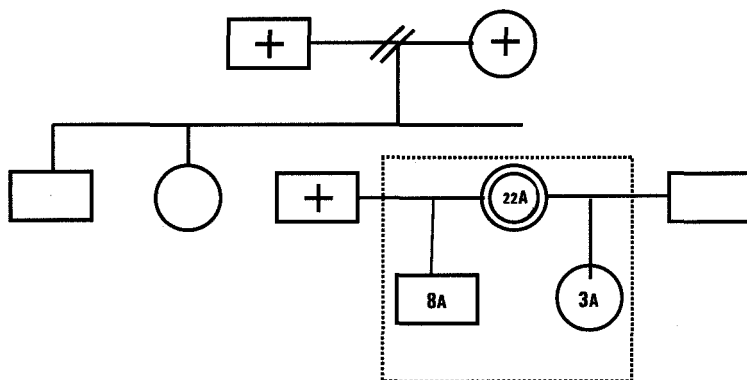
Génogramme de Rose

Novembre 1996



Génogramme de Marie-Lys

Novembre 1996



de groupes sur l'autonomie affective conduits par le Service d'animation de la Commission des écoles catholiques de Montréal pour une clientèle similaire. Une formation a été donnée aux travailleuses communautaires, formation à laquelle ont assisté les chercheurs du projet dans le but d'adapter le matériel à la clientèle visée. La formule inclut huit rencontres portant sur les thèmes suivants : l'autonomie – définition positive et négative –, les modèles affectifs hérités de la famille et de l'environnement, la pyramide des besoins et la gamme des émotions, l'abus (physique, psychologique et sexuel) et la violence, la centration sur soi (*empowerment*) et sur son projet de vie.

Si l'on considère l'impact de ces rencontres de groupe, nous devons distinguer l'expérience des Haïtiennes de celle des Jamaïcaines. Les rencontres des jeunes mères haïtiennes ont débuté à l'automne 1996. Cinq rencontres de deux heures ont eu lieu les samedis à la Maison d'Haïti (avec service de garde pour les enfants) et le taux de participation a varié de cinq à 10 participantes. Après un démarrage enthousiaste où cinq participantes discutent activement de leur dépendance affective à partir d'un ouvrage fourni par l'une d'elles (Charpentier 1994), la participation baisse à quatre puis à trois participantes. La travailleuse communautaire effectue un certain travail de « *reaching-out* » puis abandonne pour poursuivre la réflexion sur le manque de motivation ou l'impossibilité réelle des jeunes mères d'y participer.

Du côté jamaïcain, l'implantation des rencontres de groupe a tardé pour finalement avoir lieu à l'hiver 1997 ; les rencontres sont alors jumelées avec un programme de francisation à plein temps financé par la sécurité du revenu. Les rencontres de deux heures se déroulent au sous-sol d'une église les jeudis. Huit rencontres portent sur le thème de l'autonomie affective regroupant en moyenne huit participantes. L'évaluation des rencontres a été effectuée à l'aide de la Grille d'évaluation des rencontres de groupe du Centre des femmes de Montréal (1996).

Les acquis des rencontres, identifiés à partir des réponses de la travailleuse communautaire à cette grille (après chacune des rencontres), semblent être les suivants : une meilleure compréhension de ce qu'est la dépendance affective, de ses besoins et des conditions nécessaires à leur satisfaction, des liens entre des attitudes et des conduites de la vie présente et les expériences passées ; une prise de conscience de la nécessité de dire non quelquefois et de la manière de s'y prendre pour y arriver ; une meilleure maîtrise de l'expression de ses émotions, incluant l'expression des émotions négatives ; un début de définition de ses rêves, de ses objectifs, de son projet de vie. Certaines rencontres ont beaucoup mobilisé les jeunes mères, ainsi celles portant sur la famille d'origine et sur les abus et la violence en raison des carences affectives des jeunes mères et des

situations d'abus qu'elles ont vécues. Ces rencontres ont requis des habiletés particulières d'animation de la part de l'intervenante.

CONCLUSIONS

L'évaluation de l'intervention entre 18 et 24 mois après le début du suivi révèle des impacts à la fois rassurants et troublants. Nous constatons que la volonté de continuer leurs études et de se donner des projets d'avenir est très présente chez les jeunes mères et que des efforts sont engagés pour les réaliser. Toutefois, les difficultés économiques, le manque de soutien de la famille et l'absence du conjoint créent un environnement peu favorable.

Le plus inquiétant est encore l'inconsistance dans l'utilisation d'un moyen contraceptif. Malgré l'expérience de la maternité et des ruptures amoureuses, l'utilisation consistante d'une méthode contraceptive fiable n'est présente qu'à l'intérieur de rapports amoureux stables. Or la vie de ces jeunes mères est loin d'être stable, la pensée magique persiste et une dichotomie entre la planification des naissances et la planification de leur vie est malheureusement encore trop présente.

