A B R É G É

Cet article décrit l'implantation d'un projet de prévention des conséquences biopsychosociales négatives de la grossesse à l'adolescence. Ce projet visait à 1) rejoindre, le plus précocement possible, les jeunes femmes de moins de 20 ans, enceintes ou déjà mères, résidant dans le centre-ville de Québec, vivant en marge de la société et perçues comme à risque, et 2) développer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants, en les habilitant à reconnaître leurs besoins, à utiliser de façon adéquate les ressources disponibles et à briser leur isolement. Une équipe du Centre jeunesse de Québec a rejoint 25 jeunes femmes enceintes et 3 jeunes mères, sur une période de 21 mois. Cette équipe leur a fourni un suivi individualisé et continu, permettant de développer leur autonomie.

A B S T R A C T

This paper describes the implementation of a project to prevent the negative biopsychosocial outcomes of teenage pregnancy. The purposes of this project were 1) to reach, as early as possible, young women under 20 years, either pregnant or already young mothers, living in the downtown area of Quebec city on the fringe of society, and perceived to be at risk, and 2) to develop their capacities to take care of themselves and their children, by helping them to recognize their needs, to use adequately the available resources, and to break out of their isolation. A team from Le Centre jeunesse de Québec worked with 25 young pregnant women and 3 young mothers, over a period of 21 months. This team provided the women and their children with a continued and individualized follow-up, which allowed them to develop their autonomy.

Les jeunes mères difficiles à rejoindre : Étude d'implantation d'une intervention pré et postnatale auprès d'une clientèle à risque

Denyse Tremblay,¹ Hélène Lechasseur, BSS,² Michelyne Desmeules, BSS,³
Édith Guilbert, MD, MSc,⁴ Marie-Claire Lepage, DrP, MAP⁵

Entre 1980 et 1993, le taux de grossesse à l'adolescence au Québec est passé de 24,9 à 37,3 pour 1000 femmes de 15-19 ans, soit une augmentation de 50 %.^{1,2} Dans le centre-ville de la ville de Québec, ce taux est passé de 43,7/1000 à 74,4/1000, de 1986 à 1994, soit une augmentation de 70 %.³ En 1994, 59 jeunes femmes accouchaient d'un enfant, tandis que 110 obtenaient une interruption volontaire de grossesse.

Dans ce territoire, au début des années 90, une variété de services était offerte aux femmes enceintes et aux jeunes parents. Ces services rejoignaient peu les femmes défavorisées, et encore moins les adolescentes enceintes et les jeunes mères. Parmi les adolescentes qui consultaient, plusieurs étaient dans des situations de détresse importante, alors que leur enfant avait déjà 6 à 8 mois. Il est connu que les risques associés à la grossesse à l'adolescence sont

principalement liés à la situation biopsychosociale, économique et au suivi prénatal des jeunes femmes.^{1,4,5}

MÉTHODE

Objectifs

Les objectifs du projet visaient : 1) à rejoindre, le plus précocement possible dans la grossesse, les jeunes femmes défavorisées («reaching out»); 2) à développer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants en les habilitant à reconnaître leurs besoins, à utiliser de façon adéquate les ressources disponibles et à briser leur isolement.

Population visée

La population visée était celles des femmes de moins de 20 ans, enceintes ou déjà mères, résidant dans le centre-ville de Québec, vivant en marge de la société et perçues comme à risque de développer des conséquences biopsychosociales négatives liées à leur situation d'isolement et de grossesse ou de maternité à l'adolescence.

Description du projet

Le projet s'est déroulé sur une durée de deux ans (septembre 1995-août 1997). Il s'appuyait sur un modèle théorique de partenariat,^{6,7} impliquant la communauté. L'équipe de base du projet, appuyée par un comité de coordination, comprenait la coordonnatrice des programmes Mères en difficulté d'adaptation, une éducatrice spécialisée et une intervenante sociale du Centre jeunesse de Québec.