Par le volet de l'autonomie affective, des moyens leur sont donnés de concilier leurs besoins amoureux avec leurs projets d'insertion sociale. Nous constatons alors que plus les mères sont jeunes, plus elles sont rapidement disposées, après la naissance de leur enfant, à retourner à l'école, leur famille étant aussi alors souvent présente et soutenante dans la réalisation de leur projet. Les mères plus âgées, soit celles de 19 et 20 ans, éprouvent plus d'ambivalence à poursuivre leurs études ou à effectuer un stage de travail, leur besoin d'autonomie entrant alors en conflit avec leurs besoins relationnels auxquels elles croient devoir se consacrer entièrement, au détriment de leur projet d'insertion.

En conclusion, la réinsertion sociale est possible et souhaitée par les jeunes mères elles-mêmes. Toutefois, le parcours de réinsertion ne peut être linéaire, le cumul des échecs antérieurs conditionnant leur degré de motivation et l'ampleur des embûches. L'accompagnement est donc essentiel au maintien du processus de réinsertion incluant l'accompagnement psychologique, moteur de la motivation et de la persistance.

BIBLIOGRAPHIE

- Beck A.T., Beamesderfer A. (1974). Assessment of depression : the depression inventory. In Pichot P. (dir.), *Psychological measurements in psychopharmacology. Modern problems in pharmacopsychiatry*. Vol. 7. Bâle Suisse : Karger.

- Centre des femmes de Montréal (1996). *Groupe d'éducation et de croissance pour femmes immigrantes*. Montréal, Éditions Communiqu'elles.
- Charbonneau I., Forget G., Frappier J.G., Gaudreault A., Guilbert E., Marquis N. (1989). Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale. *La périnatalité au Québec*. Vol. 2. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Charest R.M. (1992). La dépendance amoureuse : étude clinique. *Revue québécoise de psychologie*. Vol. 13, n° 3, 147-156.
- Charpentier G. (1994). *Les chemins de l'amour, comment vaincre la dépendance affective*. Montréal, Éditions Sept Jours.
- Cliche J. (1984). *Identification des besoins de santé des adolescentes enceintes au DSC du Lakeshore*. Maîtrise en sciences infirmières. Université de Montréal.
- Davis A.R. (1989). Teenage pregnancy: a theoretical analysis of a social problem. *Adolescence*, Vol. XXIV, n° 93, 19-28.
- Département de santé communautaire de Sainte-Justine (DSC) [1989]. *Fichiers Culture et Grossesse*. Traitement spécial par H. Doucet.
- Desrosiers-Lampe M., Frappier J.Y. (1981). La grossesse à l'adolescence. *L'Union médicale du Canada*, 6-8.
- Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre (1996). *Fichier des naissances*, Bureau de la statistique du Québec, Traitement des données de Montréal.
- Dowling D. (1982). *Le Complexe de Cendrillon*. Paris, Grasset.
- Field T., Midmayer S., Greenberg R., Stoller S. (1982). Effects of parent training on teenage mothers and their infants. *Pediatrics*, Vol. 69, n° 6, 703-707.
- Filion G., Thébault M., Deschênes L. (1984). *Grossesse et adolescence, revue de la littérature et élément de problématiques*. Département de santé communautaire de Saint-Luc.
- Gauthier J., Morin C., Thériault F., Lawson J.S. (1974). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*. Vol. 3, n° 2, 13-27.
- Hazan C., Shaver P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 52, n° 3, 511- 524.
- Massé R., Poulin C., Dassa C., Lambert J., Bélair S., Battaglini A. (1998). *Élaboration et validation d'un outil de mesure de la santé mentale*. Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.
- Norwood R. (1985). *Ces femmes qui aiment trop*. Collection J'ai lu.

- Peele S. (1976). *L'expérience de l'assuétude*. Traduction de *Addiction is a social disease*. Addiction 1976. Faculté de l'éducation permanente 1982.
- Peters M.F. (1989). Parenting in Black Families with young children, a historical perspective. Chapitre 15 de *Black Families*, édité par HP MacAdoo, Newbury Park, Sage Focus.
- Rochon M. (1989). Étude sur la fécondité et les grossesses à l'adolescence. In Charbonneau I., Forget G., Frappier J.G., Gaudreault A., Guilbert E., Marquis N. (1989). *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale. La périnatalité au Québec*. Vol. 2. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Saint-Onge S., Lachance L. (1995). Validation d'une adaptation canadienne-française du test de séparation-individuation à l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*. Vol. 16, n° 3, 199-221.