L'éducatrice spécialisée a tout d'abord mobilisé des organismes situés au centre-ville de Québec. Elle a rejoint 25 de ces

1. Éducatrice spécialisée, Centre jeunesse de Québec et Institut universitaire sur les jeunes en difficulté
2. Coordonnatrice des programmes Mères en Difficulté d'Adaptation, Centre jeunesse de Québec et Institut universitaire sur les jeunes en difficulté
3. Agente de relations humaines, Centre jeunesse de Québec et Institut universitaire sur les jeunes en difficulté
4. Médecin conseil, Direction de la santé publique de Québec
5. Agente de programmation, d'évaluation et de recherche, Direction de la santé publique de Québec

Correspondance et les demandes d'autorisation de reproduction : Dr Édith Guilbert, Direction de la santé publique de Québec, Équipe «Adaptation familiale et sociale», 2400, rue d'Estimauville, Beauport (Québec) G1E 7G9, Téléc. : 418-666-2776, Courriel élec. : eguilbert@cspq.qc.ca
Le projet a été financé par la Régie de la santé et des services sociaux de la région de Québec dans le cadre de son «programme d'aide à l'action concertée jeunesse».

organismes, qualifiés de «partenaires formels», offrant des services auprès de la clientèle jeunesse et celle des femmes enceintes : CLSCs (3/3), cliniques médicales (2/7), écoles secondaires (7/8), organismes communautaires, incluant les ressources de biens matériels (12/23), maisons de jeunes (1/2). De plus, une affiche a été exposée dans les lieux de rencontres des jeunes.

Les «partenaires formels» ont, par la suite, dépisté la clientèle visée et l'ont référée à l'éducatrice. Celle-ci avait le mandat de répondre aux besoins exprimés des jeunes femmes et de leur fournir un suivi psychoéducatif (Tableau I). Les activités d'apprentissage effectuées ont eu trait à plusieurs aspects : l'alimentation, l'hygiène, le logement, le développement physique, intellectuel et affectif de l'enfant, la sécurité et la protection de l'enfant, le réseau de soutien social et matériel, les relations interpersonnelles, la modification des comportements, la gestion de la santé, la gestion du budget et la fréquentation scolaire. Dans certains cas, des jeunes femmes jugées à risque en regard de leurs capacités parentales ont été référées, par l'éducatrice, à l'intervenant préposé à la réception des signalements (deux signalements). Dans d'autres cas, l'éducatrice a discuté avec cet intervenant et a appliqué le modèle d'intervention utilisé au Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse afin d'éviter d'autres signalements.

Instruments de mesure

Plusieurs outils (fiches de suivi, comptes rendus de réunions, entrevues, questionnaires, journal de bord) ont été utilisés pour la collecte des données. D'autres outils d'intervention ont permis d'évaluer les jeunes familles :

- ICBE⁸: traduction validée de «The Child Well-Being Scales» de Magura et Moses;
- Grille d'évaluation de la capacité parentale des mères en difficulté grave d'adaptation⁹: instrument non validé permettant aux intervenants sociaux d'ajuster leurs interventions;
- Q-Sort des comportements maternels (Q.C.M.)¹⁰: traduction validée de «Q-Sort» de Pederson et Moran;
- Grille des tâches parentales et du réseau de soutien social¹¹: instrument non

TABLEAU I Activités d'apprentissage	
Niveaux d'intervention	Activités
Premier niveau	Appropriation, élaboration d'un lien de confiance entre l'éducatrice et les jeunes femmes, partage d'informations et de connaissances sur la situation vécue et les ressources existantes (SAVOIR).
Deuxième niveau	Identification et analyse des besoins, mobilisation des émotions et de l'agir, résolution de problèmes, accompagnement et enseignement régulier en matière d'attitudes et de comportements à acquérir (en particulier face à la grossesse et aux capacités parentales), réadaptation, renforcement de l'estime personnelle (SAVOIR FAIRE).
Troisième niveau	Renforcement des attitudes et soutien dans l'accomplissement des comportements acquis, orientation vers les ressources existantes, bris de l'isolement, autonomie (FAIRE).

validé tiré de deux questionnaires (Self-Care de Dorothea Orem, développé en français par H. Boucher de l'Université du Québec à Trois-Rivières (1982) et le questionnaire sur le réseau social, adapté par L.Lepage de l'Université de Montréal (1984)).

RÉSULTATS

Description de la clientèle rejointe

Profil des jeunes femmes

Vingt-huit jeunes femmes ont été référées au projet sur une période de 21 mois (fin mai 1997). Les «partenaires formels» ont dépisté les deux tiers de la clientèle, tandis que des «partenaires informels» (jeunes femmes déjà recrutées dans le projet, quelques parents et amis) en ont dépisté le tiers. L'affiche a permis la référence de trois jeunes filles.

Lors du recrutement, 25 jeunes femmes étaient enceintes et 3 étaient des jeunes mères. Il s'agissait de la première grossesse pour la majorité d'entre elles (20 sur 25, 3 données manquantes). Cinq avaient déjà fait l'expérience de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Quatorze jeunes femmes en étaient à leur premier trimestre de grossesse, 5 au deuxième trimestre, 4 au troisième trimestre. Les réactions des clientes à la grossesse étaient partagées également entre la joie et des sentiments de tristesse, de crainte et d'ambivalence.

Les caractéristiques sociodémographiques et comportementales sont décrites au tableau II. La majorité des jeunes femmes avaient moins de 20 ans; quatre avaient 20 ans ou plus et ont été acceptées dans le projet. Dix-huit (64 %) résidaient dans le territoire visé; pour les 10

TABLEAU II
Caractéristiques de la clientèle

Caractéristiques	n	(%)
Âge (ans)		
14 et moins	3	(10,7)
15-17	11	(39,3)
18-19	10	(35,7)
20 et plus	4	(14,3)
Scolarité*		
Cours professionnel 1-2-3	2	(12,5)
Secondaire 1-2-3	10	(62,5)
Secondaire 4-5	3	(18,6)
Cégep 1-2	1	(6,3)
Fréquentation scolaire*		
Oui	10	(37,0)
Non	17	(63,0)
Sur le marché du travail*		
Oui	0	
Non	100	(100,0)
Consommation actuelle de tabac*		
Oui ou a cessé durant la grossesse	12	(70,6)
Non	5	(29,4)
Consommation actuelle de drogue*		
Oui ou a cessé durant la grossesse	13	(65,0)
Non	7	(35,0)
Vécu antérieur de maltraitance*		
Nil	2	(7,7)
Abandon	10	(38,5)
Négligence	8	(30,8)
Abus physiques	2	(7,7)
Abus sexuel	4	(15,4)
Autres problématiques présentées*		
Troubles de santé mentale des parents de la jeune femme	5	(19,2)
Non motivation scolaire/travail	12	(46,2)
Désorganisation:	21	(80,8)
personnelle:4		
familiale:9		
conjugale:5		
matérielle:3		
Violence verbale ou physique	11	(42,3)
Troubles de comportement	16	(61,5)
Placement antérieur	11	(42,3)
Isolement	5	(19,2)

* Données manquantes

autres, le centre-ville constituait leur milieu de vie. La majorité des clientes accusaient, en moyenne, un retard scolaire de 2 ans. Durant leur grossesse, les jeunes femmes vivaient, en proportions équivalentes, soit avec leurs parents, soit avec leur conjoint,

TABLEAU III
Objectifs du Groupe d'entraide

Objectifs	Activités
<ul style="list-style-type: none"> • permettre une croissance personnelle et apprendre à vivre en harmonie comme adolescente et comme parent • permettre une valorisation personnelle • travailler les capacités parentales et contribuer au développement affectif, psycho-moteur, intellectuel et social de l'enfant • donner du répit aux jeunes mères et les aider à briser l'isolement et à se faire un nouveau réseau d'amies 	<ul style="list-style-type: none"> • rencontres de discussion avec garderie pour les enfants • activités créatives : artisanat, autres • sorties mère-enfant : zoo, aquarium, autres • sorties mères seules : lieux de villégiatures, foires, autres

TABLEAU IV
Cheminement de la clientèle

Jeunes femmes recrutées	Cheminement des jeunes femmes	Nombre de bébés connus de l'éducatrice	Durée moyenne de suivi par l'éducatrice
25 jeunes femmes enceintes	Autonomes (n=7) :		
	4 ont obtenu une IVG	—	6 semaines
	3 ont été suivies et ont accouché	3	46 semaines
	En voie d'autonomie (n=15) :		
	8 sont encore suivies et ont accouché	8	56 semaines
	2 sont en phase de «reaching» et une est encore enceinte	1	26 semaines
	5 ont rapidement été référées aux services réguliers du Centre jeunesse ou à une école adaptée	1	2 semaines
	Statut inconnu (n=3) :		
	1 a fait une fausse couche	—	2 semaines
	2 ont été perdues de vue	—	2 semaines
3 jeunes mères	Autonomes (n=1) :		
	1 a été suivie	1	8 semaines
	En voie d'autonomie (n=2) :		
	1 est encore suivie	1	16 semaines
	1 a été référée aux services réguliers du Centre jeunesse	1	9 semaines

soit seules. Les jeunes femmes avaient un vécu personnel et social très lourd. Plus de la moitié vivaient une relation difficile ou conflictuelle avec leur famille d'origine. Dix d'entre elles étaient en rupture avec au moins un de leurs deux parents.

Profil des pères biologiques

Les pères biologiques (21/28) étaient plus vieux que les jeunes femmes; 90 % d'entre eux avaient 18 ans ou plus. Un tiers étaient étudiants ou sur le marché du travail, les autres étant bénéficiaires de la sécurité du revenu. Trois pères étaient en prison. Près des trois quarts reconnaissaient leur paternité et la moitié d'entre eux étaient prêts à prendre leurs responsabilités. Quatre n'avaient pas été avisés de la grossesse ou avaient disparu. Une minorité (7 sur 25, 3 données manquantes) vivaient une relation harmonieuse avec la jeune femme et 7 semblaient avoir des comportements violents.

Profil des enfants

Les jeunes femmes ont accouché de 11 garçons et de 5 filles (Tableau IV). Deux de ces enfants avaient un faible poids à la naissance et 5 d'entre eux étaient prématurés. La moitié des enfants avait pour gardien légal la mère seule, tandis que les autres avaient leurs deux parents. L'éducatrice a eu connaissance d'une ou de plusieurs hospitalisations pour 5 de ces enfants, durant leur première année de vie. Les raisons d'hospitalisations ont été les suivantes : traumatisme crânien (signalement DPJ), bronchiolite, gastroentérite, troubles de déglutition.

Profil des jeunes familles

Après l'accouchement, les jeunes mères vivaient principalement avec leur conjoint, tandis que quelques-unes vivaient seules ou avec leurs parents. On notait l'absence d'une chambre pour bébé chez 7 jeunes familles. Les outils d'intervention mesurant

les capacités parentales ont été administrés à près de la moitié des jeunes familles : 4 familles sur 10 montraient un score de gravité élevé ou même de menace au bien-être de l'enfant.

Activités auprès de la clientèle

Activités individuelles

L'éducatrice a procédé aux activités d'apprentissage grâce à ses contacts individuels avec la clientèle. C'est par un système actif de relances qu'une relation de confiance s'est établie. Près de la moitié des jeunes femmes ont reçu entre 1 et 6 appels téléphoniques de la part de l'éducatrice, tandis que l'autre moitié a été contactée par téléphone beaucoup plus souvent, soit une moyenne de 17 appels téléphoniques pour 6 jeunes femmes et 39 pour 7 autres. Pour la plupart, la durée totale de ces contacts téléphoniques a varié, en moyenne, de 3 à 13 heures. En ce qui concerne les contacts directs (entrevue, accompagnement), près de la moitié des jeunes femmes ont eu une moyenne de trois contacts avec l'éducatrice, tandis que l'autre moitié ont eu de 12 à 32 contacts. La durée moyenne totale de ces contacts fut de moins de 6 heures pour 10 jeunes femmes, de 14 heures pour 5 jeunes et de 45 heures pour 9 autres.

Activités de groupe

Groupe parents : Une série de huit rencontres animées par l'intervenante sociale du projet, avec les parents des adolescentes enceintes, a eu lieu durant l'année 1996. Ces rencontres, d'une durée de deux heures, portaient sur les relations interpersonnelles et la grossesse à l'adolescence. Au cours de cette année, 38 présences-parents ont été enregistrées.

Groupe d'entraide : Un Groupe d'entraide a été créé six mois avant la fin du projet, par et pour les jeunes femmes du projet. Elles avaient exprimé des besoins auxquels aucune ressource ne semblait répondre : «à l'adolescence, lorsque tu as un enfant, tu perds tes amies, tu peux plus les suivre, tu te retrouves toute seule. Nous avons besoin d'avoir de nouvelles amies pour échanger et nous entraider comme jeunes mamans. Nous avons besoin de relaxer, de nous détendre et de nous amuser... pour pas devenir folle.» Les rencontres ont eu lieu au rythme de deux par

mois et les objectifs du groupe sont présentés au tableau III.

Effets du projet

Tel que montré au tableau IV, la clientèle a eu des cheminements divers. L'éducatrice a considéré comme devenues autonomes, les jeunes femmes qui avaient développé un réseau social aidant et qui étaient en mesure de répondre, adéquatement et par elles-mêmes, à leurs besoins et à ceux de leur enfant. À la fin du projet, le tiers des jeunes femmes étaient considérées autonomes, tandis que les deux tiers avaient encore besoin d'accompagnement et de suivi.

DISCUSSION

Le projet a rejoint la clientèle visée, soit des jeunes femmes enceintes ou déjà mères présentant des difficultés d'adaptation et correspondant, annuellement, à approximativement 15 % de toutes les jeunes femmes enceintes du territoire visé.¹² Quoiqu'on ne possède pas de statistiques sur la clientèle visée, il apparaît qu'une proportion substantielle d'entre elles a été rejointe. Une étude réalisée dans la région de Québec a montré que 24 % des femmes étaient des mères vulnérables pour le développement de l'attachement parent-enfant.¹³

Le nombre et la durée totale des contacts montrent la nécessité d'interventions longues et soutenues lorsqu'on agit auprès des clientèles marginalisées.¹⁴ Une vaste expérience auprès des adolescents en difficulté d'adaptation et en périnatalité semble être importante pour réaliser de telles interventions. Le nombre restreint de jeunes femmes recrutées, la difficulté d'obtenir des mesures de l'autonomie au recrutement (clientèle farouche, peu coopérante, nécessitant une période d'apprivoisement) et l'absence de groupe témoin limitent les conclusions sur l'efficacité de l'intervention et sur les facteurs de résilience sous-jacents à l'acquisition de l'autonomie. La présence d'un réseau familial solide et l'absence de toxicomanie semblaient être des éléments

favorisant une autonomie plus rapide. Selon la littérature scientifique, les facteurs de réussite reliés à l'intervention en milieu défavorisé sont la précocité des services et des programmes, la continuité, l'intensité, la stabilité, la souplesse, de même que l'approche globale, la participation du milieu, le travail en équipe et la collaboration soutenue entre les professionnels et l'administration.^{15,16}

La collaboration de «partenaires informels» et la création d'un groupe d'entraide sont des exemples de mobilisation des forces d'une communauté et de l'émergence de solutions nouvelles et adaptées.^{5,6} Enfin, l'évitement des signalements à la DPJ va dans le sens des recommandations qui favorisent la prévention et «l'agir en amont de la Loi sur la protection de la jeunesse».¹⁷

En conclusion, quoique des évaluations supplémentaires soient nécessaires, ce projet novateur constitue peut-être le chaînon manquant dans le lien entre les populations marginalisées et les programmes de prévention disponibles et reconnus efficaces en périnatalité.^{18,19}

REMERCIEMENTS

Nous remercions les docteurs Denise Aubé et Réal Morin pour leurs précieux commentaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kramer MS. Intrauterine growth and gestational duration determinants. *Pediatrics* 1987;80:502-11.
2. Bureau de la statistique du Québec. 1996.
3. Guilbert E, Dumas S, Cyr L. Grossesse à l'adolescence et interruption volontaire de grossesse - État de la situation et organisation des services de prévention - Régions 03 et 12 - 1994. Centre de santé publique de Québec, Février 1997.
4. Scholl TO, Miller LK, Salmon RW, et al. Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: Effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. *Obstet Gynecol* 1987;69:312-16.
5. Leppert PC, Brickner Namerow P, Barker D. Pregnancy outcomes among adolescent and older women receiving comprehensive prenatal care. *J Adolesc Health Care* 1986;7:112-17.
6. Breton M. Ouvrir la pratique du service social de groupe sur la communauté : vers un modèle de partenariat. Conférence prononcée à Montréal en Avril 1991.
7. Le processus d'élaboration du plan d'intervention en services de réadaptation auprès de la mère en difficulté d'adaptation. Guide de formation. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction générale des relations professionnelles, Octobre 1996.
8. Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (I.C.B.E.). Réalisé sous la présidence de : Lord M, Thibault M. En collaboration avec : Vézina A, Pelletier D, Trano D, et al. Québec : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Estrie, Juin 1993.
9. L'évaluation de la capacité parentale des mères en difficulté grave d'adaptation. Centre Rosalie Jetté, centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation, Troisième édition, Montréal, Avril 1993.
10. Le Q-sort des comportements maternels (Pederson & Moran, 1990), guide d'utilisation. Centre jeunesse de Montréal - Centre Rosalie Jetté, Direction des services de réadaptation pour la petite enfance et les mères en difficulté, Montréal, Juin 1994.
11. Les tâches parentales, guide destiné aux parents de jeunes bébés. Service de réadaptation de la Clairière, Formulaire 22, Québec, Décembre 1985.
12. Guilbert E, Dumas S, Cyr L. Grossesse à l'adolescence et interruption volontaire de grossesse. État de la situation et organisation des services de prévention, Régions 03 et 12, 1994. Centre de santé publique, Équipe Adaptation familiale et sociale, 1997.
13. Malenfant R, Brodeur J-M, Bourassa J, et al. Évaluation de l'efficacité de la thérapie psychodynamique à prévenir les difficultés de relation mère-enfant. *Revue Devenir* 1992;4(2):15-27.
14. Hamel M, Guay D. Prévention de l'abus et de la négligence envers les enfants : état de la situation au Québec (version préliminaire). 1996.
15. Woodard GRB, Edouard L. Reaching out: A community initiative for disadvantaged pregnant women. *Rev can santé publique* 1992;83(3):188-90.
16. Colin C, Ouellet F, Boyer G, Martin C. *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Éditions Saint-Martin, 1992.
17. Jasmin M, Bastien N, Boisvert M, et al. La protection de la jeunesse... Plus qu'une loi. Rapport du groupe de travail sur l'évaluation de la loi sur la protection de la jeunesse, Ministère de la Santé et des Services Sociaux et Ministère de la Justice, Gouvernement du Québec, 1992.
18. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *JAMA* 1997;278(8):637-43.
19. Martin C, Boyer G, Beauregard D, et al. Naître égaux et grandir en santé - Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre; Direction générale de la santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1995.

Reçu : 1 octobre 1997

Accepté : 31 juillet 1998